

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

politisch gibt es mindestens zwei Möglichkeiten, auf Probleme zu reagieren – z. B. auf die langen Wartezeiten bis zum Beginn einer Psychotherapie. Man kann versuchen zu ignorieren oder umzudeuten und erstmal nichts tun. Man kann aber auch anhand von Fakten herausfinden, wie groß das Problem ist und wo die Ursachen liegen, und hierfür adäquate Lösungen erarbeiten. Diese Art von faktenbasierter Gesundheitspolitik wünschen wir uns für unsere Patienten und auch für uns Psychotherapeuten. Pro Jahr werden circa 1,9 Millionen Patienten psychotherapeutisch versorgt. Dem stehen nach den Studien des Robert Koch-Instituts circa 19 Millionen Menschen gegenüber, die innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung leiden. Natürlich brauchen nicht all diese Menschen eine

Psychotherapie. Trotzdem zeigen diese Zahlen die Dimension der psychotherapeutischen Unterversorgung und, dass unsere Patienten im Durchschnitt 20 Wochen auf eine Psychotherapie warten, kann niemanden mehr verwundern. Hoffen wir, dass auch die Gesundheitspolitik bereit ist, das Problem zu sehen und mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz mehr Psychotherapeuten zur Versorgung zuzulassen.

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Gesundheitsminister Spahn plant Reformen, die längst Realität sind BPTK kritisiert Regelung im Terminservice- und Versorgungsgesetz

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden, „eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung“ zu beschließen. Damit wird übersehen, dass im vergangenen Jahr mit der psychotherapeutischen Sprechstunde bereits ein schneller Zugang zu einer fundierten diagnostischen Abklärung und Feststellung des jeweiligen Versorgungsbedarfs geschaffen wurde. Über die Sprechstunde erfolgt die Steuerung der psychisch kranken Menschen in eine differenzierte Versorgung. In der Sprechstunde erfahren die Patienten kurzfristig, ob sie psychisch krank sind oder nicht und welche Hilfe sie benötigen. Unmittelbar Behandlungsbedürftige können

kurzfristig eine Akutbehandlung erhalten, Menschen mit Selbst- und Fremdgefährdung können in ein Krankenhaus überwiesen werden. Zum 1. Oktober 2018 wird ferner regelhaft erfasst, ob eine Richtlinienpsychotherapie zeitnah erforderlich ist. Die Terminservicestellen (TSS) werden versuchen, dafür Termine bei Psychotherapeuten zu vermitteln. Damit kann psychisch kranken Menschen im Prinzip je nach Dringlichkeit und Schweregrad eine angemessene und leitliniengerechte Behandlung angeboten werden. Die psychotherapeutische Sprechstunde hat sich deshalb innerhalb kürzester Zeit zu einer zentralen Anlauf- und Koordinationsstelle für psychisch kranke Menschen entwickelt. Schon in den ersten beiden Quartalen nach Inkrafttreten

der Regelung zum 1. April 2017 wurden von den Psychotherapeuten die Sprechstunden so umfassend angeboten, dass die Mindestvorgaben nach der Psychotherapie-Richtlinie deutlich übertroffen wurden. Es ist nicht ersichtlich, was der aktuelle Vorschlag im TSVG daran noch weiter verbessern könnte.

Gerade schwer psychisch kranke Menschen profitieren wesentlich von der neuen psychotherapeutischen Sprechstunde. Die BPTK-Studie „Wartezeiten 2018“ zeigt, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen, Patienten, die aktuell arbeitsunfähig sind, aber auch psychotische Patienten die psychotherapeutische Sprechstunde häufiger für ein erstes Gespräch nutzen. Das heißt, diese Patienten lassen sich

BPTK-Dialog

Interview mit Dr. Sandra Dick
Psychotherapeutin Gerontopsychiatrie
Seite 3

BPTK-Fokus

TSVG: Sofortprogramm für psychotherapeutische Versorgung
Seite 4/5

BPTK-Inside

BPTK fordert Zulassung der Systemischen Therapie
Seite 7

nicht mehr wie früher durch viel zu lange Wartezeiten auf eine erste Beratung und Diagnostik davon abschrecken, sich Hilfe zu suchen. Hinzu kommt die Vermittlung durch die TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gerade für Patienten, die nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus, einer psychosomatischen Rehabilitation oder einer Entwöhnungs-

behandlung eine unmittelbare ambulante Weiterbehandlung benötigen, können von der Unterstützung der TSS profitieren. Wobei klar ist: Die TSS kann nur Therapieplätze vermitteln, die es auch gibt, weshalb ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung notwendig bleibt.

Beispiele

Ein *Patient mit einer Alkoholabhängigkeit*, der nach einer qualifizierten Entgiftung an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen hat: In der Endphase der zwölfwöchigen Entwöhnung wird mit dem Patienten die Notwendigkeit der Fortführung einer ambulanten Psychotherapie besprochen. Mit Unterstützung des Sozialdienstes der Reha-Einrichtung kann der Patient selbstständig Kontakt mit mehreren Vertragspsychotherapeuten aufnehmen oder er könnte, um eine unmittelbare Anschlussbehandlung sicherzustellen, die Terminservicestelle für die Vermittlung eines Behandlungsplatzes anfragen.

Eine *Patientin mit einer paranoiden Schizophrenie*, die wegen einer akuten psychotischen Symptomatik mit Selbst- und Fremdgefährdung für sechs Wochen stationär im Krankenhaus behandelt wurde: Der Patientin wird entsprechend den aktuellen Leitlinien im Anschluss an die stationäre Behandlung neben der ambulanten psychiatrischen Versorgung auch eine ambulante Psychotherapie empfohlen. Zwei Wochen vor der Entlassung wird der Patientin im Rahmen des Entlassmanagements des Krankenhauses über die Terminservicestelle ein Termin für eine probatorische Sitzung für eine zeitnah erforderliche Richtlinien-therapie vermittelt. Dieser erste Termin findet innerhalb der vierwöchigen Frist ab Anfrage in der Entlassungswoche statt.

Eine *jugendliche Patientin mit einer Depression*, die sich sozial immer weiter zurückzieht, unter Versagensängsten leidet und immer häufiger der Schule fernbleibt: Alle Versuche der Eltern, ihre Tochter zu unterstützen und zu entlasten, haben bislang nicht geholfen. Die Eltern sind am Rande der Verzweiflung. Als ihre Tochter Suizidgedanken äußert, sucht die Familie kurzfristig die psychotherapeutische Sprechstunde einer Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin auf. Aufgrund der krisenhaften Zuspitzung erhält die Patientin im direkten Anschluss eine Akutbehandlung.

Psychisch kranke Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen besser versorgen

Psychisch kranke Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen könnten erheblich besser und mit weniger freiheits-einschränkenden Maßnahmen versorgt werden als bisher. Insbesondere alte Menschen, die aufgrund von demenziellen Erkrankungen verhaltensauffällig sind, erhalten viel zu häufig und viel zu lange – vor allem sedierende – Psychopharmaka. 43 Prozent dieser Patienten bekommen Neuroleptika als Dauermedikation, gefolgt von Antidepressiva (30 %) sowie Angstlösern und Beruhigungsmitteln (jeweils 6 %). Aber auch Patienten ohne Demenz werden zu häufig Medikamente verordnet: 33 Prozent der stationär Pflegebedürftigen ohne Demenz erhalten Antidepressiva als Dauerverordnung, gefolgt von Neuroleptika (20 %), Beruhigungsmitteln (12 %) und Angstlösern (8 %).

Diese Psychopharmaka haben erhebliche Nebenwirkungen. Insbesondere Neuroleptika vergrößern das Risiko einer beschleunigten kognitiven Verschlechterung sowie von Stürzen und führen zu einer erhöhten Mortalitätsrate. Dabei gibt es wirksame nicht-medikamentöse Therapien. Spezifische Wirksamkeitsbelege liegen für die psychotherapeutische Behandlung depressiver Erkrankungen unter Einbezug der Pflegekräfte und der Angehörigen vor. Aber auch bei De-

menzkranken kann die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen anders und weniger einseitig gestaltet werden. Durch Verhaltensmanagement, Schulung von Angehörigen und Pflegenden sowie kognitive Stimulation lässt sich die Verordnung von Antipsychotika deutlich verringern. Im Durchschnitt leiden rund 70 Prozent der Heimbewohner unter einer demenziellen Erkrankung und zwischen 20 und 50 Prozent unter affektiven Störungen, am häufigsten unter unipolaren Depressionen. Als Ursachen für die hohen Psychopharmaka-Verordnungen sehen Experten Unwissenheit und Unsicherheiten im Umgang mit Psychopharmaka auf Seiten der Pflegenden, aber auch Zeit- bzw. Personalmangel. Nicht-medikamentöse Interventionen bei Verhaltensauffälligkeiten benötigen mehr Personal je Altenheimbewohner. Auch die Schnittstelle zwischen Pflege- und Krankenversicherung erschwert eine ausreichende ärztliche und psychotherapeutische Betreuung von Pflegebedürftigen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt deshalb, dass mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) die Verpflichtung zur Kooperation zwischen Pflegeheimen und Vertragsärzten gestärkt werden soll. In diese Kooperationsverträge müssen allerdings auch Vertragspsychotherapeuten einbezogen werden.



BPtK-DIALOG

Dr. Sandra Dick

Psychologische Psychotherapeutin in der Gerontopsychiatrie
des St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin

Eine Atmosphäre schaffen, in der sich der Patient sicher und wohl fühlt

Frau Dr. Dick, was sind die häufigsten Gründe dafür, dass ältere Menschen stationär bei Ihnen aufgenommen werden müssen?

Zu uns kommen vor allem Patienten mit schweren depressiven Episoden mit sozialem Rückzug, Apathie, Suizidalität und teilweise auch psychotischen Symptomen sowie Verhaltensstörungen und deliranten Phasen bei demenziellen Erkrankungen. In den letzten Jahren suchen auch immer wieder Patienten für einen Benzodiazepin-Entzug unsere Hilfe.

Viele Patienten konnten sich nicht mehr selbst versorgen. Oft stellt sich bei der Aufnahme heraus, dass die Patienten sehr belastende Lebensereignisse zu bewältigen hatten: Der Ehemann, der nach 40 oder 50 Jahren Ehe gestorben ist, chronische Krankheiten, die nicht mehr behandelt werden können, oder auch der drohende Verlust der eigenen Wohnung aufgrund von gestiegener Hilfebedürftigkeit.

Welche psychotherapeutischen Ansätze gibt es für ihre Behandlung?

Bei der Altersdepression hat sich seit einigen Jahren das Manual von Hautzinger etabliert. Ein genuin auf den Erkenntnissen gerontologischer Modelle beruhendes Therapiekonzept stellt die Lebensrückblicktherapie nach Maercker und Forstmeier dar. Gerade depressive Patienten bilanzieren ihre Vergangenheit häufig negativ, indem sie vor allem negative Erinnerungen aktivieren.

Für Demenzpatienten stehen neben bekannten Ansätzen wie dem Realitäts-Orientierungstraining (ROT) oder dem Selbsterhaltungstraining von Romero auch die kognitive Stimulationstherapie von Spector zur Verfügung. Diese hat eine Empfehlung in den S3-Leitlinien als therapeutische Maßnahme bei kognitiven Einbußen erhalten.

Wie lässt sich Zwang möglichst weitgehend vermeiden?

Auf unserer Station kommen Zwangsmaßnahmen glücklicherweise nur sehr selten zum Einsatz, was u. a. an der hohen Spezialisierung unseres Pflegepersonals liegt. Gerontopsychiatrisch geschultes Pflegepersonal ist in Verhaltens- und Kommunikationsregeln mit Demenzpatienten geschult. Eine gute Personalausstattung führt außerdem zu einer höheren Zufriedenheit des Personals. Dies überträgt sich natürlich auch auf die Patienten.

Neben psychotherapeutischen Interventionen sind oft auch ergo- und physiotherapeutische Angebote wirksam, um die Patienten bei der Affektregulation zu unterstützen.

Reichen die gegenwärtigen Personalressourcen aus?

Ich arbeite zum Beispiel mit einer halben Stelle auf der Station. Das ist sicherlich im Hinblick auf die Bewertung der psychotherapeutischen Versorgung auf einer gerontopsychiatrischen Station schon als gute Entwicklung zu bezeichnen. Lange Zeit galt, dass Psychotherapie im höheren Lebensalter nicht sinnvoll ist. Ich halte dies für therapeutischen Nihilismus. Insofern ist es schon als Fortschritt zu werten, dass Psychotherapeuten mittlerweile auf vielen gerontopsychiatrischen Stationen zum Stammpersonal gehören.

Psychisch kranke ältere Menschen erhalten häufig Psychopharmaka. Welche Alternativen gibt es aus Ihrer Sicht?

Zu den Patienten mit herausforderndem Verhalten gehören in erster Linie Personen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, bei denen die Erkrankung meist schon fortgeschritten ist. Da in diesem Stadium die sprachlichen Fähigkeiten, Emotionen und Bedürfnisse auszudrücken, oft bereits deutlich eingeschränkt sind, ist es hierbei besonders wichtig, auf die Körpersprache der Patienten zu achten. Auch halte ich die Kenntnis der Biografie der Patienten für entscheidend. Außerdem lassen sich die Stationen auch funktionell an die Bedürfnisse von Demenzpatienten anpassen. Auf unserer Station haben wir z.B. einen Rundgang. Dies hilft Patienten mit erhöhtem Bewegungsdrang, die mit Unruhe auf „Sackgassen“ auf Stationsfluren reagieren.

Häufig ist es entscheidend, die Vorstellungswelt von Demenzpatienten nicht infrage zu stellen. Das Vergessen oder inadäquate Handlung, wie beispielsweise bei 10 Grad minus im T-Shirt das Haus zu verlassen, ist hirnorganisch bedingt. Der Patient kann sich nicht mehr ausreichend selbst steuern. Deshalb geht es vor allem darum, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich der Patient sicher und wohl fühlt. Dadurch kann es nicht selten zu einer nahezu vollständigen Verringerung des herausfordernden Verhaltens kommen.

Sofortprogramm für eine bessere psychotherapeutische Versorgung TSVG: Kurzfristig 1.500 psychotherapeutische Praxen zusätzlich

Der Gesetzgeber plant, mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Höchstgrenze für die Zulassung von Ärzten, bei denen besonders große Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen, so lange aufzuheben, bis der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Bedarfsplanung reformiert hat. Hierfür hat er dem G-BA den 31. Juli 2019 als neue Frist gesetzt. Die BPTK fordert, dass dieses Sofortprogramm zur Verbesserung der Versorgung nicht nur – wie vom Gesetzgeber bisher geplant – für die Bereiche Rheumatologie, Psychiatrie und Kinderheilkunde, sondern auch für die Psychotherapie gelten soll.

Besondere Versorgungs- und Terminschwierigkeiten auch in der Psychotherapie

Psychotherapie gehört zu den Versorgungsbereichen mit besonders großen Versorgungs- und Terminschwierigkeiten. Psychisch kranke Menschen warten überdurchschnittlich lange auf eine psychotherapeutische Behandlung und erheblich länger als auf eine psychiatrische Behandlung, die schwerpunktmäßig pharmakologisch ausgerichtet ist. Bei fast allen psychischen Erkrankungen gehört jedoch Psychotherapie zur Behandlung der ersten Wahl.

Nach dem jüngsten Gutachten des Sachverständigenrats zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen sind die

Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung doppelt so lang wie auf eine ambulante psychiatrische Behandlung. Auf eine Behandlung beim Psychiater müssen Patienten im Durchschnitt zwei, auf eine psychotherapeutische Behandlung vier Monate warten. Auch auf eine stationäre Behandlung warten psychisch kranke Menschen mit ein bis zwei Monaten im Mittel deutlich kürzer als auf eine ambulante Psychotherapie.

Jens Spahn: „Wenn es bei den Terminvergaben und den Wartezeiten – auch in der Psychotherapie – hakt, müssen wir das rasch ändern.“
(Handelsblatt, 12.04.2018)

Verbesserung der Versorgung insbesondere außerhalb von Ballungszentren notwendig

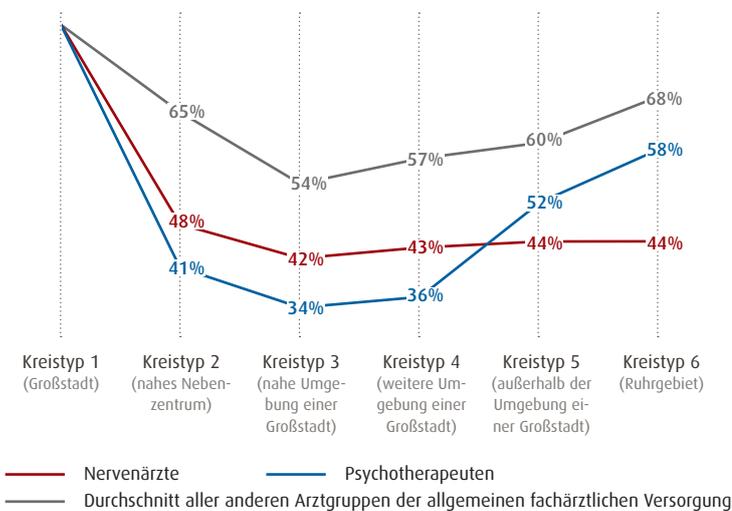
Bei dem Sofortprogramm zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sollte es vor allem darum gehen, die kurzfristig möglichen zusätzlichen Niederlassungen so zu steuern, dass die Versorgung dort verbessert wird, wo die Wartezeiten auf eine Psychotherapie besonders lang sind. Das sind vor allem Planungsbereiche außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. So zeigt eine aktuelle Wartezeitenstudie der BPTK, dass Menschen außerhalb von Ballungszentren im Durchschnitt fünf bis sechs Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Im Ruhrgebiet sind es sogar mehr als sieben Monate. Die Wartezeit in Großstädten liegt bei durchschnittlich vier Monaten.

Weniger Psychotherapeuten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet

Die besonders langen Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren sind darauf zurückzuführen, dass dort entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie deutlich weniger Psychotherapeuten vorgesehen sind als in den Großstädten. In Großstädten sollen für 100.000 Einwohner rund 36 Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Außerhalb von Ballungszentren sind es zwischen 12 und 15, im Ruhrgebiet 18 Psychotherapeuten. Es werden jedoch Menschen in der Stadt und auf dem Land ungefähr gleich häufig psychisch krank. Die Unterschiede in der Psychotherapeutendichte zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung lassen sich also nicht mit einer unterschiedlichen Morbidität bei psychischen Erkrankungen begründen.

Ein Sonderfall in der Bedarfsplanung ist das Ruhrgebiet. Obwohl die Region zwischen Rhein und Ruhr ein großstädtischer Ballungsraum ist, können sich dort entgegen der allgemeinen Systematik der Bedarfsplanung deutlich weniger Psychotherapeuten niederlassen als in anderen Großstädten.

Abbildung: Geplante Ärzte- und Psychotherapeutendichte in den verschiedenen Kreistypen im Verhältnis zu Kreistyp 1



Erläuterung: Die geplante Versorgungsdichte in Kreistyp 1 wird als Ausgangspunkt gewählt und auf 100 Prozent gesetzt. Die Versorgungsdichten in den anderen Kreistypen sind in ihrem Verhältnis dazu dargestellt.

Quelle: BPTK, 2018

BPTK-FOKUS

Darum sind zwischen Duisburg und Dortmund die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie sogar noch länger als auf dem Land. Sie betragen dort mehr als sieben Monate.

Unterschiede zwischen Stadt und Land bei Psychotherapeuten besonders groß

Hinzu kommt, dass die Unterschiede zwischen der geplanten Versorgungsdichte in Großstädten und außerhalb von Ballungszentren bei den Arztgruppen, die psychisch kranke Menschen versorgen (Psychotherapeuten und Nervenärzte), besonders groß sind.

Vergleicht man die vorgesehenen Psychotherapeuten in Großstädten (Kreistyp 1) mit dem Versorgungsniveau in der weiteren Umgebung (Kreistyp 4), so sind außerhalb der Großstadt je 100.000 Einwohner nur 36 Prozent der psychotherapeutischen Praxen vorgegeben wie innerhalb. Bei den Nervenärzten sind es 43 Prozent der Praxissitze, die in Großstädten geplant werden. Bei den anderen Arztgruppen für körperlich kranke Menschen ist diese Spreizung längst nicht so groß. Bei Chirurgen, Orthopäden, Augenärzten, Frauenärzten, Hautärzten, Urologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten und Kinderärzten sind in der weiteren Umgebung der Großstädte im Mittel 56 Prozent der Ärzte im Vergleich zu den Großstädten vorgesehen (Abbildung).

Psychotherapeutische Versorgung außerhalb von Ballungszentren verbessern

Die BPTK fordert, dass durch das Sofortprogramm die Patientenversorgung außerhalb von Ballungszentren verbessert wird. Dabei sollen insbesondere keine Unterschiede mehr zwischen psychisch und körperlich kranken Menschen gemacht werden. Für psychisch kranke Menschen sollen außerhalb von Ballungszentren im Verhältnis genauso viele

Psychotherapeuten vorgesehen werden wie Ärzte für körperlich kranke Menschen. Bedarfsplanungstechnisch bedeutet dies, die vorgesehene Versorgungsdichte an Psychotherapeuten außerhalb von Ballungszentren sowie im Ruhrgebiet (blaue Linie in Abbildung) an das Verhältnis der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (graue Linie in Abbildung) anzupassen. Dadurch hätten psychisch kranke Menschen außerhalb von Ballungszentren die gleiche Chance einen Psychotherapeuten zu finden wie körperlich kranke Menschen einen Facharzt.

Beispiel Kreistyp 4:

Aktuell liegt die geplante Psychotherapeutendichte in Großstädten bei 36,1 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner. In der weiteren Umgebung einer Großstadt (Kreistyp 4) liegt sie bei 12,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner. Demnach sind im Kreistyp 4 nur 36 Prozent der Psychotherapeuten geplant, die in den Großstädten vorgesehen werden ($12,8/36,1 = 0,36$). Wenn das Verhältnis zwischen den Versorgungsdichten in Kreistyp 1 und Kreistyp 4 bei den Psychotherapeuten auf das durchschnittliche Verhältnis der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehoben werden würde – das wären 57 Prozent (vgl. Abbildung) – dann müsste die Versorgungsdichte in den Planungsbereichen des Kreistyps 4 auf 20,6 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner angehoben werden ($36,1 \cdot 0,57 = 20,6$).

Bundesweit rund 1.500 neue Zulassungen

Durch die BPTK-Vorschläge könnten sich bundesweit kurzfristig rund 1.500 Psychotherapeuten außerhalb der Ballungszentren und im Ruhrgebiet niederlassen. Wo diese Praxen entstehen und wie viele Menschen unmittelbar von diesem Sofortprogramm erreicht würden, ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle: Zusätzliche Psychotherapeutensitze durch die befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten

Kreistyp	Anzahl zusätzlicher Sitze (gerundet)	Anstieg der Psychotherapeutensitze in %	Ø Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie in Wochen	Anteil der Bevölkerung in Deutschland in %
1 (Großstadt)	0	0	16,9	24,8
2 (nahes Nebenzentrum)	340	18,2	21,4	10,3
3 (nahe Umgebung einer Großstadt)	210	12,7	20,9	10,9
4 (weitere Umgebung einer Großstadt)	500	17,6	22,8	18,8
5 (außerhalb der Umgebung einer Großstadt)	470	10,6	20,7	26,9
6 (Ruhrgebiet)	160	15,7	29,4	6,2

Quelle: BPTK, 2018

Neue Personalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik Bundesregierung besteht auf fristgerechte G-BA-Entscheidung

Die Bundesregierung erwartet, dass der G-BA fristgerecht zum 30. September 2019 die neuen Mindestvorgaben zum erforderlichen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik beschließt. Dies geht aus ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum „Stand der Umsetzung des PsychVVG“ (Bundestagsdrucksache 19/3725) hervor. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) will die Bundesregierung „gute Versorgung und die menschliche Zuwendung“ in den Kliniken für psychisch kranke Menschen stärken und Behandlungen mit hohem Aufwand künftig besser vergüten. Der G-BA bekam den gesetzlichen Auftrag, verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik festzulegen, die eine leitliniengerechte Behandlung ermöglichen.

Die Bundesregierung stellt mit ihrem Appell an den G-BA klar, dass sie von der Selbstverwaltung eine Einigung erwartet und ein Scheitern der Verhandlungen im G-BA nicht akzeptieren wird. Die neuen Personalanforderungen sollen dann zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Auch aus Sicht der BPTK wäre eine Verlängerung der Frist und damit eine Fortsetzung der unzureichenden Personalausstattung weder den Patienten noch den Mitarbeitern zumutbar. Eine Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken ist längst überfällig.

Noch immer keine Transparenz über Personal

Aus der Antwort der Bundesregierung geht auch hervor, dass noch keine belastbaren Daten vorliegen, wie weit die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) umgesetzt ist.

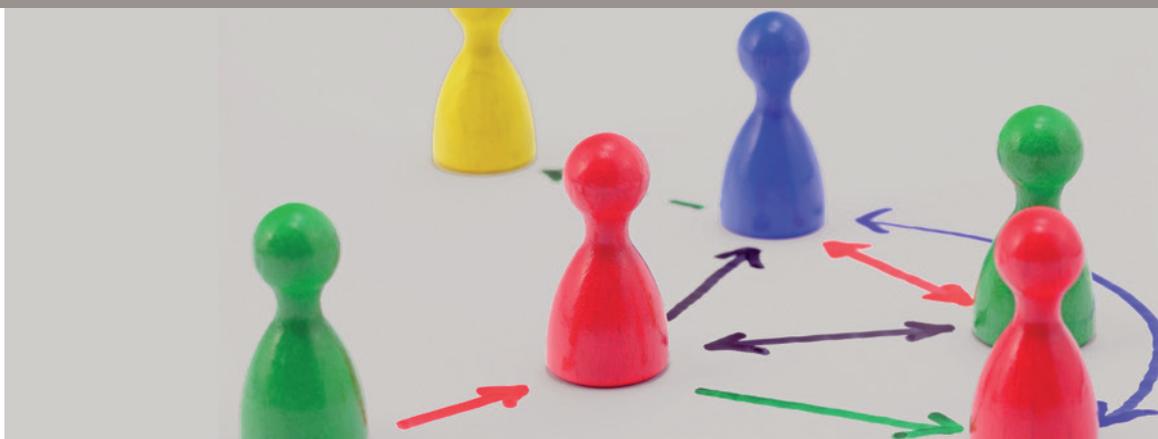
Zwar haben für das Jahr 2016 knapp 84 Prozent der Einrichtungen Angaben gemäß der Personalnachweis-Vereinbarung vorgelegt. Von diesen sind aber wiederum knapp 70 Prozent von der Anforderung eines differenzierten Personalnachweises befreit (August 2018), weil zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung für das Jahr 2016 keine ausreichend differenzierte Personaldokumentation vereinbart worden war. Für das Jahr 2017 sieht die Quote noch schlechter aus. Zum Stichtag 31. Mai 2018 hat nicht einmal die Hälfte der Einrichtungen (44%) die Daten zu ihrem Personal vollständig übermittelt.

Aussagen zum Umsetzungsgrad der Psych-PV lassen sich auf dieser Datenbasis nicht treffen, stellen sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fest. Allerdings planen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in den nächsten Wochen ein Auswertungskonzept zu vereinbaren, um ihrer Verpflichtung nach einer umfassenden Auswertung der Personalnachweise nachzukommen. Es bleibt also abzuwarten, inwieweit die Psych-PV-Nachweise die erforderliche Transparenz über das Personal in der Psychiatrie herstellen.

Fast kein Interesse an „stationsäquivalenter Behandlung“

Ferner zeigen die psychiatrischen Krankenhäuser bisher fast kein Interesse an der neuen „stationsäquivalenten Behandlung“, die ebenfalls mit dem PsychVVG eingeführt wurde. Dabei handelt es sich um eine Behandlung auch schwerer psychischer Erkrankungen im häuslichen Umfeld des Patienten, welche durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht werden soll und Krankenhausbehandlung ersetzen soll. Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes haben erst drei Krankenhäuser mit den Krankenkassen Leistungen und Entgelte zur stationsäquivalenten Behandlung vereinbart. Zudem machten mindestens sieben weitere Krankenhäuser von der Möglichkeit Gebrauch, bei noch nicht abgeschlossenen und genehmigten Budgetvereinbarungen Ersatzbeträge für die stationsäquivalente Behandlung abzurechnen. Die DKG geht davon aus, dass es nur eine geringe einstellige Anzahl von Krankenhäusern in jedem Bundesland gebe, die überhaupt beabsichtigt, stationsäquivalente Leistungen zu erbringen.

Die Angaben bestätigen die bereits bei der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung geäußerten Bedenken, diese sei viel zu eng gefasst, als dass hieraus ein flächendeckendes Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Menschen entstehen könnte. So setzt eine stationsäquivalente Behandlung z.B. immer eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit voraus. Es fehlen nach wie vor Regelungen, die es ermöglichen, schwer psychisch kranke Menschen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln, um stationäre Aufnahmen im Vorfeld zu verhindern. Erste amtliche Informationen darüber, wie viele Patienten eine stationsäquivalente Behandlung erhalten, sollen 2019 vorliegen.



BPTK fordert Zulassung der Systemischen Therapie

Anfang August dieses Jahres hat der G-BA zur Stellungnahme aufgefordert, ob der Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen hinreichend belegt ist. Seit der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Dezember 2008 sind damit bereits zehn Jahre vergangen, ohne dass über ihre Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung entschieden worden wäre. Angestoßen wurde die jetzige Prüfung erst durch einen Antrag des damaligen Unparteiischen Mitglieds des G-BA, Herrn Dr. Harald Deisler, im Februar 2013.

Im Juli 2017 hatte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach fast dreijähriger Prüfung einen Abschlussbericht dazu vorgelegt, ob der Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen für die verschiedenen Erkrankungen hinreichend belegt ist. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass sich in sieben Störungsbereichen ein Hinweis auf oder ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie ergibt: „Angst- und Zwangsstörungen“, „Depressive Störungen“, „Substanzkonsumstörungen“, „Essstörungen“, „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“, „Körperliche Erkrankungen“ und „gemischte Störungen“.

Aus Sicht der BPTK bildet der IQWiG-Bericht eine gute Entscheidungsgrundlage für die Feststellung des indikationsbezogenen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren. Ihr indikationsbezogener Nutzen und die medizinische Notwendigkeit sind damit hinreichend belegt, und zwar für sechs Anwendungsbereiche der Psychotherapie, wie sie in der Psychotherapie-Richtlinie definiert sind. Darüber hinaus liegen keine Erkenntnisse zur Unwirksamkeit oder zum Schaden der Systemischen Therapie in den übrigen Anwendungsbereichen vor. Auch erwies sie sich in keiner einzigen Studie anderen anerkannten Richtlinienverfahren als unterlegen.

Für die Zulassung ist nach der Psychotherapie-Richtlinie das sogenannte Schwellenkriterium zu erfüllen. Danach ist der Nutzen eines neuen Verfahrens vor allem in den besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen der Psychotherapie nachzuweisen. Dies trifft für die der Systemischen Therapie zu. Ihr Nutzen ist insbesondere in der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen sowie von depressiven Störungen gut belegt. Dabei kam das IQWiG auf der Basis von vier aussagekräftigen Studien zu dem Ergebnis, dass bei Angststörungen ein Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zur Beratung und Informati-

onsvermittlung festzustellen ist und ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe. Bei depressiven Störungen sieht das IQWiG auf der Grundlage von sechs Studien jeweils einen Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zur Vergleichsbedingung keine Zusatzbehandlung. Gerade die Vergleiche mit den bereits anerkannten Psychotherapieverfahren und anderen aktiven Kontrollbedingungen verdeutlichen den Nutzen der Systemischen Therapie.

Daher spricht sich die BPTK dafür aus, dass die weiteren Beratungen zur sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext zügig aufgenommen werden. Im Ergebnis sollte die Systemische Therapie neben der Verhaltenstherapie und den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren als viertes Psychotherapieverfahren zugelassen werden. Den gesetzlich Versicherten würde damit eine wichtige Behandlungsalternative in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung gestellt.

ZUM SCHLUSS

Terminservicegesetz: Vergütung psychotherapeutischer Leistungen deutlich verbessern

Gesundheitsminister Jens Spahn will, dass Rationalisierungsreserven bei technischen Leistungen überprüft und genutzt werden, um die Vergütung der sprechenden Medizin zu fördern.

Die Förderung der sprechenden Medizin ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine deutliche Verbesserung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist seit Langem überfällig. Psychotherapeutische Einkommen bilden mit Abstand das Schlusslicht der Facharzteinkommen. Eine Korrektur dieser Diskrepanz ist jedoch nur zu erreichen, wenn der Gesetzgeber insbesondere eine bessere Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen vorschreibt.

Psychotherapeuten hinken seit Jahren erheblich hinter der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen her. So erzielt eine psychotherapeutische Praxis durchschnittlich nur die Hälfte des Überschusses wie der Durchschnitt aller Ärzte. Im 2. Quartal lag der durchschnittliche Überschuss einer psychotherapeutischen Praxis aus der vertragsärztlichen Tätigkeit bei 15.183 Euro. Im Durchschnitt aller Arztgruppen betrug er dagegen 29.108 Euro.

Dabei unterscheiden sich Arbeitszeiten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich mit 49,2 Wochenarbeitsstunden kaum vom Gesamtdurchschnitt aller Ärzte mit 51,5 Stunden. Dies zeigen die aktuellen Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zu den Öffnungs-, Betriebs- und Arbeitszeiten in vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen im Jahr 2015. Im psychotherapeutischen Bereich entfallen davon 41,3 Stunden auf psychotherapeutische Tätigkeiten, während über alle Praxen die ärztlichen Tätigkeiten insgesamt 44,9 Stunden ausmachen. Psychotherapeuten versorgen au-

ßerdem in erster Linie Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit 86 Prozent entfällt der wesentliche Teil ihrer patientenbezogenen Arbeitszeiten auf diese Patienten, während Privatversicherte nur einen Anteil von 12 Prozent ausmachen.

Die Einkommensschere zwischen den Psychotherapeuten und der restlichen Ärzteschaft geht seit Jahren sogar immer weiter auseinander, anstatt sich zu schließen. Die BPTK fordert deshalb, diesen fatalen Trend umzukehren. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des TSVG hält sie eine Präzisierung der gesetzlichen Vorgaben für die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen für unerlässlich. Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab müssen so gestaltet werden, dass Psychotherapeuten einen den anderen Facharztgruppen vergleichbaren Ertrag erzielen können. Der Bewertungsausschuss soll mit dem TSVG auf dieses Ziel verpflichtet werden.

Darüber hinaus fordert die BPTK, die jährliche Überprüfung der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen auf jeweils aktueller Datengrundlage durchzuführen. Bislang waren die Psychotherapeuten gezwungen, gegen jeden ihrer Honorarbescheide Widerspruch einzulegen, um ihren Anspruch auf das gesetzlich geforderte angemessene Mindesthonorar zu wahren. Bislang erhalten die Psychotherapeuten ihr endgültiges Honorar nach erfolgreichen Klagen vor dem Bundessozialgericht erst mit einem jahrelangen Verzug.