

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

noch wissen wir nicht, wer die neue Bundesregierung bildet. Wir wissen aber, was für psychisch kranke Menschen dringend zu tun ist. Zentrale Anliegen sind der Abbau der unzumutbaren Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie, endlich ausreichend Psychotherapie in den Kliniken und eine integrierte Versorgung, die auch für psychisch kranke Menschen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche Verbesserungen bringt. Auf unserer Wunschliste steht auch eine digitale Transformation des Gesundheitssystems, die wirklich der Versorgung dient und mit der notwendigen Sorgfalt umgesetzt werden kann. Und damit es auch in Zukunft gut qualifizierte Psychotherapeut*innen gibt, brauchen wir eine Finanzierung der Weiterbildung. Hoffen wir, dass sich eine neue Bundesregierung diesen Aufgaben stellt, wer auch immer sie bilden wird.

Bleiben Sie gesund



Ihr Dietrich Munz

G-BA: Ambulante Komplexbehandlung für schwer psychisch kranke Menschen geregelt

Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen können künftig eine neue ambulante-intensive Komplexbehandlung erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dies am 2. September 2021 in einer neuen Richtlinie geregelt. Künftig kann dadurch den oft chronisch kranken Patient*innen mit wiederkehrenden psychischen Krisen ein intensivtherapeutisches Angebot gemacht werden, mit dem sie darin unterstützt werden, ein stabileres und selbstständigeres Leben zu führen, und stationäre Behandlungen möglichst vermieden werden.

Bezugspsychotherapeut*innen als zentrale Ansprechpartner*innen

In Netzverbänden können Patient*innen eine Psychotherapeut*in oder Ärzt*in als zentrale Ansprechpartner*in wählen, die für sie die gesamte Behandlung plant („Bezugspsychotherapeut*in, -ärzt*in“). Sie sorgt dafür, dass alle Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und auch Krankenhäuser koordiniert zusammenarbeiten. Sie erstellt den Gesamtbehandlungsplan, stimmt diesen mit allen Beteiligten regelmäßig in Fallkonferenzen ab und ist für dessen Umsetzung verantwortlich. Auch weitere Unterstützungsangebote wie Eingliederungshilfen, psychosoziale Beratungsstellen und Sozialpsychiatrische Dienste können einbezogen werden. Schwer psychisch kranke Menschen benötigen häufig Unterstützung, um die für sie erforderlichen Behandlungsangebote und Hilfen kontinuierlich nutzen zu können.

Die Aufgaben der Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in können allerdings nur Netzmitglieder übernehmen, die über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen. Angesichts der häufigen Teilung von Versorgungsaufträgen drohen hier erhebliche Engpässe. Auch die verpflichtende Delegation der Koordinationsaufgaben an eine „nichtärztliche Person“ könnte den Aufbau der neuen Komplexbehandlung bremsen. In vielen Regionen fehlen Soziotherapeut*innen, ambulante psychiatrische Pflegekräfte und Ergotherapeut*innen mit Spezialisierung für psychische Erkrankungen, an die diese Aufgaben delegiert werden sollen. Inwieweit dies alternativ über qualifiziertes Praxispersonal abgepuffert werden kann, wird zu prüfen sein.

Netzverbände organisieren die Versorgung

Für einen regionalen Netzverbund müssen vor Ort mindestens zehn Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen einen Vertrag zur ambulanten Komplexversorgung schließen. Der Verbund muss außerdem Kooperationsverträge mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhaus (mit regionaler Versorgungsverpflichtung) und mit mindestens einer zugelassenen Soziotherapeut*in, Ergotherapeut*in oder ambulanten psychiatrischen Pflegekraft abschließen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) prüft die Richtlinie nun innerhalb von zwei Monaten im Rahmen seiner Rechtsaufsicht. Nach der Genehmigung hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab anzupassen und die Vergütung für die neuen Leistungen zu regeln, sodass das neue Versorgungsangebot voraussichtlich im Juli 2022 starten kann.

Inhalt

- Seite 1 G-BA: Ambulante Komplexbehandlung für schwer psychisch kranke Menschen geregelt
- Seite 2 Psychotherapeutische Versorgung in Psychiatrie bleibt mangelhaft
G-BA erfüllt gesetzlichen Auftrag nicht
- Seite 3 BPTK **DIALOG** „Die Arbeit mit komplex psychisch erkrankten Menschen ist vor allem Beziehungsarbeit“
- Seite 4 BPTK **FOKUS** Modelle für eine bessere Versorgung – auch für psychisch kranke Menschen?
- Seite 6 4. Corona-Welle: Schulen und Kitas auch bei steigenden Infektionsraten möglichst offenhalten
- Seite 6 G-BA prüft Zulassung von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen
- Seite 7 BPTK **INSIDE** Leitungsaufgaben von Psychotherapeut*innen in Kliniken weiterhin nicht anerkannt
- Seite 8 Weiterer Anbieter für E-Psychotherapeutenausweis
- Seite 8 BPTK-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Seite 8 BPTK-Praxis-Info E-Patientenakte
- Seite 8 Neue BPTK-Leitlinien-Info „Grundlagen und Übersicht“

Psychotherapeutische Versorgung in Psychiatrie bleibt mangelhaft G-BA erfüllt gesetzlichen Auftrag nicht

Am 16. September 2021 hat der G-BA keine weitere Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken beschlossen. Damit missachtet er den gesetzlichen Auftrag, die Psychotherapie zu stärken. „Die G-BA-Entscheidung ist aufgrund der chronischen psychotherapeutischen Unterversorgung in den psychiatrischen Kliniken unverantwortlich“, stellt BPTK-Präsident Munz fest. „Der G-BA hat einen fachlichen Spielraum, gesetzliche Vorgaben auszufüllen, aber gar nichts zu tun, verstößt eindeutig gegen den gesetzlichen Auftrag.“

„Im Kern geht es bei der Reform der psychiatrischen Krankenhäuser um mehr Zeit für die Patient*innen: mehr Zeit für Gespräche, mehr Zeit für den Aufbau von tragfähigen und vertrauensvollen Beziehungen, mehr Zeit für Kriseninterventionen.“ Der Gesetzgeber fordert den G-BA deshalb seit fast zehn Jahren auf, die Personalstandards in den psychiatrischen Kliniken zu überarbeiten und damit eine Versorgung nach dem aktuellen Wissensstand zu ermöglichen. Seit der Verabschiedung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vor über 30 Jahren ist die Psychotherapie zu einem der wichtigsten Behandlungsmittel bei psychischen Erkrankungen geworden und wird in allen Leitlinien meist als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Bei der Ablösung der Psych-PV durch die PPP-Richtlinie wurde deshalb von allen beteiligten Expert*innen eine substanzielle Erhöhung der psychotherapeutischen Behandlungs- und Personalkapazitäten für zwingend erforderlich gehalten.

Die Psych-PV sah für Patient*innen in der Regel nicht mehr als 29 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche vor. Die erste Erhöhung auf durchschnittlich 50 Minuten lag jedoch deutlich unter dem, was erforderlich gewesen wäre, und sogar unter dem, was in der vertragsärztlichen Versorgung möglich ist. Der Gesetzgeber hatte den G-BA deshalb noch vor Inkrafttreten der Erstfassung der PPP-Richtlinie zum 1. Januar 2020 den Auftrag erteilt, die

Richtlinie um Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen zu ergänzen. Davon blieb nicht mehr übrig als die „Umbenennung“ der psychologischen Berufsgruppe in „Psychotherapeut*innen“ und eine Beschreibung ihrer Regelaufgaben ohne Erhöhung der Personalressourcen für Psychotherapie. Damit erhält keine Patient*in auch nur eine Minute mehr Psychotherapie.

Auch der in letzter Minute eingebrachte Kompromissvorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden Prof. Josef Hecken dokumentierte Hilflosigkeit angesichts des Unwillens der Krankenhäuser und der Krankenkassen, den gesetzlichen Auftrag umzusetzen. Er stellt sicher, dass Anfang 2022 Daten zur aktuellen Personalsituation in den Kliniken vorliegen.

Allerdings wird mit den Daten aus den Nachweisen nur erkennbar, mit wie viel Personal die Kliniken ihre Patient*innen im Moment versorgen. Aufgrund der pandemiebedingten Ausnahmesituation in den Kliniken werden diese Daten nur eingeschränkt aussagekräftig sein. Zudem sagen sie nichts darüber aus, wie viel Psychotherapie bei der einzelnen Patient*in ankommt. Dazu wären Daten notwendig, in welchem Umfang welche Behandlungsleistungen mit dem vorhandenen Personal an der Patient*in erbracht werden. Aber vor allem können auch empirische Daten zum Ist-Zustand der Personalausstattung keine Antwort darauf geben, wie viel Psychotherapie für eine leitlinienorientierte Versorgung erforderlich wäre. Diese Frage können nur Expert*innen beantworten.

Die BPTK fordert daher, dass das Bundesgesundheitsministerium den Beschluss nur mit der Auflage genehmigt, dass die Minutenwerte für Psychotherapie kurzfristig in der Richtlinie erhöht werden. Die BPTK hatte zusammen mit der Bundesärztekammer und der Patientenvertretung im G-BA eine Erhöhung der Minuten für Einzelpsychotherapie auf mindestens 75 bis 100 Minuten gefordert.



BPTK-DIALOG

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler

Interview mit der Leiterin der AG Psychosenpsychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin

„Die Arbeit mit komplex psychisch erkrankten Menschen ist vor allem Beziehungsarbeit“

Welche Patient*innen werden nach Ihrer Einschätzung insbesondere von der ambulanten Komplexbehandlung nach der neuen G-BA-Richtlinie profitieren?

Das sollten dringend behandlungsbedürftige Menschen sein, die nicht in der Lage sind, erforderliche Angebote des ambulanten Versorgungssystems eigenständig und kontinuierlich zu nutzen. Das können zum Beispiel Menschen mit schizophrenen Psychosen sein, die gerade von einem stationären Aufenthalt entlassen wurden, aber auch Menschen mit Suchterkrankungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen. Diese Menschen benötigen eine koordinierte multiprofessionelle bedürfnisangepasste Behandlung, die Psychotherapie als integralen Bestandteil enthält und sich durch eine konzeptuelle und personelle Kontinuität auszeichnet.

Warum ist ein solches Angebot seit langem überfällig?

Vor allem Menschen mit psychotischen Erkrankungen erhalten bis heute oft keine psychotherapeutische Behandlung, obwohl diese in den aktuellen Behandlungsleitlinien empfohlen wird und die Psychotherapie-Richtlinie dies schon lange ermöglicht. Es klafft eine große Lücke zwischen der stationären Versorgung mit täglichen Arzt- und Therapeutenkontakten und einer ambulanten Behandlung, in welcher oftmals nur ein bis drei Termine im Quartal angeboten werden können und eine Psychotherapie viel zu oft nicht in die Behandlung integriert wird. Aber es geht auch um die bislang fehlende Koordination und Abstimmung der multiprofessionellen Behandlung. Je komplexer erkrankt ein Mensch ist, umso mehr benötigt er einen Gesamtbehandlungsplan „wie aus einer Hand“. So können auch stationäre Behandlungen überflüssig werden.

Wie können schwer psychisch kranke Menschen künftig versorgt werden?

Psychische Erkrankungen sind zu einem großen Anteil Beziehungserkrankungen. Je schwerer oder komplexer die Erkrankung, desto längere therapeutische Beziehungen sind notwendig, um hier anhaltende Behandlungserfolge zu erreichen – oft über viele Krisen hinweg und in Kooperation von Krankenhäusern, PIAs und niedergelassenen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen. Die verschiedenen therapeutischen (pharmakologischen, sozialtherapeutischen, ergotherapeutischen, psychotherapeutischen etc.) Maßnahmen müssen in eine kontinuierliche, längerfristige und jeweils an aktuelle Entwicklungen angepasste Behandlung integriert sein. Alle an der Therapie Beteiligten stimmen sich unter Einbezug der Patient*in und der Angehörigen regelmäßig ab. Das multiprofessionelle Team leistet darüber hinaus auch die notwendigen aufsuchenden Hilfen.

Patient*innen können eine Psychotherapeut*in oder Ärzt*in als zentrale Ansprechpartner*in wählen, die für sie die gesamte Behandlung plant. Warum ist dies so wichtig?

Die Arbeit mit komplex psychisch erkrankten Menschen ist vor allem Beziehungsarbeit. Oft fällt es den Patient*innen schwer, Vertrauen aufzubauen, insbesondere bei negativen Vorerfahrungen. Beim Aufbau und Erhalt der Beziehung kommt es auf psychotherapeutische Kompetenzen an. Diese Kompetenzen sind es, die eine Beziehung ermöglichen, auf deren Basis verschiedene Therapie- und Unterstützungsangebote fruchten können. Die Bezugstherapeut*in mit dem passendsten Kontakt zur Patient*in kann am besten auf der Grundlage eines Gesamtbehandlungsplans koordinieren.

Die aufsuchende Behandlung ist für die behandelnden Psychotherapeut*innen oder Ärzt*innen in der Richtlinie nicht mehr aufgeführt. Wäre dies nicht ein wesentlicher Fortschritt gewesen?

Die neue Richtlinie heißt zwar ambulante Komplexbehandlung, ist aber leider noch entfernt davon, eine solche zu sein. Hierzu gehören genau diese aufsuchenden Leistungen, die in dieser Richtlinie nicht gefordert werden. Diese Richtlinie beschreibt eigentlich eine koordinierte Behandlung, keine Komplexbehandlung. Die aufsuchende Behandlung ist eine notwendige und oft entscheidende Ergänzung bei den schwer psychisch erkrankten Menschen.

Einige weitere Details der neuen G-BA-Richtlinie sind strittig. Was müsste noch geändert werden, damit sich diese Versorgung tatsächlich in der Fläche umsetzen lässt?

Leistungserbringer mit halbem Praxissitz könnten in übergreifenden Beschäftigungsmodellen eingesetzt werden: „In Personalunion“ als niedergelassene Psychotherapeut*innen mit einer Teilzeitstelle in der Klinik bzw. als Klinikärzt*innen mit einer Teilzeitniederlassung. Das ermöglicht eine kontinuierliche Behandlung über die Sektorengrenzen hinweg und gibt den Therapeut*innen deutlich mehr Sicherheit. Das träge den Sinn der Komplexbehandlung im Kern.

BPTK-FOKUS

Modelle für eine bessere Versorgung – auch für psychisch kranke Menschen?

Die Gesundheitspolitik steht in der nächsten Legislaturperiode fraglos vor großen finanziellen Schwierigkeiten. Allein die Defizite der gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen, wird jedoch nicht ausreichen. Grundlegende Strukturprobleme sind weiterhin ungelöst. Die Politik muss Wege finden, wie sie die Versorgung in ländlichen Regionen sicherstellen will und wie eine sektorenübergreifende Versorgung gelingen kann. Entsprechend intensiv werden deshalb derzeit Modelle für neue Versorgungsformen diskutiert.

Primärversorgung und intersektoraler Leistungsbereich im Fokus

Einige der Modelle zielen im Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Primärversorgung. Immer mehr mehrfach und chronisch kranke sowie pflegebedürftige Menschen müssen gerade auch im ländlichen Raum versorgt werden. Dort aber droht ein gravierender Hausärztemangel. Die Robert Bosch Stiftung schlägt deshalb patientenorientierte Gesundheitszentren auch in kommunaler Trägerschaft zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) vor. Durch eine enge Verzahnung ärztlicher, pflegerischer und weiterer Leistungen soll eine umfassende, insbesondere auch präventiv orientierte Versorgung künftig sichergestellt werden. Diese Form einer multiprofessionellen Primärversorgung soll als eigenständige Leistung im SGB V verankert werden.

Ein anderer Ansatz rückt die sektorenübergreifende oder intersektorale Versorgung in den Mittelpunkt: Hier sollen Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besser gestaltet, mehr Leistungen ambulant erbracht und zugleich Lösungen für die Versorgung im ländlichen Raum gefunden werden. Ein Beispiel für solche Konzepte sind die Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ), ein Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) der „erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte“. Andere solcher Modelle plädieren dafür, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG).

Offen bleibt bei allen Vorschlägen, ob und wie es gelingen kann, ausreichend Ärzt*innen und Pflegepersonen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu gewinnen. Derzeit können mancherorts weder die Kliniken freie Stellen besetzen noch niedergelassene Ärzt*innen Nachfolger*innen finden.

Einfluss stärken und Vergütung verbessern

Die Modelle sind auch durch die Interessen der beteiligten Protagonist*innen geprägt. So will die DKG auch Krankenhäuser im ländlichen Raum retten, während das KBV-Modell dazu führen wird, solche Krankenhäuser zu schließen und durch Angebote der Niedergelassenen zu ersetzen.

Das von manchen Krankenkassen, aber auch von einzelnen Krankenhäusern und vom Spitzenverband der Fachärzt*innen favorisierte Modell zielt darauf ab, einen neuen intersektoralen Versorgungsbereich zu schaffen. Dazu sollen bisher stationär erbrachte Leistungen („ambulante sensitive Fälle“) gehören sowie weitere ambulante Leistungen, die derzeit sowohl von Krankenhäusern als auch Niedergelassenen unter jeweils spezifischen Rahmenbedingungen erbracht werden können. In einem solchen Sektor würden Versorgungsaufträge ausgeschrieben und auf Zeit an Krankenhäuser oder an Zusammenschlüsse niedergelassener Fachärzt*innen vergeben. Die Rahmenbedingungen dafür soll der Gemeinsame Bundesausschuss definieren. Die Verträge würden direkt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen und die Abrechnung erfolgte pauschal je Behandlungsfall, ähnlich dem stationären DRG-System. Dies bietet Kliniken die Möglichkeit, ihre Leistungen verstärkt auch im ambulanten Sektor anzubieten. Fachärzt*innen, die sich dafür fachlich, aber auch technisch und von der Managementleistung her aufstellen können, eröffnet sich ein Versorgungssegment, das komplett extrabudgetär honoriert würde. Gleichzeitig jedoch erhalten Krankenkassen einen viel größeren Einfluss auf die Versorgung in diesem neuen Sektor als jemals zuvor. Sie werden mit der Ausschreibung und Vergabe von Versorgungsaufträgen festlegen, wer in den Regionen wie versorgt. Das setzt allerdings voraus, dass sich überhaupt unterschiedliche Leistungserbringer um die Aufträge bewerben. In ländlichen und strukturschwachen Regionen, in denen die Versorgung schon nicht mehr sichergestellt werden kann, geht dieser Ansatz an der Realität vorbei.

Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung

Die Vergabe von Versorgungsaufträgen durch Krankenkassen kann massive Auswirkungen auf die Freiheit der Berufsausübung der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen und damit auf die Versorgungsqualität insbesondere der Patient*innen haben, die in die vertraglich und über die Vergütung vorgegebenen Raster nicht passen.

Bei den Modellen zur Primärversorgung ist nicht klar, ob psychisch kranke Menschen weiterhin direkt eine Psychotherapeut*in konsultieren können oder ob der Weg über spezifisch qualifizierte Pflegekräfte oder über die Hausärzt*in vorgegeben ist. Solche zusätzlichen Hürden machen es psychisch kranken Menschen noch schwerer, sich Hilfe zu suchen. Auch aufgrund der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen ist es für Hilfesuchende entscheidend, direkt zu einer Psychotherapeut*in ihres Vertrauens gehen zu können.

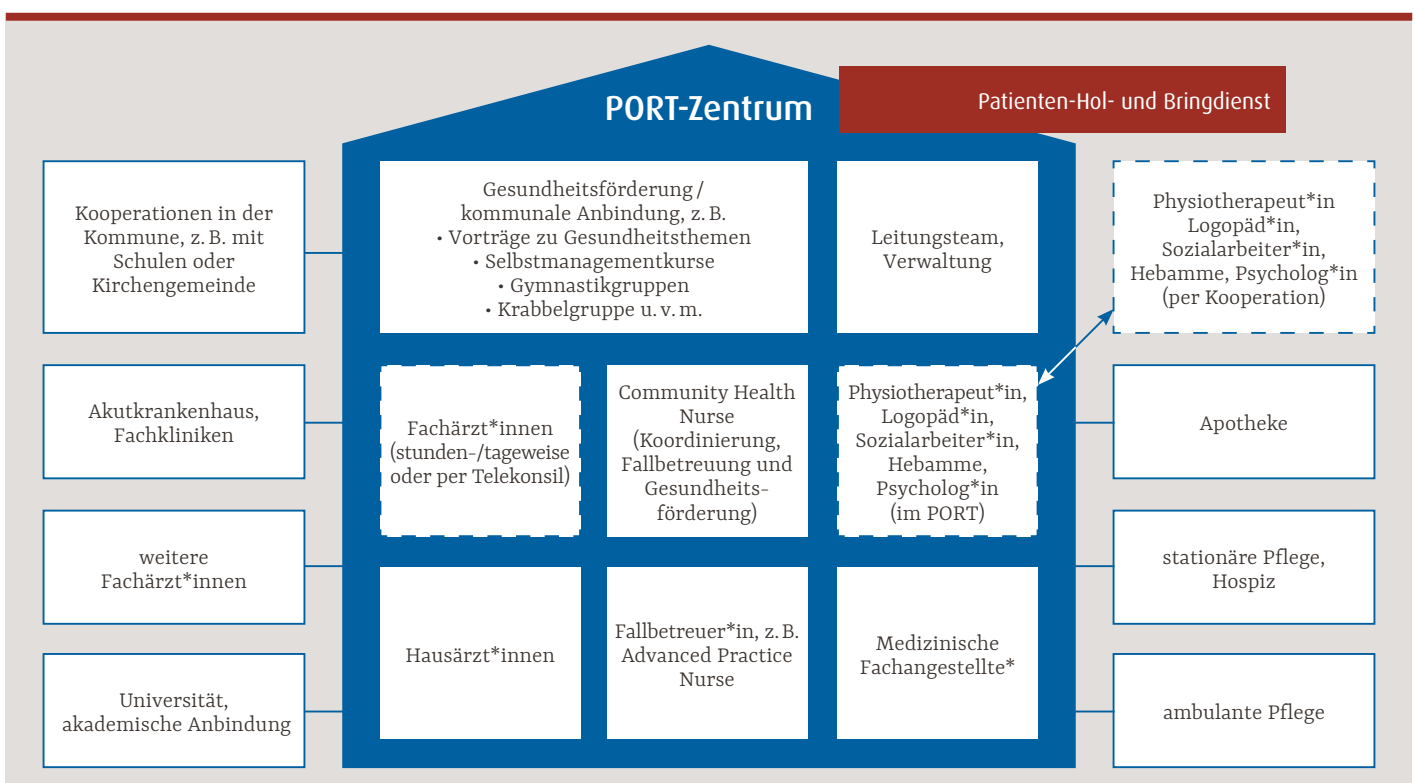
Zu klären ist auch, ob eine leitlinienorientierte Versorgung überhaupt möglich ist, wenn psychisch schwer kranke Menschen zunehmend aus dem stationären Bereich heraus versorgt werden sollen. Die Kliniken werden auch nach der letzten Reform der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) nicht über ausreichend Psychotherapeut*innen verfügen, um leitlinienorientiert zu versorgen. Dies gilt auch für Versorgungsangebote der Kliniken wie das Psychiatriebudget (§ 64b SGB V), die stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen (§ 115d SGB V) und den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen (§ 118b SGB V). Alle Modelle dürften in der Regel nicht über das Personal für eine leitlinienorientierte Versorgung verfügen, solange der G-BA nicht angemessene Personalanforderungen festlegt.

Zentrale Punkte für psychisch kranke Menschen

Die für psychisch kranke Menschen zentralen Fragen werden sein: Gibt es einen Direktzugang zur Psychotherapie? Kann die Behandlungsführung bei Psychotherapeut*innen liegen und gibt es überhaupt ein ausreichendes psychotherapeutisches Angebot? In den aktuell diskutierten Modellen wird die Versorgung psychisch kranker Menschen nicht direkt angesprochen.

Mit der Komplexversorgung, wie der G-BA sie gerade in einer Richtlinie geregelt hat, ist bereits ein ambulantes intensivtherapeutisches Angebot für schwer psychisch kranke Menschen möglich. Dabei besteht weiter ein Direktzugang zur Psychotherapeut*in, die die gesamte Behandlung plant und leitet. Es beinhaltet zugleich eine Kooperation mit den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Die neuen Modelle, aber auch die bisherigen Angebote der Kliniken, werden sich an diesem Standard messen müssen.

Schließlich gibt es Modelle, bei denen in der Primärversorgung ärztliche Tätigkeiten durch spezifisch qualifiziertes Pflegepersonal übernommen werden. Die Pflegekräfte sollen die Versorgung von Patient*innen koordinieren, aber auch heilkundliche Kompetenzen übertragen bekommen. Dadurch könnten insbesondere chronisch kranke und pflegebedürftige Patient*innen besser versorgt werden. Solche Pläne stehen jedoch immer unter dem großen Fragezeichen, ob sie nicht am Mangel an Pflegepersonal scheitern. Sie könnten sich auch als zusätzliche Hürden zur psychotherapeutischen Versorgung erweisen, wenn dann eine Pflegekraft entscheidet, ob eine Hausärzt*in oder eine Psychotherapeut*in konsultiert wird. Für psychisch kranke Menschen geht es auch hierbei darum, ob Psychotherapeut*innen als direkte und zentrale Ansprechpartner*innen bei psychischen Erkrankungen vorgesehen sind. Dabei steht fest, dass verbesserte Kooperationen mit Pflegekräften und Hausärzt*innen es ermöglichen, auch all denjenigen Patient*innen den Weg zur psychotherapeutischen Versorgung zu ebnet, die ihn allein nicht finden.



4. Corona-Welle: Schulen und Kitas auch bei steigenden Infektionsraten möglichst offenhalten

Kinder und Jugendliche haben besonders unter der Corona-Pandemie gelitten. War vor der Pandemie noch etwa jedes fünfte Kind psychisch belastet, war es während der Pandemie fast jedes dritte. Die psychische Belastung stieg insbesondere durch Schul- und Kita-Schließungen, den Wegfall von Tagesstruktur und Kontakt zu Freund*innen, aber auch durch die Angst vor Ansteckung und durch zunehmende Konflikte innerhalb der Familie. Die Patientenanfragen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen stiegen in dieser Zeit um 60 Prozent.

Im Herbst und Winter drohen wegen der möglichen vierten Corona-Welle neue Einschränkungen. Die Infektionszahlen steigen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen stark an. Kinder und Jugendliche dürfen jedoch nicht wieder zu den Hauptleidtragenden gehören. Deshalb muss die nächste Bundesregierung deren psychische Gesundheit besser schützen. Es geht nicht nur darum, schulische Lerndefizite auszugleichen, sondern insbesondere die psychischen Ressourcen und Widerstandskräfte von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Die BptK fordert deshalb:

Schulen und Kitas auch bei steigenden Infektionsraten möglichst offenhalten

Home-Schooling und Kita-Schließungen gefährden die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schul- und Kita-Schließungen sollten auch bei steigenden Inzidenzen möglichst verhindert werden. Dafür ist es auch notwendig, den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken.

Psychische Gesundheit in Kita und Schule fest verankert

Pädagog*innen brauchen mehr Zeit und fachliche Unterstützung für jedes einzelne Kind, damit sie noch frühzeitiger psychische Probleme erkennen und darauf reagieren können. Schulpsychologie und Schul- und Jugendsozialarbeit müssen ausgebaut werden.

Psychosoziale Unterstützungsangebote ausbauen

Bund, Länder und Kommunen müssen mehr psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie gesund-

heitsfördernde Angebote im Alltag der Kinder finanzieren. Neben Schule und Kita muss dies auch Sport-, Freizeit- und Kulturangebote einschließen.

Mehr Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Kinder und Jugendliche warten monatelang auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz. Deshalb müssen insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen mehr Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zugelassen werden. Der Gesetzgeber sollte deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss mit einer Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie beauftragen.

Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Für die Versorgung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sollte – wie bei den Erwachsenen – eine neue ambulant-intensive Komplexversorgung geschaffen werden. Diese vernetzte und multiprofessionelle Versorgung sollte sowohl unter ärztlicher als auch psychotherapeutischer Verantwortung erbracht werden können.

Wirksamen Kinderschutz sicherstellen

Kinder und Jugendliche müssen vor Missbrauch, Gewalt und Vernachlässigung geschützt werden. Dafür müssen Kinderschutz-Angebote flächendeckend ausgebaut und dauerhaft finanziert werden.

Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Psychotherapeut*innen verbessern

Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Psychotherapeut*in sollte gefördert werden, um Kindern individuell und passgenau helfen zu können. Die Kooperationen sollen nicht mehr nur auf Kinder begrenzt sein, bei denen schon ein Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht.

Enquête-Kommission für Kindergesundheit

Die BptK unterstützt die Forderung nach einer Enquête-Kommission zur Kindergesundheit. Dies geht nicht ohne die Expertise von Psychotherapeut*innen.

G-BA prüft Zulassung von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Anerkennung der Systemischen Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird nun auch bei Kindern und Jugendlichen geprüft. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. August 2021 beschlossen, das dafür notwendige Bewertungsverfahren einzuleiten. Der Beschluss erfolgte knapp 13 Jahre, nachdem der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die Systemische Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen anerkannt hat.

Bislang ist die Systemische Therapie in der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen. Die Systemische Therapie zählt seit dem WBP-Gutachten vom 14. Dezember 2008 zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Sie ist deshalb als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in zugelassen und wird künftig auch zur Anerkennung als Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche führen.

BPTK-INSIDE

Leitungsaufgaben von Psychotherapeut*innen in Kliniken weiterhin nicht anerkannt

Psychotherapeut*innen in der PPP-Richtlinie

Der G-BA hat am 16. September 2021 die PPP-Richtlinie (Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik) geändert und die Berufsgruppe der „Psychotherapeut*innen“ mit eigenem Kompetenzprofil und Regelaufgaben ergänzt.

Berufsgruppen-Bezeichnung eindeutig

Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe konnte sich ein Kompromissvorschlag der BPTK durchsetzen. Danach wird die Berufsgruppe gemäß dem eindeutigen gesetzlichen Auftrag mit „Psychotherapeut*innen“ bezeichnet und mit dem Klammer-Zusatz „ohne ärztliche Psychotherapeut*innen“ versehen. „Ärztliche Psychotherapeut*innen“ gehören danach in die Berufsgruppe der „Ärzt*innen“. Der Zusatz („ohne ärztliche Psychotherapeut*innen“) ist aus Sicht des G-BA notwendig, um die Berufsgruppen „Ärzt*innen“, die ebenfalls psychotherapeutisch tätig sind, und „Psychotherapeut*innen“ eindeutig voneinander abzugrenzen. Der ursprüngliche Vorschlag, den Zusatz „nicht-ärztlich“ bei den Psychotherapeut*innen zu ergänzen, konnte damit erfolgreich, weil nicht sachgerecht, korrigiert werden.

Kompetenzprofil nicht ausreichend abgebildet

Die vom G-BA beschlossenen Regelaufgaben beschreiben allerdings weiterhin das Kompetenzprofil der Psychotherapeut*innen nicht ausreichend. Psychotherapeut*innen haben in der vertragsärztlichen Versorgung Facharztstatus und übernehmen dort Fallverantwortung und Behandlungsführung. Die PPP-Richtlinie beschränkt ihre Regelaufgaben jedoch auf die psychotherapeutische Behandlung der Patient*innen. Die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan oder die Durchführung von Visiten bleibt weiterhin den Ärzt*innen vorbehalten. Damit hat sich im G-BA eine überholte, arztzentrierte Sichtweise durchgesetzt, die vielfach nichts mehr mit der Realität zu tun hat. In den Kliniken haben sich längst Organisationsstrukturen entwickelt, in denen Psychotherapeut*innen wie Fachärzt*innen die Leitung von einzelnen Stationen oder Tageskliniken übernehmen.

MDS-Leitfaden: Behandlungsleitung von Psychotherapeut*innen nicht abrechenbar

Nach der Reform des Medizinischen Dienstes (MD) der gesetzlichen Krankenversicherung, die am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, können Krankenhäuser bestimmte Leistungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) nur noch dann erbringen und abrechnen, wenn sie vorab durch den MD geprüft und genehmigt wurden. Dafür hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) einen Begutachtungsleitfaden entwickelt. Nach § 275d SGB V kann der MDS festlegen, welche „Strukturmerkmale“ geprüft und wann diese „positiv bescheinigt“ werden können. Dies betrifft auch die Leistungen in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern.

Nach der ersten Version des MDS-Leitfadens (Stand: 14. Juni 2021) dürfen die Codes für Psychiatrie und Psychosomatik im OPS nur noch abgerechnet werden, wenn die Behandlungsleitung bei einer Fachärzt*in liegt. Als Fachärzt*innen sind genannt: Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzt*in für Psychiatrie, Fachärzt*in für Nervenheilkunde oder Fachärzt*in für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dieses Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn eine mindestens halbtägliche Anwesenheit einer Fachärzt*in am Ort der Leistungserbringung garantiert wird.

Damit ist die Behandlungsleitung durch Psychotherapeut*innen, wie sie in vielen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern auf Stationen und Tageskliniken üblich ist, nicht mehr abrechenbar. Der MDS gefährdet mit seinen „Leitlinien“ grundlegend die stationäre Versorgung von psychisch kranken Menschen.

Das Bundesgesundheitsministerium ist deshalb bereits eingeschritten. Es hat dem MDS mitgeteilt, dass es eine andere Rechtsauffassung bezüglich der Operationalisierung der „Behandlungsleitung durch einen Facharzt“ als der MDS habe. Das BMG hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM beauftragt, eine Klarstellung im OPS-Katalog vorzunehmen¹. Aus Sicht der BPTK ist es unerlässlich, dass das BfArM damit die Auslegung des OPS an die Wirklichkeit in den Kliniken anpasst.

¹ siehe MDS Begutachtungsleitfaden Version 2 vom 20.08.2021, Seite 2,

www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Krankenhaus/BGL_OPs_210820.pdf

Weiterer Anbieter für E-Psychotherapeutenausweis

Der E-Psychotherapeutenausweis kann seit dem 15. September 2021 bei einem weiteren Anbieter bestellt werden. Die Landespsychotherapeutenkammern haben dafür auch

D-Trust, ein Unternehmen der Bundesdruckerei, zugelassen. Seit Juni ist der Ausweis bereits bei der medisign erhältlich. Weitere Anbieter sollen folgen.

BPTK-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Immer mehr Menschen entscheiden sich für eine Psychotherapie. Die Corona-Pandemie hat den Mangel an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen weiter verschärft. Gleichzeitig drohen in der gesetzlichen Krankenversicherung höhere Beitragssätze. Die neue Bundesregierung wird daher nach Einsparmöglichkeiten suchen. Um die Bedeutung der ambulanten Psychotherapie und den aktuellen Versorgungsbedarf von psychisch kranken Menschen aufzuzeigen, braucht es belastbare Daten. Die BPTK führt deswegen eine anonyme Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen und Patient*innen durch.

Die Ergebnisse der Befragung sollen dabei helfen, den Handlungsbedarf gegenüber den politischen Entscheidung*innen aufzuzeigen.

Die Teilnahme ist bis zum 30. November 2021 möglich und dauert circa 10 bis 20 Minuten. Interessierte ambulant tätige Psychotherapeut*innen, die selbst an der Befragung teilnehmen oder ihre Patient*innen darauf aufmerksam machen möchten, können sich zur Teilnahme an info@bptk.de wenden.

BPTK-Praxis-Info E-Patientenakte



Seit dem 1. Januar 2021 können sich Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei eine elektronische Patientenakte anlegen. Sie ist für Patient*innen ein zentrales Archiv ihrer medizinischen Unterlagen. Für Psychotherapeut*innen ist und bleibt ihre Dokumentation die maßgebliche Grundlage all ihrer Entscheidungen. Die E-Patientenakte ist eine zusätzliche Sammlung von Dokumenten und Befunden, in der sie zum Beispiel medizinische Daten der Patient*in finden können, die von anderen erhoben wurden. Viele Patient*innen werden ihre Psychotherapeut*in fragen, ob sie zum Beispiel ihre psychotherapeutische Behandlung in der E-Patientenakte speichern sollen.

Die BPTK hat dazu eine neue Praxis-Info „E-Patientenakte“ veröffentlicht. Darin wird nicht nur deren Einsatz in der psychotherapeutischen Praxis erläutert, sondern es werden auch Empfehlungen für die Patienteninformation gegeben. www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/08/bptk_praxisInfo_e-patientenakte.pdf

Neue BPTK-Leitlinien-Info „Grundlagen und Übersicht“



Zu den meisten psychischen Erkrankungen liegen mittlerweile evidenzbasierte Leitlinien vor. Viele empfehlen psychotherapeutische Behandlungen als Mittel der Wahl. Auch deshalb ist Psychotherapie in der ambulanten und stationären Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr wegzudenken.

Leitlinien sind häufig sehr umfangreiche Kompendien. Nicht alle Leitlinien sind immer leicht zu finden. Die BPTK will dazu beitragen, dass die Empfehlungen wichtiger Leitlinien praxisorientiert für Psychotherapeut*innen verfügbar sind. In der Leitlinien-Info „Grundlagen und Übersicht“ informiert die BPTK darüber, wie Leitlinien erarbeitet werden und welche für Psychotherapeut*innen wichtig, bereits veröffentlicht oder geplant sind.

www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/09/BPTK_Leitlinien-Info_Grundlagen_Uebersicht.pdf

Impressum:

Herausgeber: Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Klosterstraße 64 | 10179 Berlin | Tel.: 030.278 785 - 0 | Fax: 030.278 785 - 44 | info@bptk.de | www.bptk.de
V.i.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz | Redaktion: Kay Funke-Kaiser | Satz und Layout: Proforma GmbH & Co. KG