

+++++
bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter
+++++
Sonderausgabe Nr. 6/11, 14.06.11, nur für Mitglieder der 17 bvvp-Regionalverbände

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ist der neue bvvp-online-newsletter Nr. 6/11 als Sonderausgabe aus aktuellem Anlass. Wir haben zwei wichtige Themen, auf die wir Sie besonders hinweisen wollen.

Erstens: Es gibt, unsere Berufsgruppe betreffend, erste brandaktuelle Infos zu den Inhalten und möglichen Auswirkungen des kommenden Gesundheitsreformgesetzes – das übrigens keine Kodierrichtlinien mehr vorsieht (s. Punkte 1.3, 1.4, 3.5, 2.6, 2.7).

Und zweitens: Das Ergebnis der umstrittenen TK-Studie, mit der eine Alternative zum Gutachterverfahren erprobt wurde, liegt jetzt vor (s. Punkt 2.3). Ein erfreuliches, aber (uns) nicht überraschendes, dennoch wichtiges Nebenergebnis der Studie: Psychotherapie ist hochwirksam und sinnvoll investiertes Geld bei ernsthaft kranken Menschen.

Aber die Studie hatte ja ein anderes Ziel, nämlich den Vergleich Gutachterverfahren vs. Therapiekontrolle durch Monitoring und Tests. Und da war von Anfang an zu befürchten, dass die TK die Ergebnisse in ihrem Interesse auswerten und verwenden würde – gerade deswegen hat der bvvp sich daran beteiligt, um hier Einblick und Einfluss zu behalten bzw. zu gewinnen. Wie erwartet, bewertet die TK das Studienergebnis jetzt tatsächlich interessengeleitet sehr eigenwillig - und dabei sogar wissenschaftlich unzulässig und damit falsch (s. Punkt 2.1). In einer Presseerklärung versuchen wir klarzustellen und zu bewerten, was in der Studie wirklich herausgekommen ist (s. Punkt 1.1).

Trotzdem fand die Interpretation der TK ein Riesenecho in Mailinglisten der Psychotherapeuten und provozierte höchst kontroverse Diskussionen, in denen aber z.T. auch einiges an Basiswissen zu dem Thema fehlte (s. Punkt 1.2, vgl. a. Punkt 2.4).

Der bvvp findet diesen Themenkomplex jedenfalls wichtig genug, um dazu am 23. September ein Symposium in Nürnberg zu veranstalten. Sie sind herzlich eingeladen. (Wenn das endgültige das Programm steht, werden wir und der bvvp-Bayern (in der Homepage: www.bvvp.de/bvvpbay) Sie noch genauer informieren.)

Mit kollegialen Grüßen
verbleibe ich im Namen des Vorstands

Dr. Frank Roland Deister,
Vorstandsmitglied des bvvp

Inhaltsübersicht

1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Landesverbände

- 1.1. bvvp-Pressemitteilung: TK-Modellprojekt zur Psychotherapie
- 1.2. Kollegiales Echo auf das Ergebnis des TK-Projekts
- 1.3. Aktuelle bvvp-Info zum kommenden Gesundheitsreformgesetz
- 1.4. Eckpunkte des BMG zu einem Versorgungsstrukturgesetz

2. Aktuelle Gesundheitspolitik

- 2.1. TK-Studie: Psychotherapie lohnt, ist aber zu bürokratisch
- 2.2. Langzeitstudie der Techniker Krankenkasse belegt: Psychotherapie ist nachhaltig wirksam - Jeder Euro für Psychotherapie ist gut investiertes Geld
- 2.3. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie
- 2.4. Warum ist die Debatte um das Gutachterverfahren - insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt - sehr problematisch?
- 2.5. Ärzten geht Bahrs Versorgungsgesetz nicht weit genug
- 2.6. GKV-Versorgungsgesetz verschärft Unterversorgung psychisch Kranker
Praxissitze nach Bedarf und Morbidität festlegen
- 2.7. GKV-Versorgungsstrukturgesetz bedroht 30 Prozent der psychotherapeutischen
Praxen - Bedarfsplanung nach Morbidität erforderlich
- 2.8. Mehr Datenschutz bei privaten Krankenversicherungen gefordert

3. Praxis

- 3.1. Berichte an die Gutachter – sei es Krankenkasse oder MdK – müssen vollständig vom behandelnden Psychotherapeuten selbst und für den jeweiligen Patienten/in individuell verfasst sein
- 3.2. Datenschutz in der Praxis
- 3.3. Zuzahlungen zu Psychotherapien
- 3.4. Kosten für Sitzübernahme muss der Fiskus anerkennen
- 3.5. PKV-Basistarif “treibt Blüten”

4. Rechtliches und Urteile

- 4.1. BGH: Sexueller Missbrauch auch bei Einverständnis des Opfers

5. Medien und Wissenschaft

- 5.1. Erschöpfte Helfer – Untersuchung zur Arbeitsbelastung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- 5.2. Psychotherapie : Umfrage gestartet
- 5.3. Schwarze Schatten auf der Seele

1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Landesverbände

1.1. bvvp-Pressemitteilung: TK-Modellprojekt zur Psychotherapie

Wie man ein gutes Studienergebnis umdreht und Folgerungen zieht, die den Ergebnissen widersprechen

Das Ergebnis einer von der TK jetzt vorgelegten Studie ist sensationell: Das 40 Jahre alte Gutachterverfahren liefert eine gleich gute Ergebnisqualität wie das angeblich modernere, objektivere und computergestützte Monitoring-Verfahren und ist auf keinen Fall kostenaufwändiger. Auch gibt diese Studie Hinweise darauf, dass Psychotherapie effektiv, Kosten sparend, sehr hilfreich für die Patienten und in einem so erstaunlich hohen Maß qualitätsgesichert ist, so dass man weitere Maßnahmen sehr gut begründen müsste und jede andere medizinische Disziplin sich über derartige Ergebnisse freuen würde. Peinlich für die TK: Sie zieht aus einer methodenvergleichenden Studie eine Schlussfolgerung, die wissenschaftlich unzulässig ist. Die TK scheint sich nicht daran zu stören und führt die Öffentlichkeit auf eine falsche Fährte.

Gänzlich anders als die Studiendaten es zulassen, stellt nämlich die TK die Ergebnisse dieses Modellprojekts zur Psychotherapie dar. Sie schließt aus ihrem Projekt, dass das „bürokratische“ und „aufwändige“ Gutachterverfahren zur Genehmigung von Psychotherapien durch eine wissenschaftlich fundierte Qualitätsmessung ersetzt werden solle. Das ist sehr erstaunlich, denn im zugehörigen Wissenschaftlichen Beirat gab es die übereinstimmende Schlussfolgerung, dass die Studie zeige, dass trotz großen Aufwands letztlich keine signifikante Verbesserung des Bestehenden erreicht werden konnte. Vor der Einführung neuer qualitätssichernder Maßnahmen müssten diese jeweils wissenschaftlich auf ihre Effektivität und ihre Effizienz untersucht worden sein.

Es ist das Verdienst der TK mit einer groß angelegten Studie überprüft zu haben, ob der Einsatz von Testbatterien und Rückmeldungen (Monitoring) in ambulanten Psychotherapien zu einer höheren Ergebnisqualität im Vergleich zur traditionellen Richtlinientherapie mit Gutachterverfahren führt und ob ein Monitoring die Effizienz der ambulanten Psychotherapie nachhaltig verbessern kann. Die zentralen Fragestellungen der Studie werden im Ergebnis verneint. Im Gegenteil: Therapeuten der Interventionsgruppe (Monitoring mit Tests) haben mehr Sitzungen beantragt und der probatorische Teil dauerte etwas länger. Die Varianz der Sitzungszahl in der Interventionsgruppe hat nichts mit einer besseren Steuerung des Therapiebedarfs der Patienten zu tun, da nur 26% dieser Therapeuten die Rückmeldungen nutzten, um das Therapieende vorzubereiten.

Aber es ist sehr verdienstvoll, mit dem Modellprojekt neuerlich Daten über die Realität psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland generiert zu haben, die einen Blick in den Versorgungsalltag ermöglichen.

Unser Dank wäre uneingeschränkt, wenn die TK auch die tatsächlichen Befunde und deren Botschaft ehrlich und unverstellt beim Namen genannt hätte. Stattdessen versucht sie, diese Botschaft auf den Kopf zu stellen und geradezu gegenteilige Schlüsse zu ziehen.

Dabei sind die Ergebnisse sensationell: Das Gutachterverfahren liefert eine gleich gute Ergebnisqualität wie das angeblich modernere, objektivere und computergestützte Monitoring-Verfahren und ist auf keinen Fall kostenaufwändiger. Es ist zwar für die Psychotherapeuten auch mehr oder weniger aufwändig, wenn sie – gänzlich unbürokratisch, und ganz auf den einzelnen Patienten bezogen – Berichte zu Therapiebeginn und Therapieverlängerung schreiben, die die Besonderheiten des Einzelfalls viel zielgenauer abbilden können als universell eingesetzte Fragebögen, die letztlich auf ein paar Summenscores hinauslaufen.

Die zitierte Behauptung von Herrn Dr. Ruprecht von der TK, das Gutachterverfahren sei für alle Beteiligten, Therapeuten, Patienten und Krankenkassen, mit hohem bürokratischem Aufwand und Kosten verbunden, verleugnet in Teilen die Realität und legt eine falsche Fährte: Für die Patienten ist der bürokratische Aufwand des Gutachterverfahrens so niedrig wie nur möglich: sie müssen dabei nur einen Antrag ausfüllen, während sie im Modellvorhaben mehrmals eine Testbatterie zu bedienen haben. Das macht auch den enormen Vorteil des Gutachterverfahrens aus: es ist anwendbar bei jedem Patienten, auch bei solchen, die Angst vor einer Fragebogenprozedur haben, oder dieser aus Krankheitsgründen oder schlechten Erfahrungen im Umgang mit Daten misstrauen oder mit der Ausfüllung aufgrund ihres Gesundheitszustandes überfordert sind. So kann auch die nicht unerhebliche Zahl von drop outs im Modellvorhaben erklärt werden.

Die Akzeptanz des Monitoring ist bei Patienten keineswegs so hoch wie von Herrn Dr. Ruprecht dargestellt: 469 Patienten haben von vornherein eine Teilnahme an der Studie abgelehnt! Insgesamt wurden von den teilnehmenden Studientherapeuten nur etwa die Hälfte ihrer TK-Patienten in die Studie aufgenommen, von denen einige zusätzlich ein modifiziertes Gutachterverfahren durchlaufen mussten, weil das grobschichtige Monitoring sich für ihre Störung als zu unspezifisch erwiesen hatte.

Die immer wieder beklagten langen Wartezeiten für Patienten sind Folge einer verfehlten Bedarfsplanung und weder durch Monitoring noch Gutachterverfahren zu beeinflussen.

Auch das Kostenargument ist schlichtweg falsch: die Testbatterien des Modellversuchs haben enorme Kosten erzeugt, die in keinem Fall günstiger liegen als die Kosten des Gutachterverfahrens. Und der erhoffte Effekt, durch die Testung könne es zu kürzeren Behandlungsdauern kommen und dadurch könnten Kosten gespart werden, hat sich nicht bewahrheitet. Ein wenig weitergefolgert heißt das: Psychotherapie dauert ihre Zeit, und die unveränderte Länge in beiden Studienarmen lässt darauf schließen, dass Therapeuten und Patienten nicht beliebig, sondern nach fachlichen Gesichtspunkten die Therapien beenden.

Die TK widerspricht den Ergebnissen der eigenen Studie und baut auf falsche Behauptungen zum Gutachterverfahren, wenn sie ankündigt, künftig auf das aufwändige Gutachterverfahren verzichten zu wollen. Wenn die Zeit der Gutachtenberichterstattung als einzusparende Fehlzeit, die künftig den Patienten zur Verfügung gestellt werden soll, dargestellt wird, so wird der Eindruck vermittelt, dass die dabei stattfindende enorm wichtige Reflektion des Behandlungsprozesses nicht dem Patienten zugute komme und ohne Wert sei - eine Annahme, die den Erfahrungen widerspricht und durch die Studienergebnisse in keiner Weise gestützt werden kann. Ebenso wenig kann behauptet werden, dass „Qualitätsmessungen möglich, sinnvoll und von

Patienten geschätzt“ werden. Mehrfach hat der Wissenschaftliche Beirat zum TK-Modellprojekt, bestehend aus sechs Wissenschaftlern psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Ausrichtung, einstimmig betont, dass die Studienergebnisse eine solche Schlussfolgerung nicht zulassen.

Die Studienergebnisse sagen, dass das bei jedem einsetzbare und für die Patienten gänzlich unbürokratische Gutachterverfahren dem Modellvorhaben in jeder Weise ebenbürtig ist. Und außerdem ist das Projekt der TK eine weitere Bestätigung für eine Fülle vorliegender wissenschaftlicher Forschungen: Psychotherapie war und ist effektiv, Kosten sparend, sehr hilfreich für die Patienten und in einem sehr hohen Maß qualitätsgesichert.

Wer sich allerdings wie die TK durch die Ergebnisse der eigenen Studie nicht überzeugen lässt und bei Falsifizierung der eigenen Annahmen diese nicht neu bewerten kann, der muss sich gefallen lassen, dass nach verdeckten Motiven geforscht wird. Könnte es sein, dass die TK mehr Kontrolle und Datenhoheit über ihre Patienten wünscht? Das wäre in einem solch sensiblen Gebiet nicht nur ohne Zusatznutzen, es wäre auch leichtsinnig angesichts der immer wieder auftretenden Datenpannen: Gerade bei psychisch Kranken ist größte Datensparsamkeit und höchste Sorgfalt geboten!

Freiburg, den 01.06.2011

Quelle: bvvp-Pressemitteilung, 01.06.11

1.2. Kollegiales Echo auf das Ergebnis des TK-Projekts

Als Folge des Abschlussberichtes des TK-Projekts und der entsprechenden Pressemitteilung der TK dazu, entspannte sich eine rege Diskussion unter psychotherapeutischen Kollegen und Kolleginnen in einer sehr verbreiteten Mailingliste. Es gab pro und contra, es tauchte die Frage auf, ob es nicht doch Möglichkeiten gibt, das Gutachterverfahren durch für uns Psychotherapeuten weniger aufwändige Genehmigungsprozedur zu ersetzen oder ob es nicht wenigstens die Möglichkeit gibt, die Berichte angemessen zu honorieren. Außerdem tauchte die Frage auf, ob nicht der - v.a vom bvvp erkämpfte - Schutz der genehmigungspflichtigen Leistungen durch das BSG gegen allzu große Abstaffelung und Preisverfall nicht an das Gutachterverfahren gebunden sei.

Dazu haben wir klärend festgestellt – und wollen es hier für unsere Mitglieder wiederholen –, dass sich das Bundessozialgericht nicht auf das Gutachterverfahren direkt bezieht, sondern auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen abhebt. Insofern würde das Urteil auch noch gelten, wenn das Gutachterverfahren abgeschafft würde und die Krankenkassen andere Wege für die Genehmigungspflicht finden würden. Hier dürfen wir uns jedoch keinen Illusionen hingeben. In erster Linie geht es ihnen darum, Geld zu sparen und Einfluss zu nehmen. Bisher ist ihr Einfluss beim Gutachterverfahren eher gering – schließlich sind die Gutachter Psychotherapeuten, die nicht bei der Kasse angestellt sind. Dem Gutachterverfahren wird von Kassenseite schon lange vorgeworfen, dass es nicht wirklich taugt, weil durch die

Gutachter fast immer eine Kostenübernahme empfohlen würde. Und uns Psychotherapeuten wird vorgeworfen, wir würden die Kontingente ausschöpfen, auch wenn es nicht mehr nötig wäre. Insofern gibt es hier kassenseitig großes Interesse, endlich einen Fuß in die Tür zu bekommen.

Jeder Psychotherapeut weiß, dass die Berichte an den Gutachter viel zu schlecht bezahlt sind. Dieses wäre besser verkraftbar, wenn zum einen die Verlängerungsanträge nicht wie bei den Verhaltenstherapeuten nach 15 und 20 Sitzungen wieder zu erstellen wären, was sachlich nicht gerechtfertigt, unnötig Kosten und Mühen fordert und auch als Drangsalierung die Qualität der Versorgung eher belastet als fördert. Und andererseits wäre das besser verkraftbar, wenn die Behandlungssitzungen nicht zum Mindeststundensatz vergütet würden, sondern zu einem gerechteren Preis, so dass die Mühe des Berichtes zum Gutachterverfahren durch die übrige Honorierung kompensiert werden könnte.

Quelle: F.R. Deister, bvvp, 02.05.11

1.3. Aktuelle bvvp-Info zum kommenden Gesundheitsreformgesetz

Es gibt wieder ein neues Gesundheitsreformgesetz. Es soll GKV-VSG (GKV-Versorgungs-Struktur-Gesetz) heißen und befindet sich im Moment im Abstimmungsprozess der verschiedenen Gremien. Es soll zum 1.1.2012 in Kraft treten.

Im Moment liegen vor:

- Eckpunkte der CDU (Spahnpapier)
- ein erster Arbeitsentwurf des BMG
- ein sog. Referentenentwurf, der aber nachträglich nur als überarbeiteter Arbeitsentwurf gekennzeichnet wurde.

Schon zu den Eckpunkten gab es umfangreiche Stellungnahmen der KBV, der KV Baden-Württemberg, der Bundespsychotherapeutenkammer. Zum Arbeitsentwurf gibt es eine Stellungnahme von bvvp und DPTV. Auch die BPtK hat sich schriftlich geäußert. Ihr Schwerpunkt liegt auf Vorschlägen zur Bedarfsplanung. Schriftliche Stellungnahmen der KBV liegen uns nicht vor. Aber man kann davon ausgehen, dass es enge persönliche Kontakte gibt.

Zunächst ist festzustellen, dass es im Arbeitsentwurf keine speziellen neuen Regelungen für die Psychotherapeuten gibt. Zusammen mit vielen Regelungen fallen allerdings Regelungen für die Psychotherapeuten weg.

Warum schon wieder ein neues Gesetz?

Folgende Probleme sollten mit dem Gesetz angegangen werden.

1. Reform der Bedarfsplanung: Unterversorgung
2. Reform der Honorare: Gleichheit über alle KVen (KBV: Dresdner Beschluss, s.u.)
3. Stärkung der Regionalisierung
4. Regelung zu Selektivverträgen

5. Definition des fachärztlichen Versorgungsauftrags

ad 1. Reform der Bedarfsplanung: Unterversorgung

Ausgehend von der gefährdeten hausärztlichen Versorgung auf dem Land sollen verschiedene Maßnahmen gesetzlich geregelt werden, die die Versorgung verbessern sollen. Wichtig dabei: die eigentlich zu diesem Zweck gedachte Regelung des vorigen Gesetzes soll wegfallen: es wird also keine Zu- und Abschläge auf den Orientierungspunktwert bei Unter- bzw. Überversorgung geben. Das ist schon mal eine gute Nachricht, denn das hätte uns Psychotherapeuten zentral getroffen. Insbesondere sollen Mengengrenzungen in unterversorgten Gebieten gelockert oder nicht angewendet werden können.

Andere Maßnahmen bestehen in einer weiteren Flexibilisierung der Berufsausübungsmöglichkeiten:

- Lockerung Residenzpflicht unter Absicherung der Notfallversorgung
- Verbessertes Management der Notfalldienste
- Verlängerung der Vertretungsmöglichkeit von Vertragsärztinnen
- Entlastungsassistent bei Erziehung von Kindern bis zu drei Jahre; bei Pflege von Angehörigen bis zu 6 Monate
- Verlängerungsoption für die o.g. Fristen durch die KV
- Anrechnung von Kindererziehungs- und Pflegezeiten bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen

Weitere Maßnahmen beziehen sich auf die Möglichkeiten im Rahmen der Bedarfsplanung: mehr Sonderbedarf, Aufkauf von Praxen in überversorgten Gebieten durch die KV, liberalere Regelungen zu MVZs usw.

Einige der Punkte betreffen uns Psychotherapeuten ebenfalls. Zwar wird vieles auch uns die Tätigkeit erleichtern. Sorge hat aber bei einigen die Möglichkeit des Praxisaufkaufs durch die KVen ausgelöst. Nach meiner Einschätzung wird dies aber keine große und bedrohliche Dimension annehmen. Grundsätzlich wollen die KVen dies schon deswegen nicht machen, weil auch sie bei allen Arztgruppen auch bei nomineller Überversorgung nicht von realer Überversorgung ausgehen. Alle Forderungen der Psychotherapeuten (z.B. der BPTK) nach einer völligen Neujustierung der psychotherapeutischen Versorgung verhallen ungehört, bzw. werden in den Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) verschoben.

Ad 2. Reform der Honorare: Gleichheit über alle KVen (Konvergenz)

Hier hatte der Gesetzgeber schon im letzten Gesetz den Wunsch der Ärzteschaft aufgegriffen, dass es zwischen den KVen keine gravierenden Unterschiede in der Vergütung geben solle. Er hatte vorgeschrieben, dass der Bewertungsausschuss bis 30.4.2011 dafür einen Vorschlag konsentieren solle. Hierzu gab es einerseits den sog. Dresdner Beschluss der KBV-VV: gleiche Vergütung für gleiches Krankheitsbild in ganz Deutschland. Der Prozess der Einigung auf ein solches Modell verschlang unendlich viel Zeit und Kraft in den innerärztlichen Diskussionen zwischen den KVen. Übrig blieb ein Minimalmodell eines Ausgleichs zwischen den KVen, gegen das dennoch diejenigen KVen Sturm liefen, die hätten abgeben müssen, insbesondere Bayern und Baden-Württemberg. Ein Beschluss des Bewertungsausschusses liegt im-

mer noch nicht vor, da sich auch Kassen und KBV nicht einig sind. Offenbar angesichts dieser uneinheitlichen Haltung hat das BMG in den bisherigen Entwürfen nichts geregelt. Wir Psychotherapeuten hatten argumentiert, dass angesichts unserer Systematik der gleiche Stundensatz in allen KVen die erwünschte Gleichheit bereits herstellt. Tatsächlich waren wir in den Modellen der KBV auch von diesem Angleichungsprozess (Konvergenz) ausgenommen.

Ad 3. Stärkung der Regionalisierung

Sowohl die KVen wie auch die Bundesländer liefen zunehmend Sturm gegen die Zentralisierung, die durch sehr detailreiche Regelungen von Bewertungsausschuss (KBV und Krankenkassen) sowie vom Gesetzgeber vorgenommen wurden und regional zu Schwierigkeiten führten, die zu viel Ärger in der Ärzteschaft führten. Dem entspricht das BMG nun in seinen Entwürfen: Radikal werden weite Teile der Paragraphen 85 und 87 gestrichen und umgeschrieben.

Es findet also eine 180-Wende statt, und nahezu alle Regelungen seit dem Jahr 2009 sind Makulatur. Für uns Psychotherapeuten würde das bedeuten:

- Wegfall der bundesweiten Vorgabe der Methodik der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen (Schutz nur für die genehmigungspflichtigen Leistungen)
- Möglichkeit regionaler Mengenbegrenzungen irgendeiner Art in jeder KV – dies zwar unter Beachtung der Vorschriften zur Angemessenheit der Vergütung jedoch mit regionaler Interpretation, was das konkret bedeutet.

Der Orientierungswert soll bundesweit gleich bleiben. Auch die im EBM festgelegte Höhe der Punktzahl für die genehmigungspflichtigen Leistungen soll die Forderung nach Angemessenheit der Vergütung erfüllen. Das heißt nicht, dass die KVen gehindert wären, z.B. Individual-Budgets zu erlassen, bis zu deren Höhe voll ausgezahlt wird, darüber abgestaffelt. Die Kompetenz von Bewertungsausschuss, KBV, Spitzenverband der Krankenkassen wie auch des Instituts des Bewertungsausschuss (InBA) werden massiv eingeschränkt.

Zur Vergütung der Psychotherapeuten haben bvvp und DPtV eine Stellungnahme zum Arbeitsentwurf des BMG mit folgenden Forderungen eingebracht:

1. Bundesweite einheitliche Steuerung psychotherapeutischer Leistungen
2. Unmittelbarer Übergang des Morbiditätsrisikos an die Krankenkassen für den steigenden Bedarf der Versorgung psychisch Kranker
3. Erhalt der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zur Ermöglichung unterschiedlicher Praxisstrukturen in der psychotherapeutischen Versorgung
4. Beseitigung der Nachteile für die Psychotherapeuten in der bestehenden Honorarsystematik

Zu jedem dieser Punkte wurden detaillierte Begründungen vorgelegt sowie ein Formulierungsvorschlag für die entsprechenden Paragraphen. Unsere Forderung nach bundesweiter Systematik wurde zumindest für die genehmigungspflichtigen Leistungen auch von der KBV-VV in einem entsprechenden Beschluss unterstützt.

Zum heutigen Stand (11.6.2011) ist unklar, ob unsere Forderungen im demnächst zu erwartenden "richtigen" Referentenentwurf aufgegriffen werden. Immerhin gibt es Gelegenheit zu persönlichen Gesprächen im BMG, sodaß wir Hoffnung haben, unsere Anliegen noch unterzubringen.

Nach Vorliegen des Kabinettsentwurfes wird es Anhörungen der Berufsverbände geben sowie Anhörungen im Gesundheitsausschuss.

Ad 4.Regelung zu Selektivverträgen

So weit das bisher überschaubar ist, wurden die Forderungen der KBV, die eine gewisse Eingrenzung für Selektivverträge bedeutet hätte, alle nicht erfüllt. Aber man darf davon ausgehen, dass hier insbesondere der Hausärzterverband sowie die Vertreter des Kollektivvertrags in den KVen noch weiterhin kräftig am BMG jeweils in ihre Richtung zerren werden.

Ad 5.Definition des fachärztlichen Versorgungsauftrags

Es ist eine alte Forderung, dass im Gesetz auch für die ambulante fachärztliche Versorgung ein expliziter Versorgungsauftrag formuliert wird. Im Zusammenhang damit, dass die KBV eine Dreiteilung der Leistungen in der Versorgung erreichen will (hausärztlich, fachärztlich, spezial-fachärztlich) soll eine neue Formulierung gefunden werden. Bisher ist nur der hausärztliche Versorgungsauftrag genau definiert. Zu den Fachärzten steht nur folgendes da: alles was nicht hausärztlich ist. Wir gehören zur fachärztlichen Versorgung. Es wurde aber erwogen, einen Extra-Satz zur psychotherapeutischen Versorgung anzuhängen, was sich aber auch wieder als schwierig erwies. Zur Spezialärztlichen Versorgung gehören praktisch nur hochspezialisierte Leistungen wie vor allem das ambulante Operieren. Im bisherigen Entwurf hat das BMG davon aber insgesamt die Finger gelassen.

Quelle. Jürgen Doebert, bvvp, 11.06.11

1.4. Eckpunkte des BMG zu einem Versorgungsstrukturgesetz

Seit 08.04.2011 sind die Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums zum geplanten Versorgungsstrukturgesetz veröffentlicht. In dem 37 Seiten starken Papier, das einen breit gefächerten Strauß verschiedenster Maßnahmen gegen einen drohenden Ärztemangel umfasst, findet sich bemerkenswerterweise nicht ein einziges Mal das Wort „Psychotherapeut“. Es wird dort nur von Ärzten, im Besonderen von Allgemeinärzten gesprochen. Entsprechend „ärztelastig“ sind diese Eckpunkte zu einem Versorgungsstrukturgesetz auch. In diesen Tagen um den 118. Deutschen Ärztetag soll der Referentenentwurf vorliegen. Das geplante Gesetz soll schon zum 01.1.2012 in Krafttreten.

Die Eckpunkte weisen einen großen Schwerpunkt zu geplanten Änderungen der Ausbildungsbedingungen für angehende Mediziner auf. So soll unter anderem der Zugangsweg zum Medizinstudium geändert werden. Die Abiturnote, als zentrales Zugangskriterium, soll durch mehr fachliche Kriterien ergänzt werden. Aber auch die praktische Ausbildung zum Allgemeinmediziner soll vereinfacht werden. Im Kern des Gesetzes steht aber, wie der Name sagt, die Umstrukturierung der Versorgungsstrukturen und des bisherigen Zulassungssystems. Es ist also eine Neuordnung der Bedarfsplanung in Vorbereitung. Dabei werden einige Weichenstellungen

ins Auge gefasst, die tatsächlich weit- reichend und möglicherweise für unsere Berufsgruppe nicht einfach sein werden.

So wird z. B. ausdrücklich davon gesprochen, dass die Bindung der Bedarfsplanungsbereiche an die Landkreisstruktur aufgehoben werden soll. Auch wird von drei Versorgungsebenen in der Zukunft gesprochen: hausärztlich, fachärztlich und spezialisiert fachärztlich. Und es wird sogar davon gesprochen, dass für alle drei dieser verschiedenen Versorgungsebenen unterschiedliche Bedarfsplanungsbezirke geschaffen werden könnten. Das hieße, es könne dem Planungsbereich für die Hausärzte eine andere Verhältniszahl zugrunde gelegt werden, als beispielsweise dem für Fachärzte und dem für die spezialisierte fachärztliche Versorgung. „Spezialisierte fachärztliche Versorgung“ ist darüber hinaus ein vollkommen neuer Begriff. Damit ist gemeint, dass sektorübergreifend sowohl ambulante als auch hochspezialisierte Fachärzte in den Kliniken in einer gemeinsamen Bedarfsplanung zusammengefasst werden. Auch diese sektorenübergreifende Planungsidee ist neu.

Bei diesem neuen Zuschnitt der Planungsbereiche ist für uns natürlich zuallererst fraglich, wo wir Psychotherapeuten vorkommen? Wie Sie sich vielleicht erinnern, hat das Bundessozialgericht im Sommer 2010 eine wichtige Grundsatzentscheidung zu unseren Fachgruppen ausgesprochen. Nach diesem Urteil ist es grob zusammengefasst möglich, in großen Planungsbereichen, in denen beispielsweise ein Überangebot von Verhaltenstherapeuten existiert, noch einen analytischen Kollegen, beispielsweise im Wege des Sonderbedarfes, zuzulassen, wenn die Entfernung zum nächsten Psychoanalytiker mehr als 25 Kilometer beträgt. Damit hat uns das BSG in die Grundversorgungsebene zu den Hausärzten, Frauenärzten und Augenärzten hinzu geordnet. Diese Grundversorgungsebene mit einem Maximalabstand zwischen den einzelnen Behandlungsangeboten von 25 km für den einfachen Weg des Patienten zum Therapeuten, ist für uns wegen der Regelmäßigkeit und Länge des Behandlungskontaktes von großer Bedeutung.

Honorartechnisch sind wir aber seit vielen Jahren den Fachärzten zugeordnet. Insofern wird es sehr bedeutsam sein, in welcher Bedarfsplanungskategorie unsere Fachgruppe eingeordnet werden wird.

Ein weiteres Novum des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes ist, dass den Bundesländern ein relativ großer Spielraum auf die Versorgungssteuerung eingeräumt wird. Bisher haben das ja die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam gesteuert, wie die Bedarfsplanung im konkreten Fall aussieht. In Zukunft erhalten die obersten Landesgesundheitsbehörden bei der Verabschiedung der Bedarfsplanungsrichtlinie im GBA einen entscheidenden Einfluss.

Auch die konkrete Umsetzung der Bedarfsplanung auf Landesebene wird neu organisiert. Hier erhalten die obersten Landesbehörden ebenfalls Stimm- und Rederecht. Insgesamt soll künftig den Ländern ein sehr weitgehendes Recht der Einflussnahme auf die Niederlassungssteuerung eingeräumt werden. Sie können z. B. eigene Vorschläge machen und sie müssen den Vorschlägen von Seiten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zustimmen. Im SGB V wird hier künftig das Benehmen gefordert. Wenn die Landesbehörden nicht mit der vorgelegten Bedarfsplanung auf Landesebene einverstanden wären, dann könnten sie im Extremfall auch eine Ersatz- vornahme vornehmen. Schließlich sollen die Länder oder deren

regionale Untergliederungen wie Landkreise, Städte oder Gemeinden in unterversorgten Gebieten sogenannte Eigeneinrichtungen schaffen können.

Hier ist mit Recht zu fragen, ob die Einbindung der Landesbehörden in die ambulante Versorgungssteuerung wirklich so gut sein wird? Man kennt es ja längst aus dem Kliniksektor. Dort sind schon lange landesbezogene, oft auch landkreisbezogene Interessen für den Erhalt oder Ausbau von Krankenhäusern oder stationären Einrichtungen maßgeblich. Oft mangelte es dabei auch an einer wirtschaftlich fundierten Grundlage. Aber in Kommunalwahlkämpfen sind die regionalen Versorgungsstrukturen für die Lokalpolitiker oft entscheidende Wahlkampfangenommen. So dürfen wir gespannt sein, ob diese Regelung, wenn sie so kommt, wie geplant, tatsächlich zu einer Verbesserung führt oder nicht Fehlentwicklungen, die aus dem Krankenhaussektor schon bekannt sind, mit bedingen wird.

Mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz soll auch die Möglichkeit für Sonderbedarfszulassungen erweitert werden. Insbesondere an die Feinsteuerung im Bereich eines lokalen Versorgungsbedarfs oder bei qualitativem Versorgungsbedarf ist dabei gedacht. Diese Entwicklung können wir sicherlich begrüßen, denn gerade im Bereich Psychotherapie fehlen an vielen Stellen noch KJP's oder aber auch PP's. Bei aller Skepsis gegenüber den Plänen der Regierung; zur Umgestaltung der Versorgungsstruktur sei angemerkt, dass die Vereinfachung Sonderbedarfszulassungen ein Element sein kann, mit dem sich die Versorgungslage verbessern lässt und vor allen Dingen mehr neue KollegInnen ins System kommen könnten.

Ein weiteres Steuerungselement des neuen Versorgungsstrukturgesetzes soll die Lockerung der Residenzpflicht sein. Diese wird mit einer weiteren Flexibilisierung der Möglichkeiten, Zweigpraxen und Filialen zu bilden, gekoppelt.

Auch die Vereinbarkeit von angestellter und ambulanter Tätigkeit soll großzügiger gestaltet werden. BSG-Entscheidungen der letzten Jahre, die die Nebentätigkeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten auf 13 Stunden pro Woche begrenzt haben, werden vom Gesetzgeber eindeutig zurückgenommen. Es wird ausdrücklich ermöglicht, bzw. verbessert, dass Ärzte sowohl angestellt als auch ambulant tätig sein können, ohne dass jetzt eine, wie in der Vergangenheit, gültige Zeitbeschränkung dafür gesehen wird.

All diese Maßnahmen dienen dazu, einem künftig befürchteten Ärztemangel rechtzeitig entgegenzusteuern. Dass es auch einen Psychotherapeutenmangel geben könnte und dass auch dieser bewusst in die Planungsüberlegungen einbezogen werden müsste, scheint dem BMG bisher entgangen zu sein. Vor allem scheint ihm die differenzierte Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zu unserem Fachgebiet gänzlich entgangen zu sein.

Die geplante Lockerung der Residenzpflicht, die bisher einer der Eckpfeiler der ambulanten Versorgung war, wird das System unserer Ansicht nach stark verändern. Denn wenn ein niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut nicht mehr zwingend in der Nähe seiner Praxis „residieren“, das heißt wohnen muss, könnte danach z. B. ein Kollege, der primär in München seine Hauptpraxis hat, am Wochenende auch weiter weg, z. B. im Bayerischen Wald, eine Zweigpraxis betreiben und dort sein Versorgungsangebot anbieten. Er müsste dann weder am Hauptsitz seiner Praxis in München, noch künftig am Sitz der Zweigpraxis einen Wohnsitz haben. Er könnte beispielsweise in der Mitte wohnen, was zweifellos ökonomischer wäre. Auch dadurch verspricht sich die Politik eine Flexibilisierung, aber auch eine Verbesserung der Ver-

sorgungsstrukturen in den unterversorgten Gebieten. Ein sicher lösbares Problem dabei, ist die Notdienstverpflichtung des jeweiligen Arztes am Praxissitz nach bisheriger Prägung.

Die grundsätzliche Lockerung der Residenzpflicht könnte ein Faktor sein, der für viele unserer psychotherapeutischen Kollegen die Spielräume erweitern wird. Allerdings muss für die praktische Anwendung der geplanten Lockerung der Residenzpflicht konsekutiv das Berufsrecht von Seiten der Berufskammern, insbesondere der Ärztekammer angepasst werden. Bisher sieht z. B. das Sozialrecht deutlich mehr Filialen und Zweigstellen vor, als es das Berufsrecht bei den Ärzten zulässt. Inwieweit für uns Psychotherapeuten solche Konzepte Sinn machen und Filialbildungen einen Fortschritt bringen, darf man erstmal bezweifeln. Wir sind ja immer noch deutlich unterversorgt mit niedergelassenen Psychotherapeuten. Ob ein Kollege, der schon am Heimatort mit Patienten ausgebucht ist, noch ein Motiv haben kann, an einen weiteren Ort eine Filiale zu gründen, ist vor diesem Hintergrund fraglich. Also auch hier eher ein Instrument zur Entwicklung des ärztlichen Versorgungsbereiches?

Flankiert werden sollen die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in unterversorgten Gebieten unter anderem auch durch Honorarmaßnahmen auf regionaler Ebene. So wird in den Eckpunkten dezidiert davon gesprochen, dass in unterversorgten Gebieten die Abstaffelungen bei den Fallzahlen und andere Mengenbegrenzungsmaßnahmen aufgehoben werden sollen. Darüber hinaus sollen für spezielle Leistungen, die am Land besonders erforderlich sind, wie z. B. Hausbesuche oder andere Versorgungsleistungen, die man fördern möchte, auf regionaler Ebene Honorarzuschläge ausgehandelt werden können. In überversorgten Gebieten würde es dagegen keine entsprechenden regionalen Zuschläge und Fördermaßnahmen geben.

Endgültig vom Tisch ist, dass der Bewertungsausschuss Honorarabschlüsse in überversorgten Gebieten anordnen könne, um damit in unterversorgten Gebieten einen Ausgleich zu schaffen. Diese Regelung der Gesundheitsreform von 2007 wird explizit zurück genommen. Der seit einem Jahr in der Schublade ruhende Beschluss des Bewertungsausschusses dürfte damit auch in Zukunft nicht mehr zum Tragen kommen. Dies ist einer der positiven Aspekte des Eckpunktepapiers.

Neben den differenzierten Fördermaßnahmen für unterversorgte Regionen sieht das Papier auch grundsätzliche Neuerungen bei der Honorarreform vor. So soll es in Zukunft wieder einen HVM (Honorarverteilungsmaßstab) geben. Das heißt, die Krankenkassen müssen der Honorarverteilung nicht mehr, wie in den letzten vier Jahren, zustimmen und einen Vertrag unterzeichnen, sondern die KV muss die Krankenkassen lediglich ins Benehmen setzen. Das heißt so viel, wie kurz informieren und den Honorarverteilungsmaßstab mitteilen, aber ansonsten liegt die Gestaltung des Honorarverteilungsmaßstabs allein wieder bei der Kassenärztlichen Vereinigung....

Ob diese honorarpolitische „Rolle rückwärts“ für uns Psychotherapeuten von Vorteil ist, darf bezweifelt werden. Mit der bundeseinheitlichen Honorierung der letzten beiden Jahre, seit Einführung des Gesundheitsfonds, hatten wir relativ gleichmäßige Honorarbedingungen in allen Regionen Deutschlands. Außerdem waren wir in der Psychotherapie durch die Regelungen zum Zeitkontingent vor Mengenentwicklungen in anderen Arztgebieten geschützt.

Das geplante Gesetz will den regionalen Bestrebungen der KVen entgegenkommen und damit die zentrale Gestaltungsmacht des Bewertungsausschusses und der KBV eindämmen. Ob damit aber der Verbesserung der Versorgungsstrukturen gedient sein wird, darf ernsthaft bezweifelt werden. Das regionale Auseinanderdriften der Honorare wie es sich im Rahmen der HVM's vergangener Jahre über die Bundesländer hin entwickelt hat, ist zumindest aus unserer Sicht als Psychotherapeuten ein großer Rückschritt. Die KBV soll zwar noch Rahmenrichtlinien für die Honorarverteilung über den Euro-EBM behalten. Der weitgehende Einfluss des Bewertungsausschusses soll durch das neue Gesetz aber deutlich zurückgestuft werden.

In angstvoller Erwartung werden wir jedenfalls nicht erstarren, angesichts dieser schwierigen Aspekte des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes, sondern unseren Einfluss auf die Bundespolitik mit Hilfe unserer Kollegen, die auf Bundesebene aktiv sind, geltend machen. Vielleicht sollte man an dieser Stelle noch hinzufügen, dass dieses Eckpunktepapier bereits weitgehend mit der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) abgestimmt ist. Der üblicherweise schwierige Weg über den Bundesrat, den ein Gesetz zu nehmen hat, ist damit schon ein Stück geebnet.

Quelle: 73. Mitgliederbrief des bvvp-Bayern, 31.05.11

2. Aktuelle Gesundheitspolitik

2.1. TK-Studie: Psychotherapie lohnt, ist aber zu bürokratisch

Hamburg, 26. Mai 2011. Bei immer mehr Menschen werden psychische Störungen diagnostiziert. Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen haben immer größeren Anteil an Krankschreibungen und sind Hauptursache von Frühverrentungen in Deutschland. Das Verordnungsvolumen von Psychopharmaka steigt kontinuierlich, Psychotherapie gehört zu den umsatzstärksten ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Patienten, die therapeutische Unterstützung suchen, müssen meist lange Wartezeiten auf sich nehmen, bevor sie Hilfe finden. Über die Behandlungsqualität der psychotherapeutischen Regelversorgung ist bisher jedoch wenig bekannt. In einer Langzeitstudie hat die Techniker Krankenkasse (TK) zusammen mit Wissenschaftlern der Universitäten Mannheim und Trier die Effektivität ambulanter Psychotherapie und Möglichkeiten regelmäßiger Qualitätsmessungen untersucht. Qualitätsmessungen sind möglich, sinnvoll und von den Patienten geschätzt. Jeder in die Psychotherapie investierte Euro bringt zwei bis vier Euro an gesamtgesellschaftlichem Nutzen. Der Zugang zur Psychotherapie ist jedoch zu bürokratisch organisiert.

Dauert eine Psychotherapie länger als 25 Stunden, müssen die Krankenkassen bevor sie die Kosten übernehmen dürfen in einem vor über vier Jahrzehnten eingeführten Gutachterverfahren prüfen lassen, ob die Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist. Dr. Thomas Ruprecht, der das Modellvorhaben für die TK betreut hat: "Dies ist für alle Beteiligten, Therapeuten, Patienten und Krankenkassen mit hohem

bürokratischem Aufwand und Kosten verbunden. Unsere Studie zeigt jedoch, dass die Therapiequalität ohne Gutachten nicht schlechter ist und auch nicht wesentlich mehr Therapiestunden abgerechnet werden."

Die TK spricht sich deshalb dafür aus, künftig auf das aufwändige Gutachterverfahren zu verzichten. "So könnten Therapeuten sich künftig in der Zeit ihren Patienten widmen, die sie jetzt mit Dokumentation verbringen müssen, und auch die Krankenkassen könnten das für die Gutachten aufgewendete Budget in eine bessere medizinische Versorgung ihrer Versicherten und eine wissenschaftlich fundierte Qualitätsmessung investieren", so der TK-Experte.

An dem Modellvorhaben der TK nahmen von 2005 bis 2009 knapp 400 Therapeuten sowie 1.708 Patienten in den Regionen Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden teil. Die Hälfte der teilnehmenden Therapeuten betreute ihre Patienten nach Einsatz des herkömmlichen Gutachterverfahrens, die andere Hälfte durfte darauf verzichten. Zu verschiedenen Zeitpunkten vor, während, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung wurden Patienten und Therapeuten um ihre Einschätzung der Ergebnisqualität gebeten. Trotz der unterschiedlichen Bewilligungspraxis in beiden Gruppen konnten jedoch keine signifikanten Qualitätsunterschiede festgestellt werden. Zudem zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe ohne Gutachterverfahren im Durchschnitt nicht wesentlich mehr Therapiesitzungen abgerechnet wurden als in der Kontrollgruppe. Allerdings variierte die Zahl der Sitzungen in der ersten Gruppe deutlicher, das heißt Therapien wurden bei Erfolg früher beendet oder im Gegenzug bei weiterem Behandlungsbedarf verlängert. "Im Mittel gab es zwar keine spürbaren Unterschiede, es zeigt sich jedoch, dass die Therapeuten den Therapiebedarf der Patienten eigenverantwortlich sehr gut steuern können und die Patienten mit einem Qualitätsmonitoring auch sehr zufrieden sind", so Ruprecht.

Quelle: http://www.presseportal.de/pm/6910/2051767/tk_techniker_krankenkasse , 26.05.11

2.2. Langzeitstudie der Techniker Krankenkasse belegt: Psychotherapie ist nachhaltig wirksam - Jeder Euro für Psychotherapie ist gut investiertes Geld

Berlin, 9. Juni 2011: Psychotherapie ist nachhaltig wirksam. Mehr als 60 Prozent der Patienten, die sich bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten behandeln lassen, geht es danach wesentlich besser. Die Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung ist langfristig messbar: Selbst ein Jahr nach Abschluss der Behandlung nehmen die seelische Belastungen, die zu einer Psychotherapie führten, noch weiter ab. Das sind die zentralen Ergebnisse einer aktuellen Langzeitstudie, deren Ergebnisse jetzt vorliegen. „Die Studie ist wichtig, weil sie belegt, dass Psychotherapie nicht nur unter Laborbedingungen, sondern auch in der alltäglichen Routinebehandlung wirkt“, stellt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, fest. Zur Qualität der psychotherapeutischen Regelversorgung, der so genannten Richtlinienpsychotherapie, lagen bislang nur wenige aussagekräftige Studien vor.

Von 2005 bis 2009 nahmen knapp 400 Psychotherapeuten sowie 1.708 Patienten in Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden an dem von der Techniker Krankenkasse (TK) finanzierten Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie“ teil. Patienten wie Psychotherapeuten bewerteten die Erfolge der Psychotherapie während, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung. Danach nehmen durch Psychotherapie die Symptombelastung entscheidend ab und die gesundheitsbezogene Lebensqualität wesentlich zu. Die zentrale Aussage: Psychotherapie wirkt nachhaltig. Die erreichten Verbesserungen bestehen auch ein Jahr nach Beendigung der Psychotherapie fort oder bauen sich sogar weiter aus.

Niedergelassene Psychotherapeuten behandeln häufig Patienten mit depressiven Erkrankungen und Angststörungen. Die Ergebnisse belegen, dass Patienten in der ambulanten Psychotherapie unter vergleichbar schweren psychischen Belastungen und Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit leiden wie stationär behandelte Patienten. So waren sowohl die durchschnittliche Schwere der spezifischen depressiven Symptomatik als auch die allgemeine psychopathologische Symptomatik zu Therapiebeginn ähnlich hoch wie bei Patienten in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung.

Die Studie belegt außerdem, dass ein ausreichendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot wirtschaftlich ist. Eine Psychotherapie kostete durchschnittlich 3.200 Euro. Da die Patienten wieder arbeitsfähig wurden oder ihre Arbeitsproduktivität nicht mehr eingeschränkt war, wurden gesamtgesellschaftliche Kosten in Höhe von durchschnittlich 10.425 Euro eingespart. Die Kosten-Nutzen-Relation von Psychotherapie beziffert die Techniker Krankenkasse auf 3,26, d. h. jeder Euro, der in eine Psychotherapie investiert wird, führt innerhalb eines Jahres zu einer Einsparung von ca. zwei bis vier Euro.

Das Modellprojekt wurde von der Techniker Krankenkasse finanziert und von Wissenschaftlern der Universitäten Mannheim und Trier ausgewertet. Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten sehr zugenommen und sind als Volkskrankheiten immer stärker in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Sowohl bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Studien als auch die Routinedaten der Krankenkassen zeigen, dass nahezu jeder dritte Bundesbürger innerhalb eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen haben immer größeren Anteil an Krankschreibungen und sind die Hauptursachen für Frühverrentungen in Deutschland mit einem Anteil von 44 Prozent bei Frauen und 32 Prozent bei Männern. Die ambulante Psychotherapie hat sich dabei zu einer tragenden Säule der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen entwickelt. Inzwischen werden innerhalb eines Quartals ca. eine Million Patienten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie behandelt. Dabei ist die Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie weitaus größer als die vorhandenen Behandlungsplätze. Vielerorts müssen Patienten lange Wartezeiten auf sich nehmen, bevor sie Hilfe finden.

Der vollständige Evaluationsbericht des TK-Modellvorhabens steht zum kostenlosen Download unter www.presse.tk.de <<http://www.presse.tk.de>> zur Verfügung.

Quelle: Pressemitteilung der BPtK, 09.06.11

2.3. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie

ABSCHLUSSBERICHT

Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach §63 Abs.1SGBV

.....

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert die Ergebnisse des Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse (TK) nach § 63 Abs. 1 SGB V „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ (MVPT). Es wurde im Jahr 2003 initiiert, zum 01.05.2005 gestartet, am 05.11.2007 (Bescheid des BVA) verlängert und zum 31.05.2011 mit dem vorliegenden Bericht abgeschlossen.

Zugrunde liegt ein clusterrandomisiertes Design mit 200 Therapeuten der Interventionsgruppe (IG) und 200 Therapeuten in der Kontrollgruppe (KG) in drei Modellregionen: Kassenärztliche Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe, KV Hessen und KV Baden-Württemberg / Bezirk Südbaden.

Die 400 per Ausschreibung ermittelten, freiwillig am Modellvorhaben teilnehmenden Therapeuten wurden zunächst auf die IG und KG randomisiert (jeweils 200). Diese Therapeuten offerierten die (freiwillige) Studienteilnahme den insgesamt 4.452 TK-Versicherten (Grundgesamtheit), die sich bei ihnen während der Feldphase (01.05.2005 bis 30.06.2009) in psychotherapeutische Behandlung begaben und die Einschlusskriterien erfüllten. 1.708 Patienten (IG: 1.031, KG: 677) konnten für das Modellvorhaben gewonnen werden. Das Indikationsspektrum ist charakteristisch für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Am häufigsten sind depressive Störungen vertreten, gefolgt von Angsterkrankungen.

.....

Die zentralen Fragestellungen des Projektes waren:

1. Führt der Einsatz von Qualitätsmonitoringinstrumenten des TK-Modells in ambulanten Psychotherapien zu einer höheren Ergebnisqualität (Effektivität) im Vergleich zur traditionellen Richtlinienpsychotherapie ?
2. Kann das TK-Modell die Effizienz der ambulanten Psychotherapie nachhaltig verbessern?

Es zeigen sich auch bei Berücksichtigung möglicher Confoundervariablen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG auf den zur Bewertung der Ergebnisqualität herangezogenen Skalen und multiplen Ergebniskriterien. Die erste Studienfrage ist somit zu verneinen. Auch die zweite Studienfragestellung muss mit nein beantwortet werden.

Bei Therapiebeginn sind die Mittelwerte in den Messinstrumenten für alle Instrumente vergleichbar mit den klinischen Normstichproben. Für 93% der Fälle ergeben sich mittlere bis schwere klinische Beeinträchtigungen. Lediglich bei 7% der Patienten lag eine geringe Beeinträchtigung vor, so dass bei Patienten der IG das modifizierte Gutachterverfahren eingeleitet wurde.

Bei den Zwischenmessungen (V) verzeichnen bereits über 30% Patienten eine Abnahme der Problematik, 20% eine Zunahme, bei rund 50% der Patienten kann (noch) keine Veränderung gemessen werden.

Bei den Abschlussmessungen (E) und Katamnesen (K) war bei ca. 65% der dokumentierten Fälle eine Abnahme der Problematik sichtbar, bei 28% keine signifikante Veränderung, bei 7% eine Verstärkung.

.....

Fazit: Mit Blick auf die Prozess- und Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen ergaben sich keine empirisch belegbaren, statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG, weder durch die psychometrischen Messungen bei den Patienten bzw. Befragungen von Therapeuten und Patienten, noch durch den weitgehenden Verzicht auf das traditionelle Gutachterverfahren bei der Genehmigung von Langzeittherapien in der IG. Geht man davon aus, dass es sich beim Gutachterverfahren ebenso wie beim TK-Modell um eine Form der Qualitätsbeurteilung handelt, lassen sich im Vergleich beider Vorgehensweisen keine Unterschiede in den Behandlungsergebnissen feststellen.

Quelle und kompletter Bericht: <http://www.tk.de/tk/050-publikationen/studien-und-umfragen/qualitaetsmonitoring-in-der-psychotherapie-mai-2011/341996> , 26.05.11

2.4. Warum ist die Debatte um das Gutachterverfahren - insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt - sehr problematisch?

Eine Replik auf Initiativen zur Abschaffung des Gutachterverfahrens

In jüngster Zeit wird von verschiedenen Verbänden die Abschaffung des Gutachterverfahrens gefordert, ohne daß eine Konzeption vorgestellt wird, wie zukünftig psychotherapeutische Leistungen bewilligt werden sollen. Im folgenden soll auf Aspekte eingegangen werden, die in der Debatte um das Gutachterverfahren zu wenig gewürdigt werden.

Sinn und Zweck des Gutachterverfahrens

Mit der Einführung der Psychotherapie (1967, zunächst beschränkt auf die psychoanalytisch begründeten Verfahren) als Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung wurde das sog. Gutachterverfahren implementiert. Es war von Anfang an nicht unumstritten, sondern u.a. als restriktiv und als störender Eingriff in die Patient-Therapeut-Beziehung kritisiert worden.

Andererseits wurde dadurch die gesicherte Übernahme der Behandlungskosten für die Psychotherapie ermöglicht und Psychotherapie erstmals allen behandlungsbedürftigen Patienten unabhängig von ihrer finanziellen Situation zugänglich gemacht.

Mit der Aufnahme der Verhaltenstherapie (VT) als gesetzliche Krankenversicherungsleistung wurde das Gutachterverfahren auch auf dieses Verfahren ausgedehnt.

Durch die unterschiedlichen Bewilligungsschritte in den drei anerkannten Verfahren (analytische PT, tiefenpsychologisch fundierte PT und VT) schreiben die häufigsten

Gutachtenanträge die Verhaltenstherapeuten, die wenigsten die Psychoanalytiker. Dies ist auf die Darstellung der frühen VT zurückzuführen, sich als Kurztherapieverfahren zu empfehlen. Inzwischen benötigt die VT – bei entsprechender Indikation – längere Behandlungszeiten, und ambulant tätige Verhaltenstherapeuten fordern größere Bewilligungsschritte (s. dazu die bvvp-Initiative zur Angleichung der VT an die tiefenpsychologischen Behandlungskontingente).

Das Gutachterverfahren hat die Aufgabe, die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer beantragten Psychotherapie zu prüfen. Den Krankenkassen war und ist an einer Einhaltung dieser Kriterien verständlicherweise gelegen, wobei der Gutachter in ihrem Auftrag die Behandlungsbedürftigkeit einer vorliegenden Störung, die Angemessenheit des therapeutischen Vorgehens sowie die Einhaltung der Regelbegrenzungen prüfen soll. „Der Therapeut seinerseits sollte vor einer rückwirkenden Kürzung der von ihm erbrachten Leistungen durch die regulären Prüfinstanzen der KV (im Falle einer Überschreitung der wirtschaftlichen Normen) geschützt werden“ (Faber, Haarstrick: Kommentar Psychotherapierichtlinien 1999, S. 16).

Das Gutachterverfahren stellt somit eine Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung dar.

Sind sich die Gegner des Gutachterverfahrens bewußt, was wir bei unserer psychotherapeutischen Tätigkeit an Schutz verlieren und evtl. Regreßforderungen riskieren, wenn wir diese Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung ohne Not aufgeben?

Dabei ist zu bedenken, daß wir auch Behandlungen erleben, die für die Patienten und für uns nicht immer zufriedenstellend verlaufen.

Noch schwerwiegender erscheint jedoch das Argument, daß wir oft durch ihre Lebensgeschichte tief verunsicherte Patienten behandeln. Erst ein bewilligtes und finanziertes Stundenkontingent gibt Patienten einen sicheren Rahmen, in dem sie ohne Sorgen um die Behandlung(skosten) und um den Fortbestand der Behandlung an sich arbeiten können. Die aus den USA bekannte Situation, daß man um ein paar Stunden mit den Krankenversicherungen „feilschen“ muß, wird dort von Patienten und Therapeuten als sehr therapiestörend erlebt.

Wir sollten besonders auch im Interesse unserer Patienten nicht an einer berechenbaren und gesicherten Stundenbewilligung rütteln. Diese Sicherheit ermöglicht überhaupt erst schwerer gestörten Patienten ein verlässliches Behandlungsangebot machen zu können.

Nun könnten Gegner des Gutachterverfahrens dagegen halten, ob denn die Stundenzahlbewilligung durch Gutachter erfolgen muß. Warum könnte nicht ein Sachbearbeiter bei der Krankenkasse diese Aufgabe übernehmen- wie bei der nicht gutachterpflichtigen Kurzzeittherapie?

Das Risiko einer unwirtschaftlichen Behandlung durch eine Kurzzeittherapie ist sicherlich geringer als bei einer Langzeittherapie (d.h. die Kosten sind geringer und damit auch die Verantwortung des Sachbearbeiters). Wollen wir aber die Überprüfung der Indikation für eine längere Behandlung wirklich Nicht-Fachleuten zugestehen? Oder vielleicht dann doch lieber Fachleuten (z.B. innerhalb des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) , die aber mehr als die derzeitigen Gutachter im Dienst der Krankenkassen stehen?

Damit würden wir Gefahr laufen, dass die Bewilligung unserer Leistungen künftig vermehrt durch sachfremde, insbesondere kurzfristige ökonomische Gesichtspunkte determiniert würde. Die Krankenkassen könnten je nach finanziell verfügbaren Mitteln Leistungen genehmigen, einschränken oder versagen. Können wir Interesse haben, die psychotherapeutische Arbeit einem derartigen - mehr finanziell und weniger inhaltlich begründeten - Steuerungsmechanismus auszusetzen?

Sicherlich gibt es zum Gutachterverfahren berechnete Kritik, und manches wird als Willkür erlebt (Zur Verbesserung des Gutachterverfahrens wird in einem eigenen Diskussionspapier Stellung genommen). Dennoch sollte man eher an der Verbesserung eines bestehenden Systems mit psychotherapeutischen Fachleuten und einer gewissen Autonomie gegenüber den Krankenkassen arbeiten, als die Bewilligung psychotherapeutischer Leistungen von fachfremden Gesichtspunkten abhängig zu machen.

Gerade im Zusammenhang mit dem von uns erstrittenen Bundessozialgerichtsurteil scheint das Rütteln am Gutachterverfahren besonders selbstdestruktiv. Das BSG hat uns als einziger Fachgruppe einen festen Punktwert zugestanden mit zwei wesentlichen Begründungen:

- a) wir erbringen zeitgebundene Leistungen, die sich nicht beliebig mehren lassen und
- b) genehmigungspflichtige Leistungen. Wenn Krankenkassen und KVen z.Z. daran interessiert sind, das Gutachterverfahren zu kippen, sollten wir uns fragen: Warum wohl?

Die Krankenkassen argumentieren mit den Kosten des Gutachterverfahrens und mit den geringen Ablehnungsquoten. Diese Argumentation ist jedoch nicht überzeugend. Die genannten 24 Millionen DM Ausgaben für das Gutachterverfahren machen gerade einmal 1-2% der Behandlungskosten aus. Es müsste erst einmal dargelegt werden, welche andere Form der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung, die einen solchen Namen verdient, mit gleichem oder geringeren Aufwand auskäme bei gleicher Wirksamkeit.

Zuwenig diskutiert wird auch, wieviel an Kosten dadurch mit dem Gutachterverfahren eingespart werden, daß jeder Therapeut angehalten wird, sich sorgfältig die Indikation für eine Langzeittherapie zu überlegen und darzustellen. Denn die entscheidende Wirkung der Kostenersparnis liegt darin, dass es aufgrund der Filterwirkung des Gutachterverfahrens in zahlreichen eher zweifelhaften Fällen vorab gar nicht zu einer Antragsstellung kommt.

Unter der seit Januar neu geltenden Gutachterpflicht für die Kurzzeittherapie „leiden“ sicherlich vor allem die neu ins Gutachtersystem gekommenen Kollegen, jedoch behindert es auch einen durchaus öfters festgestellten Mißbrauch durch Kollegen, die in der Vergangenheit nur und ohne sorgfältig gewählte Indikation Kurzzeittherapien durchgeführt haben.

Man sollte hellhörig werden, wenn KV-Vertreter sich zum Anwalt unzufriedener Psychotherapeuten machen (!) und ebenfalls das Gutachterverfahren wegen nachlas-

sender Akzeptanz in Frage stellen. Die Begehrlichkeiten sind groß, durch andere Bewilligungsverfahren neue Möglichkeiten – fachfremder - „Mengensteuerungsmaßnahmen“ für die Psychotherapie einzuführen, um den Budgetanteil der Psychotherapie besser beeinflussen und verringern zu können.

Dass das Gutachterverfahren nicht beliebt ist, ist angesichts seiner Prüffunktion und der schlechten Vergütung des Aufwandes, den die Therapeuten dafür erbringen müssen, leicht verständlich.

Es wird auch nicht bestritten, dass das Gutachterverfahren nur bedingt eine qualitätssichernde Funktion hat. Ein Fall sollte individuell und plausibel nach einem Richtlinienverfahren konzeptualisiert werden. Sicherlich gibt es Kollegen, die sich nicht hinreichend im Bericht individuell mit dem konkreten Fall auseinandersetzen (z.B. auf vorgefertigte Textbausteine zurückgreifen). Das spricht jedoch nicht gegen das Gutachterverfahren als solches; mit Mißbrauch und Betrug ist bei jeder Art von Regelung zu rechnen – das lässt sich mühelos an Beispielen anderer medizinischer Bereiche nachweisen.

Was das Gutachterverfahren für uns aber z.Z. Besonderes leistet, ist ein Schutz der Behandlungsschritte und der Honorierung. Bei jeder Allianz zwischen KVen und Krankenkassen im Bemühen, das Gutachterverfahren in Frage zu stellen, sollten wir uns fragen, inwieweit diese Kostendämpfung betreiben wollen auf Kosten einer Psychotherapie im fachlich notwendigen Umfang und mit der sachlich erforderlichen Honorierung. Das Gutachterverfahren lässt keinen Raum für weitere Maßnahmen zur Mengensteuerung bzw. – begrenzung seitens der Krankenkassen und der KVen. Eine Genehmigung jedoch „nur“ durch die Krankenkassen eröffnet den Zugriff der Kassen auf Behandlungskontingente, Mengensteuerung und Honorierung.

Denn es macht einen Unterschied, ob ein Sachbearbeiter der Krankenkasse eine Leistung größeren Umfangs befürworten und genehmigen soll oder eher erfahrene Fachvertreter. Die Befürwortung bzw. Genehmigung durch die Krankenkasse selbst hat einen anderen Stellenwert als die durch relativ unabhängige Gutachter. Eine wichtige Argumentation für unser BSG-Urteil entfiel. Wollen wir das wirklich riskieren?

In diesem Zusammenhang sei nur am Rande auf die immense Datenschutzproblematik hingewiesen, die damit verbunden wäre, krankenkassenintern die mitunter ausführliche Begründung für die erforderliche Beantragung/Fortsetzung einer Therapie darlegen zu müssen.

Fazit:

Lieber sollten wir weiterhin Anträge an psychotherapeutische Gutachter schreiben und eine angemessene Honorierung einfordern, als die Rahmenbedingungen, unter denen das BSG-Urteil zustande kam, so verfremden, daß das Urteil in seiner Begründung angreifbar und der feste Punktwert für die Psychotherapie riskiert wird.

Alle Psychotherapeuten sollten z.Z. am Gutachterverfahren festhalten und Versuchen seitens Krankenkassen, KVen oder einiger Psychotherapeuten widerstehen, sich für die Abschaffung des Gutachterverfahrens einzusetzen.

Eine populistische Politik sollten wir angesichts unserer gegenwärtigen existentiellen Bedrohung nicht verfolgen, sondern aufklären und Zusammenhänge deutlich machen.

Sollte ein ausgereiftes Konzept, juristisch gleichwertig zur Genehmigungspflicht durch das Gutachterverfahren, entwickelt werden, so ist darüber zu diskutieren. Solange aber keine durchdachte Alternative erkennbar ist, sollten wir nicht leichtfertig das, was auch in Zeiten enger Budgetgrenzen im Gesundheitswesen unserer psychotherapeutischen Arbeit, d. h. sowohl den Patienten als auch den Therapeuten, unverzichtbare sichere Rahmenbedingungen gibt, aufs Spiel setzen.

Quelle: Elisabeth Schneider-Reinsch, bvvp, vhvp, <http://www.bvvp.de/qualitaet/gutstell.htm> , 11.05.00

Anmerkung der bvvp-Redaktion: Dies ist ein 11 Jahre alter Text aus unserer Homepage und immer noch gültig! Es ist dort folgendermaßen kommentiert: Frau Schneider-Reinsch war seit 1983 im Delegationsverfahren für Verhaltenstherapie tätig. Durch die engen Bewilligungsschritte für VT hat sie im Jahr durchschnittlich 35 Langzeittherapieanträge bzw. Verlängerungsanträge (auch für verhaltenstherapeutische Gruppen) gestellt. Sie kennt also die Mühsal der Antragsstellung einschließlich der schlechten Honorierung der oftmals am Wochenende stattfindenden Antragsarbeit. Sie ist keine Gutachterin und hat keine Ambitionen für diese Tätigkeit, so daß ihr keine persönliche Bereicherung oder Interessenkollision nachgesagt werden kann.

2.5. Ärzten geht Bahrs Versorgungsgesetz nicht weit genug

Der Entwurf für das Versorgungsgesetz wartet mit einem Paukenschlag für Ärzte auf. Die Verpflichtung, die Ambulanten Kodierrichtlinien flächendeckend umzusetzen, soll entfallen.

Von Anno Fricke und Sunna Gieseke

BERLIN. Überraschung im Arbeitsentwurf für das Versorgungsgesetz. "Die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für die Ärztinnen und Ärzte Richtlinien zur Dokumentation der ärztlichen Behandlungsdiagnosen zu erarbeiten (ambulante Kodierrichtlinien) entfällt," heißt es unter anderem in dem 163 Seiten starken Papier, das der "Ärzte Zeitung" vorliegt.

Quelle und weiter:

<http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=656576&pid=664143> , 30.05.11

2.6. GKV-Versorgungsgesetz verschärft Unterversorgung psychisch Kranker

Praxissitze nach Bedarf und Morbidität festlegen

Berlin, 31. Mai 2011: Das geplante GKV-Versorgungsgesetz verschärft die Unterversorgung psychisch kranker Menschen. Psychisch Kranke warten bereits jetzt monatelang auf eine psychotherapeutische Behandlung. Im Entwurf fehlen innovative Elemente, die es ermöglichen, die medizinische Versorgung an den steigenden Anteil psychischer Erkrankungen anzupassen“, kritisiert Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), den Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums. „Psychisch Kranke brauchen dringend eine schnellere Versorgung mit psychotherapeutischen Behandlungsplätzen in ihrer Nähe.“

In Deutschland erkranken jährlich mindestens fünf Millionen Menschen an einer schweren psychischen Krankheit und sind dringend behandlungsbedürftig. Diesem Bedarf stehen bundesweit jedoch höchstens 1,5 Millionen psychotherapeutische Behandlungsplätze im ambulanten und stationären Bereich gegenüber. Der Gesetzgeber unterschätzte den tatsächlichen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erheblich, als er die Niederlassungsmöglichkeiten im Jahr 1999 auf der Basis der damals bestehenden Praxen festlegte. Seither stieg die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ständig. Jahr für Jahr nimmt die Zahl der Tage zu, an denen Arbeitnehmer aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig sind. Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für Frühverrentungen in Deutschland und belasten schon jetzt Wirtschaft und Sozialversicherung mit Milliardenkosten, die niedriger sein könnten, wenn Patienten rechtzeitig behandelt werden könnten. Dabei ist Psychotherapie bei den meisten psychischen Krankheiten nach evidenzbasierten Leitlinien und Patientenpräferenzen das Mittel der Wahl und muss den Patienten zur Verfügung stehen.

Die psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten liegen schon jetzt fast überall in Deutschland deutlich unter dem Bedarf. In der Stadt wie auf dem Land ist nicht mehr gesichert, dass Patienten in zumutbarer Zeit und Entfernung eine psychotherapeutische Behandlung finden, wie es das geplante GKV-Versorgungsgesetz als Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung anstrebt. Patienten telefonieren stattdessen wochenlang psychotherapeutische Praxen ab und erhalten doch nicht mehr als einen Platz auf der Warteliste. „Die Planungsvorgaben für die Niederlassung von Psychotherapeuten sind überholt und reichen nicht aus, psychisch kranke Menschen in einer Frist, die medizinisch zu verantworten ist, zu behandeln“, kritisiert BPtK-Präsident Richter. „Um wenigstens die gegenwärtigen Behandlungskapazitäten zu sichern, ist eine Neuberechnung der Verhältniszahlen notwendig, die festlegen, wie viele Psychotherapeuten je Einwohner notwendig sind.“ Langfristig bedürfe es aber einer grundlegenden Neuausrichtung der Versorgungsplanung, die prospektiv und morbiditätsorientiert sein müsse. „Stattdessen schreibt der Gesetzentwurf den Status quo der Unterversorgung fest und verlängert damit die Wartezeiten für die Patienten.“

Quelle: Pressemitteilung der BPtK, Kay Funke-Kaiser, 31.05.11

2.7. GKV-Versorgungsstrukturgesetz bedroht 30 Prozent der psychotherapeutischen Praxen - Bedarfsplanung nach Morbidität erforderlich

Berlin, 10. Juni 2011: Durch das geplante Versorgungsstrukturgesetz sind fast 6.000 psychotherapeutische Praxissitze bedroht – das sind knapp 30 Prozent der rund 21.000 Praxen in Deutschland. „Dass die Gesundheitspolitik einen solchen Kahl-schlag in der Versorgung psychisch kranker Menschen plant, ist erschreckend“, kritisiert Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), anlässlich des Referentenentwurfs zum Versorgungsstrukturgesetz. „Ziel des Gesetzentwurfs soll doch sein, die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. Für psychisch kranke Menschen führen die neuen Regelungen aber zu einer drastischen Verschlechterung.“

In Deutschland erkrankt ca. jeder Dritte innerhalb eines Jahres an einer psychischen Krankheit. Aufgrund von Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen werden jedes Jahr mehr Menschen arbeitsunfähig. Chronische seelische Leiden sind die Hauptursachen für Frühverrentungen in Deutschland. Psychisch kranke Menschen warten schon jetzt monatelang auf einen freien Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. „Die bisherigen Kriterien, nach denen die Obergrenzen für die Zahl der Psychotherapeuten ermittelt werden, die sich in eigener Praxen niederlassen dürfen, unterschätzen den Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen erheblich“, stellt BPtK-Präsident Richter fest. „Wir brauchen nicht weniger, sondern sogar erheblich mehr Psychotherapeuten.“ Die BPtK fordert deshalb eine grundlegende Reform der bisherigen Bedarfsplanung, die zu einer prospektiven, sektorenübergreifenden und regional orientierten Versorgungsplanung entwickelt werden muss. Die BPtK hält im Einzelnen folgende Änderungen für notwendig:

- Die Versorgungsplanung sollte sich an der Häufigkeit von Krankheiten (Morbidität) in der Bevölkerung orientieren. Dafür ist eine neue angemessene empirische Basis zu schaffen, z. B. dadurch, dass die im Gesundheitssystem verfügbaren Leistungs- und Versicherungsdaten für die Versorgungsplanung genutzt werden.
- Die Versorgungsplanung sollte qualitative Versorgungsziele berücksichtigen. Diese ergeben sich u. a. aus wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie z. B. in Leitlinien konsentiert sind.
- Die Versorgungsplanung muss sektorenübergreifend ausgerichtet werden. Daher werden auf Länderebene Arbeitsgemeinschaften gebildet, die mit der Vereinbarung und Operationalisierung von Versorgungszielen beauftragt sind. Der Gesetzgeber verpflichtet die Arbeitsgemeinschaften, Empfehlungen für die jeweils sektorspezifische Bedarfsplanung zu formulieren.
- Die Versorgungsplanung erfordert ein transparentes und partizipatives Verfahren. Die Arbeitsgemeinschaften sollten deshalb ihre Konzepte der Öffentlichkeit vorstellen und in einem strukturierten Verfahren Rückmeldungen einbeziehen. Um zu verhindern, dass im Laufe der nächsten Jahre knapp 30 Prozent der Praxissitze von niedergelassenen Psychotherapeuten abgebaut werden, wird für die Arztgruppe der Psychotherapeuten stichtagsbezogen zum Datum 31.12.2011 die Verhältniszahl neu berechnet.

Quelle: Pressemitteilung der BPtK, Kay Funke-Kaiser, 10.06.11

2.8. Mehr Datenschutz bei privaten Krankenversicherungen gefordert

Berlin: (hib/HAU) Der Petitionsausschuss spricht sich für eine Verbesserung des Datenschutzes privat krankenversicherter Personen aus. Während der Sitzung am Mittwochmorgen beschlossen die Abgeordneten einstimmig, eine entsprechende öffentliche Petition dem Bundesfinanzministerium, dem Bundesgesundheitsministerium, dem Bundesinnenministerium sowie dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit als Material zu überweisen und den Fraktionen zur Kenntnis zu geben.

Der Petent beanstandet in seiner Eingabe, dass die privaten Krankenversicherungen (PKV) bei der Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen persönliche Daten des Versicherten weitergeben würden, obwohl dies für die Zwecke der Abrechnung nicht erforderlich sei. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV), so schreibt der Petent weiter, würden hingegen ein Verfahren anwenden, welches die Privatsphäre der Versicherten respektiere. In der Petition wird daher gefordert, die privaten Krankenversicherungen zu verpflichten, ein gleichwertiges Verfahren einzuführen.

Im Ergebnis der parlamentarischen Prüfung der Petition kommt der Ausschuss zu der Einschätzung, dass die privaten Krankenversicherungen tatsächlich zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht häufig Arztberichte, Krankenhausentlassungsberichte und Operationsberichte anfordern würden. "Das betrifft auch die von dem Petenten erwähnten psychotherapeutischen Gutachten oder Berichte, die in der Regel besonders sensible, personenbezogene Daten enthalten", schreibt der Petitionsausschuss in der Begründung zu seiner Beschlussempfehlung. Zugleich wird festgestellt, dass es "im Bereich der privaten Krankenversicherungen keine dem Gutachterverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Rechtsnorm gibt". Ein zwischen der Versicherungswirtschaft und den Datenschutzbehörden der Länder im Jahr 1993 abgestimmtes Verfahren sehe lediglich vor, dass Behandlungs- und Befundberichte dem beratenden Arzt der Versicherung, nicht jedoch den Sachbearbeitern zugehen sollten.

Auch wenn aus Sicht des Petitionsausschusses im Hinblick auf das Verfahren "derzeit kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf erkennbar ist", hegen die Abgeordneten Zweifel, ob die mehr als 15 Jahre zurückliegende Vereinbarung "allen dem Verband der privaten Krankenversicherungen angeschlossenen Versicherungsunternehmen bekannt ist und in der Praxis auch beachtet wird". Vor diesem Hintergrund sei eine Regelung, die dem Gutachterverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, aus Datenschutzsicht "wünschenswert", schreiben die Abgeordneten. Dies gelte insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass dann für den Umgang mit hoch sensiblen, personenbezogenen Daten im öffentlichen wie im nicht-öffentlichen Bereich der gleiche Schutz gewährleistet wäre.

Quelle: Deutscher Bundestag,

http://www.bundestag.de/presse/hib/2011_05/2011_208/02.html , 25.05.11

3. Praxis

3.1. Berichte an die Gutachter – sei es Krankenkasse oder MdK – müssen vollständig vom behandelnden Psychotherapeuten selbst und für den jeweiligen Patienten/in individuell verfasst sein

In der letzten Zeit erreichten die Kammer Klagen über die Qualität der Berichte (Be-willigung der Therapie, Umwandlung oder Fortführung der Behandlung). Das möch-ten wir zum Anlass nehmen, nochmals dringlich darauf hinzuweisen, dass alle Be-richte bestimmten Qualitätsstandards unterliegen. Dazu gehört, dass der Bericht voll-ständig eigenständig geschrieben werden muss. Dieses unterschreiben Sie mit dem Antragformular für die Krankenkasse. Dass hierzu ein Dienst in Anspruch genommen wird, wie häufig in Zeitschriften angepriesen, der den Bericht für den Behandler schreibt, ist nicht zulässig. (Antragsformular PTV 2)

Quelle und weiter: <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/page/1/245>
Zugriff 03.06.11

3.2. Datenschutz in der Praxis

Der Informationshunger der Krankenkassen nach Patientendaten ist groß. Leider ist der Umgang damit nicht immer so, wie es wünschenswert wäre. Wir, als Therapeu-ten, stehen in dem Spannungsfeld zwischen Auskunftspflicht und Patientenschutz. Im aktuellen Fall sollte sich eine Kollegin zur Arbeitsunfähigkeit einer Patientin äu-ßern, obwohl sie diese nicht selbst „AU“ geschrieben hatte. Das Antwortschreiben der KVB, das wir auf unsere Anfrage hin erhalten haben, möchten wir im originalen Wortlaut wiedergeben:

„Zur Beantwortung von Anfragen der Krankenkassen und auch des MDK gibt es amt-lich vereinbarte Vordrucke (Vordruckvereinbarung), die im Allgemeinen zur Beant-wortung von Anfragen ausreichen. Werden über die Inhalte der Vordrucke hinausge-hende weitere Fragen gestellt, ist insbesondere bei Krankenkassen sorgfältig zu prü-fen, ob die Krankenkasse diese Daten überhaupt erheben, bzw. der Arzt/Psychotherapeut diese Daten im Hinblick auf seine berufliche Schweigepflicht überhaupt übermitteln darf. Eine derartige Überprüfung kann i. d. R. nur im Einzelfall erfolgen, wobei ganz allgemein gesagt werden kann, dass Krankenkassen – bis auf ganz wenige Ausnahmen (z. B. Reha- Antrag) keine Befund- und Anamnesedaten erhalten können.

Auf jeden Fall muss die Krankenkasse und der MDK in derartigen Fällen stets die Angaben nach § 67 Abs. 4 SGB X enthalten (Rechtsgrundlage, die zur Auskunft ver-pflichtet, bzw. Hinweis auf Freiwilligkeit der Auskunft). Dabei ist auch zu berücksichti-gen, dass eine evtl. Datenerhebungsbefugnis der Kasse noch lange keine Daten-übermittlungsbefugnis des Arztes beinhaltet.

Bei Anfragen des MDK ist die Rechtslage etwas einfacher. Nach § 275 Abs. 2 Satz 1 SGB V darf der MDK Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Prü-

fung, Beratung und gutachtliche Stellungnahme u. a. nach § 275 (SGB V), hier speziell § 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V), erforderlich ist.

Sofern der Anforderung von Daten durch den MDK (die auch im Auftrag des MDK durch die Krankenkasse erfolgen kann, wobei z. B. hier ein besonders gekennzeichnete Umschlag "nur vom MDK zu öffnen" beizufügen ist) durch einen Prüfauftrag nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V veranlasst ist, haben die Leistungserbringer dem MDK auf Anforderung diejenigen Sozialdaten zu übermitteln, die für den Prüfauftrag erforderlich sind. Deshalb muss eine derartige Datenanforderung durch oder für den MDK deshalb den Prüfauftrag sowie die dafür aus Sicht des MDK notwendigen Daten und Informationen konkret beschreiben. Der Arzt selbst muss dann diejenigen Unterlagen übermitteln bzw. Informationen erteilen, die er unter diesen rechtlichen Vorgaben als erforderlich erkennt."

Aus § 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ergibt sich lt. der Stabsstelle außerdem, dass einzig und allein der MDK gesetzlich beauftragt ist, gutachterliche Stellungnahmen bei Zweifeln an einer AU vorzunehmen. Ggf. könnten für Sie in diesem Zusammenhang auch noch die nachstehenden Links von Interesse sein.

<http://www.medi.de/arzt/praxiswissen/recht/mdk-und-krankenkassenanfragen.html>

http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl_rechtshinweise/anfragen.htm

Quelle: 73. Mitgliederbrief des bvvp-Bayern, 31.05.11

3.3. Zuzahlungen zu Psychotherapien

In jüngster Zeit erreichen uns immer wieder Anfragen bzw. Beschwerden von Patientinnen und Patienten, die sich darüber beklagen, dass sie bei ihren Psychotherapien im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung von ihren Psychotherapeuten aufgefordert werden, eine private Zuzahlung zu leisten.

Quelle und weiter: http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/110517_zuzahlungen_pt.html , 17.05.11

3.4. Kosten für Sitzübernahme muss der Fiskus anerkennen

Praxisnachfolger können Aufwendungen für den Praxiswert steuerlich abschreiben. Das hat jetzt der Bundesfinanzhof in einem bislang nicht veröffentlichten Urteil klargestellt.

Von Dietmar Sedlaczek

BERLIN. Der für den immateriellen Praxiswert gezahlte Kaufpreis kann vollständig steuerlich abgeschrieben werden. Dies hat der Bundesfinanzhof (BFH) jetzt in einem noch nicht veröffentlichten Urteil entschieden.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/657029/kosten-sitzuebernahme-muss-fiskus-anerkennen.html , 03.06.11

3.5. PKV-Basistarif "treibt Blüten"

Immer öfter wird in der Geschäftsstelle von Kolleginnen und Kollegen angefragt, wie Sie sich zur Behandlung von Patienten verhalten sollen, die über den PKV-Basistarif versichert sind. Unseres Erachtens ist mit diesem Tarif ein zutiefst ethisches Problem in mindestens zwei Richtungen entstanden. Wenn diese Patienten systematisch nicht behandelt werden, wird eine Personengruppe ausgegrenzt, die durch ihre überwiegend prekäre Lebenslage in dieses Tarifsystem gezwungen scheint. Aus der prekären Lebenssituation ergibt sich ja sehr häufig ein erhöhter Behandlungsbedarf. Andererseits wird dieser Basistarif anscheinend mehr und mehr auch von durchaus gut situierten und finanziell gut abgesicherten Personen gewählt. So war jüngst von einem Gymnasiallehrer zu hören, der diesen Tarif für sich abgeschlossen hatte.

Die Kollegin wollte nachvollziehbar nicht einsehen, sich in diesem Fall mit einem so viel geringerem Honorar zufrieden zu geben. (GOÄ 1,2-facher Satz > bedeutet für Richtlinienbehandlung 53 €).

Quelle: 73. Mitgliederbrief des bvvp-Bayern, 31.05.11

4. Rechtliches und Urteile

4.1. BGH: Sexueller Missbrauch auch bei Einverständnis des Opfers BPtK begrüßt größeren Opferschutz

Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses (§ 174c Strafgesetzbuch) ist grundsätzlich auch dann strafbar, wenn das Opfer in die sexuellen Handlungen einwilligt. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in seinem gerade veröffentlichten Grundsatzurteil vom 14. April 2011 (Aktenzeichen 4 StR 669/10) klargestellt. Das Landgericht Münster hatte den Angeklagten zunächst mit der Begründung freigesprochen, dass das Opfer mit den vorgenommenen sexuellen Handlungen einverstanden gewesen sei und schon deshalb kein Missbrauch vorliege.

Quelle und weiter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bgh-sexuell.html> , 30.05.11

5. Medien und Wissenschaft

5.1. Erschöpfte Helfer – Untersuchung zur Arbeitsbelastung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Für eine Studie über die Arbeitsbelastung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sucht die Universität Frankfurt in Kooperation mit dem IVAH Hamburg Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bereit sind, einen Online-Fragebogen auszufüllen. Teilnehmen können Psychotherapeuten aller Verfahren (alle approbierten Berufsgruppen und Kandidaten in Aus- oder Weiterbildung). Ihre Angaben werden anonym behandelt und ausschließlich für Forschungszwecke verwendet. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 20 Minuten. Unter den Teilnehmern werden 10 Amazon-Gutscheine im Gesamtwert von 500 Euro verlost. Wenn Sie unsere Forschung unterstützen wollen, folgen Sie bitte diesem Link:

https://ww3.unipark.de/uc/f_uni_sozpsy_LS_DiffPsy/1568/

Vielen Dank!

Goethe-Universität, Institut für Psychologie, Kettenhofweg 128, 60325 Frankfurt a.M.

Quelle: www.lpk-bw.de/, 07.06.11

5.2. Psychotherapie : Umfrage gestartet

Rund eine Million Menschen in Deutschland machen jährlich eine Psychotherapie. Das bedeutet ein großes Stück Arbeit. Auch die Suche nach einem geeigneten Therapeuten ist oftmals nicht einfach. Doch wie sieht die Situation konkret aus? Die Stiftung Warentest möchte sich mit dem Thema Psychotherapie näher beschäftigen. Dabei können uns auch Ihre persönlichen Erfahrungen helfen. Haben Sie Unterstützung gesucht oder wenn nicht: Was hat Sie abgehalten? Auf welche Weise haben Sie Ihren Psychotherapeuten gefunden und wie schnell? Und wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Behandlungserfolg?

.....

Mitmachen können Sie bis zum 26. Juni.

Quelle und weiter: Stiftung Warentest, test 06/2011,
<http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/meldung/Psychotherapie-Umfrage-gestartet-4240573-4240577/>

5.3. Schwarze Schatten auf der Seele

Depressionen sind eine Volkskrankheit. Aber in den sechs neuen Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, die Bildungsministerin Annette Schavan an diesem Donnerstag einweihet, spielen psychische Leiden keine Rolle.
Von Melanie Mühl

09. Juni 2011. Heute ist ein Tag zum Feiern. Annette Schavan wird im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin vermutlich ihr Glas inmitten einer großen Runde erheben und sagen, dass sie glücklich sei, die sechs Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung nun offiziell vorstellen zu dürfen. Die meisten werden davon nicht das Geringste mitbekommen, dabei ist jeder einzelne von uns betroffen, denn diese sechs über Deutschland verteilten Zentren werden unsere Gesundheit über Jahrzehnte beeinflussend begleiten.

<http://www.faz.net/artikel/C31399/gesundheitsforschung-schwarze-schatten-auf-der-seele-30435154.html>, 09.06.11

bvvp, Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg i. Br., Tel. 0761-7910245, bvvp@bvvp.de
+++++
bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter
+++++