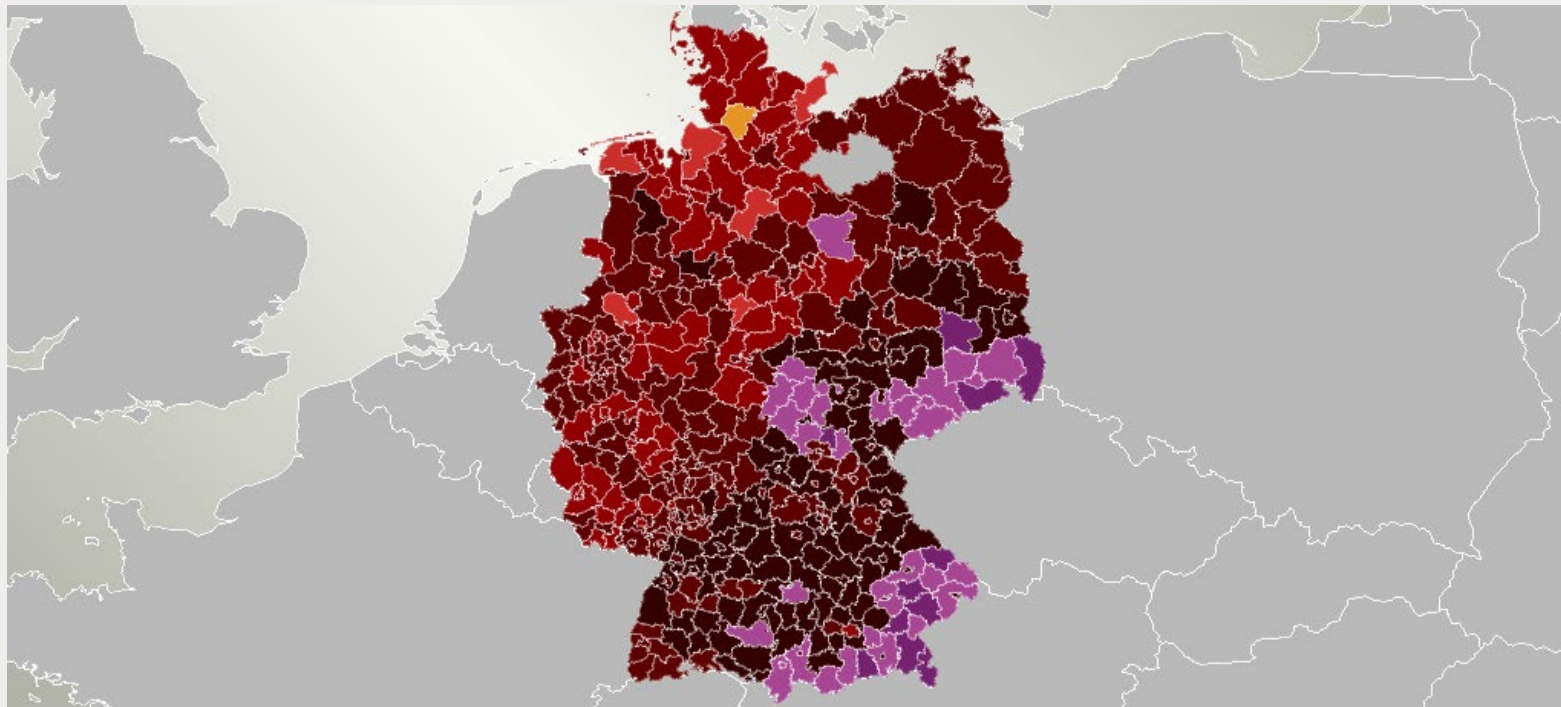


Bericht des Vorstandes

Dr. Dietrich Munz

39. Deutscher Psychotherapeutentag | 19./20. November 2021



„Frei zu sein bedeutet nicht nur, seine eigenen Fesseln zu lösen, sondern ein Leben zu führen, das auch die Freiheit anderer respektiert und fördert.“

Nelson Mandela

„Der Mensch ist zur Freiheit verurteilt, weil er sich nicht selber erschaffen hat. Denn, wenn er erst einmal in die Welt geworfen ist, dann ist er für alles verantwortlich, was er tut.“

Jean-Paul Sartre

Ambulante Komplexbehandlung

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf



Ambulante Komplexbehandlung

Neues multiprofessionelles Versorgungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf statt Rasterpsychotherapie!

- Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen sind der Nukleus der neuen Netzverbände (Kooperation mit pflichtversorgendem Krankenhaus und weiteren Gesundheitsberufen)
- Psychotherapeut*innen organisieren als zentrale Ansprechpartner*innen für schwer erkrankte Patient*innen die Versorgung



Ambulante Komplexbehandlung

- Psychotherapeut*innen erstellen und verantworten als Bezugspsychotherapeut*innen den Gesamtbehandlungsplan
→ interdisziplinäre Abstimmung im Behandlungsteam
- zentraler Kritikpunkt: voller Versorgungsauftrag als Bedingung für Bezugspsychotherapeut*in bzw. Bezugsärzt*in
→ Schreiben der BPtK ans BMG mit Bitte um Beanstandung



Ambulante Komplexbehandlung

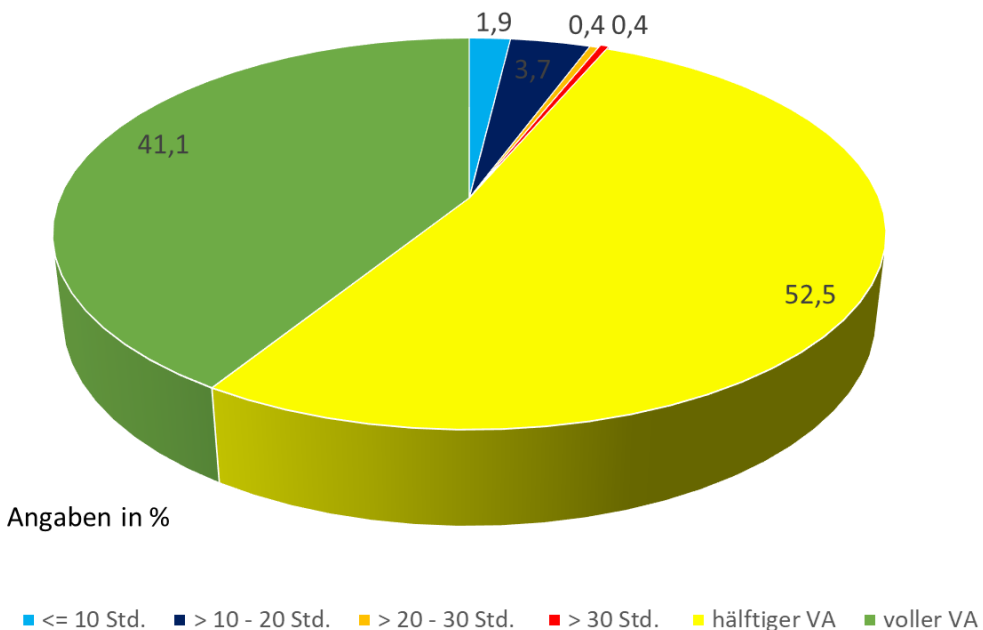
Wesentliche Kritikpunkte

- differenzialdiagnostische Abklärung bei Psychiater*in
→ Kompetenz der Psychotherapeut*innen unvollständig abgebildet
→ Nadelöhr in der Versorgung
Lösung: Fokus auf somatische Abklärung, Einbindung weiterer Fachärzt*innen
- Ausschluss Bezugspsychotherapeutenrolle bei best. Fallkonstellationen
- obligatorische Delegation bestimmter Koordinationsleistungen an Dritte (Praxispersonal, zugelassene Sozio-/Ergotherapeut*innen...)
- Anforderungen an Versorgungsverbände (insbesondere ländliche Regionen!)
- aufsuchende Behandlung durch alle Verbundmitglieder erforderlich
- Sicherstellung der erforderlichen Behandlungskapazitäten nicht adressiert
- **zentraler Kritikpunkt:** voller Versorgungsauftrag als Bedingung für Bezugspsychotherapeut*in bzw. Bezugsärzt*in (→ unterliegt BMG-Rechtsaufsicht!)
→ Schreiben der BPTK an das BMG mit Bitte um Beanstandung



Psychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung Versorgungsaufträge und Gender

Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei PP/KJP




Anteil weiblicher Leistungserbringer*innen



- **Berufsbezeichnung:** Psychotherapeut*innen
- **Regelaufgaben:** entsprechen nicht vollständig dem Kompetenzprofil der Psychotherapeut*innen
- **Gesamtbehandlungsplanung** bleibt Ärzt*innen vorbehalten
- **keine Erhöhung der Minutenwerte** für Psychotherapie
- **Fazit: Gesetzlicher Auftrag wurde nicht vollständig erfüllt**

BPTK fordert Ersatzvornahme des BMG zur Erhöhung der Minutenwerte und zur Ergänzung der Regelaufgaben der Psychotherapeut*innen.

- Nicht umsetzbare Fristen!
- Fehleranfälligkeit!
- Sanktionen!

 **Tempo allein ist kein Merkmal
guter Politik!**



Die bekannteste TI-Anwendung

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist bei medizinischen Einrichtungen mitunter die bekannteste Anwendung. Jede dritte Arztpraxis hat sie bereits installiert. Jedoch ist die Nutzung bislang noch sehr gering.

	Bekanntheit	Modul vorhanden	Bereit zur Nutzung	Nutzung
Ärzte/ Ärztinnen	90 %	30 %	12 %	3 %
Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen	90 %	24 %	10 %	1 %
Zahnärzte/ Zahnärztinnen	88 %	33 %	14 %	3 %
Apotheker/ Apothekerinnen	79 %	7 %	3 %	1 %
Krankenhäuser	94 %	11 %	4 %	4 %



Konsolidierungsphase notwendig:

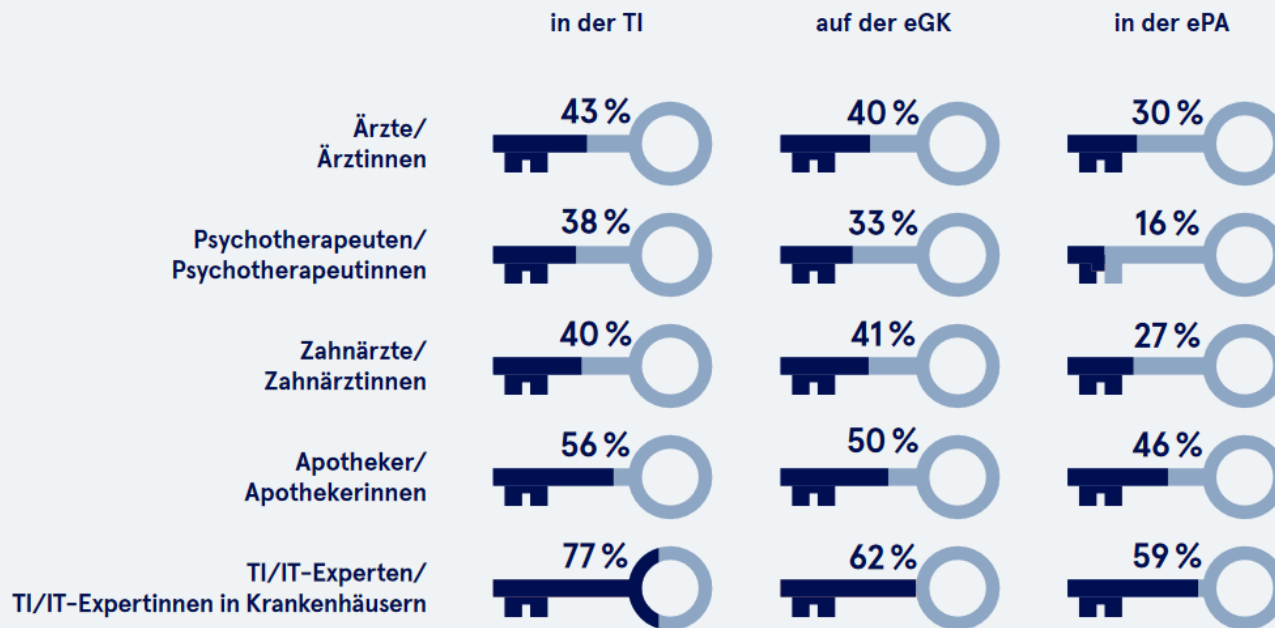
- Der Schutz aller Daten, die eine Person identifizierbar mache, hat Vorrang
- Digitalisierung darf nicht zum Eliten-Projekt werden
- Zugang zu analoger und digitaler psychotherapeutischer Versorgung sicherstellen



Bedenken noch immer groß

Bei den Heilberuflerinnen und Heilberuflern äußert die Mehrheit Bedenken – TI/IT-Expertinnen und -Experten vertrauen auf die Datensicherheit.

Vertrauen in die Sicherheit von Daten



- Menschen, die in **prekären Wohnverhältnissen** leben, haben ein ca. **60 Prozent höheres Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren** – obwohl sie Hygiene- und Präventionsmaßnahmen ebenso stark einhalten, wie alle anderen [1]
- **Langzeitarbeitslose** haben ein fast **doppelt so hohes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken** im Vergleich zu regulär Erwerbstätigen [2]
- **Eher von Armut betroffene Personengruppen**, wie Menschen mit Migrationshintergrund, **zeigten** während der Pandemie **besonders hohe Angst- und Depressionssymptome** [3]
- Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status haben eine **niedrigere Impfbereitschaft** und eine **niedrigere Impfquote** als Personen mit hohem sozioökonomischen Status [1]

[1] *Gutenberg COVID-19 Studie*. Aktuelle Ergebnisse. Präsentation Staatskanzlei RLP vom 7. Juli 2021. URL: <https://www.unimedizin-mainz.de/GCS/dashboard/#/app/pages/AktuelleErgebnisse/ergebnisse> [Zugriff: 27.10.21]

[2] Wahrendorf, M., Rupprecht, C. J., Dortmann, O. et al. (2021). Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 314–321.

[3] Entringer, T. M., & Kröger, H. (2021). Weiterhin einsam und weniger zufrieden: Die Covid-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lockdown stärker auf das Wohlbefinden aus. *DIW aktuell* (67).

Beispiel Bremen:

- bundesweit höchste Impfquote: 78,2 % aller Bremer*innen sind vollständig geimpft, +11,5 % als der Bundesdurchschnitt (Quelle: RKI, Stand: 01.11.2021)

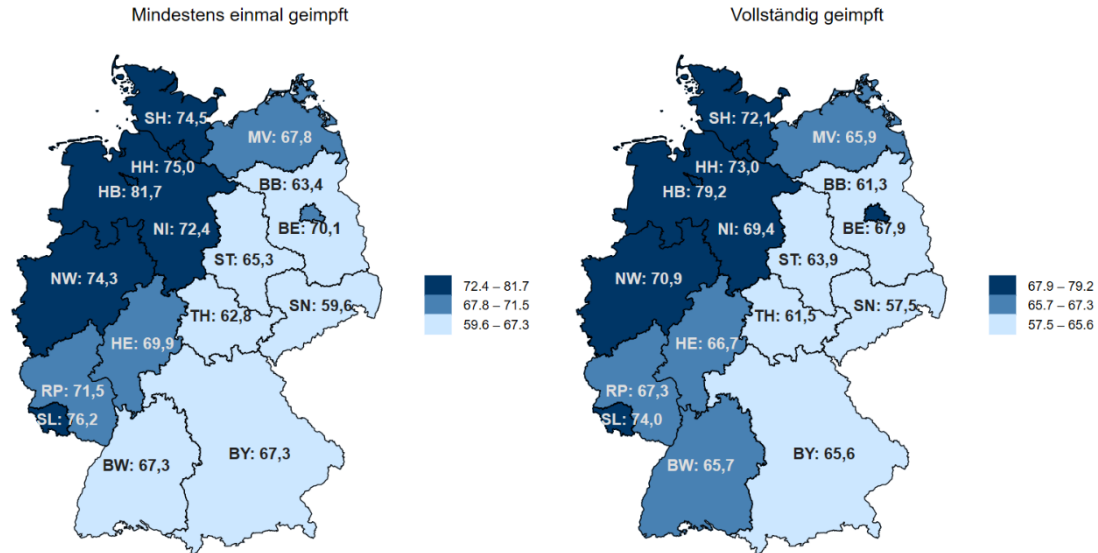
Spezifika der Impfkampagne

- **wohnortnah:** Einsatz sog. Impfmobile, Durchführung von Impf-Aktionen (z. B. Impfung in Einkaufszentren, vor Kitas), Aufbau temporärer Impfzentren – insbesondere in strukturell benachteiligten Vierteln
- **niedrigschwellig** und **bürokratiearm:** postalische Einladung zum Impftermin nach Impfpriorität, auch spontane Terminvereinbarung möglich, kurze Wartezeiten in der Impf-Hotline
- **mehrsprachig** und **kultursensibel:** Impfkampagne ist in sieben Sprachen übersetzt, sog. Gesundheitsfachkräfte, die meist ebenfalls eine Einwanderungsgeschichte haben, leisten in strukturell benachteiligten Vierteln Aufklärungsarbeit

Armut macht krank

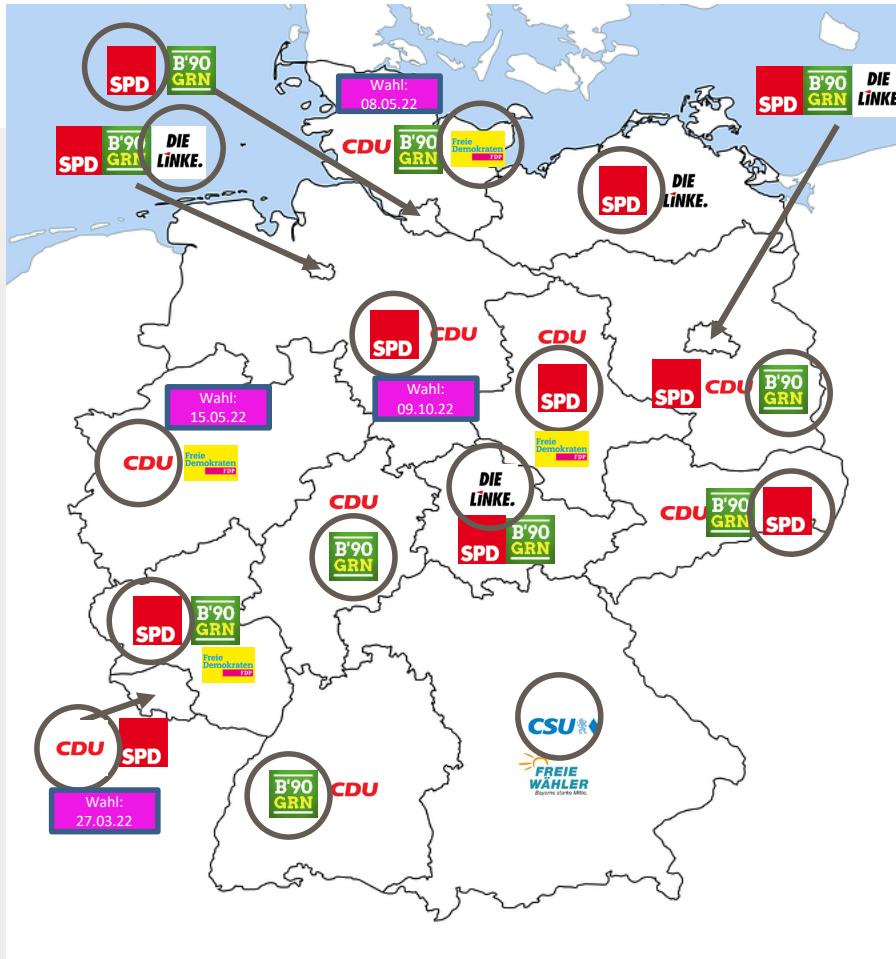
Durchgeführte COVID-19-Impfungen auf Bundeslandebene in %

Berücksichtigt wurden alle Impfungen, die bis einschließlich 14.11.21 durchgeführt und dem RKI bis 15.11.21, 08:00 Uhr, gemeldet wurden.



„Wir starten eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Wir reformieren die psychotherapeutische Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren. Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher. Die Kapazitäten bauen wir bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert aus. Im stationären Bereich sorgen wir für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus.“

Gesundheitspolitische Pluralität auf Landesebene

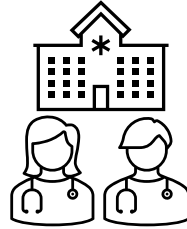
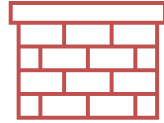


Gesundheitsreformen, insbesondere der Versorgungsstrukturen, gelingen nur mit dem Bundesrat.

Dafür braucht es Verbündete.

Stärkung von Public Health: Strukturwandel

Komm-Struktur



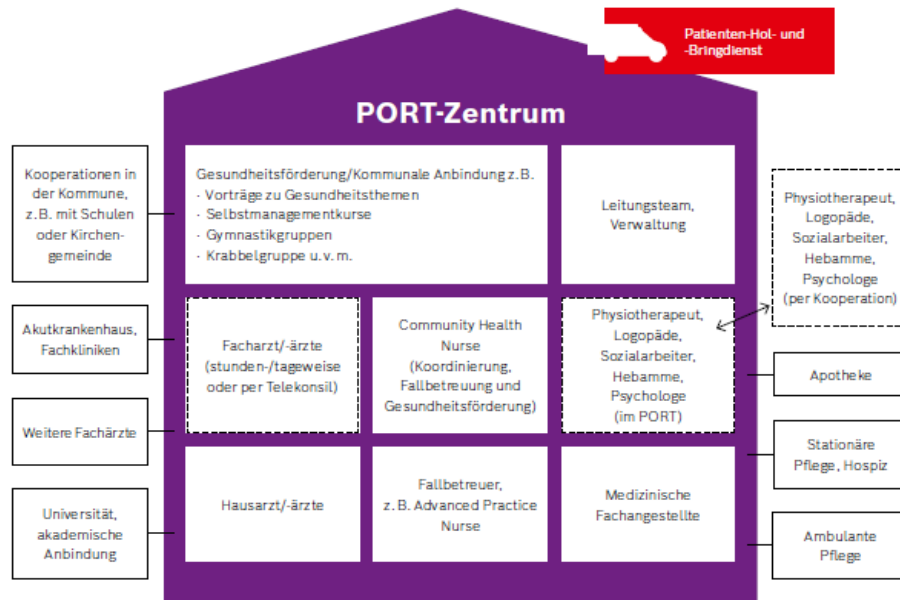
Bring-Struktur



- Komm-Strukturen erschweren Zugang zu Prävention & Versorgung
- Paradigmenwechsel notwendig
- zugehendes Gesundheitswesen

Neue Versorgungsformen – Stärkung der Primärversorgung

Abbildung 9: Aufbau und Ausgestaltungsoptionen der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren)



Quelle: Darstellung Robert Bosch Stiftung

Versorgungsangebote der Krankenhäuser:

- Modellvorhaben § 64b SGB V
- PIAs/PsIAs
- stationsäquivalente Behandlung



Sektorenübergreifende Versorgung – ein weites Feld

„Facharzt 2025 –
Gemeinsam in Klinik und
Praxis“



Grundsatzprogramm

Facharzt 2025
Gemeinsam in Klinik und Praxis

Neuausrichtung der Qualitätssicherung erforderlich!

Trauerspiel Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

- massive Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit
- nach knapp 15 Jahren lediglich drei Verfahren im Betrieb
- enormer bürokratischer Aufwand (u. a. zu viele Indikatoren und Datenfelder)
- kein Fokus auf echte Qualitätspotenziale, zu wenig evidenzbasiert
- Roll-out vor Erprobung in der Praxis
- Kontrolle statt Qualitätsförderung

Schnellschüsse der Politik

- Auftrag für QS-Verfahren ambulante Psychotherapie
- ersatzlose Streichung der Regelungen des Antrags- und Gutachterverfahrens
- einrichtungsvergleichendes Qualitätsportal für Vertragspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen

→ **Entwicklung eines professionseigenen, wissenschaftlich fundierten Qualitätssicherungsansatzes mit unmittelbarem Nutzen für Patient*innen und Psychotherapeut*innen**

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG: QUALITÄTSSICHERUNG ZUKUNFTSFÄHIG MACHEN

IMPULSE FÜR EINE NEUAUSRICHTUNG

Viele medizinische Leistungen werden heute sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor durchgeführt. 2007 schuf der Gesetzgeber die Grundlagen für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QS), seit 2010 gibt es eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Bislang liegen drei QS-Verfahren mit vertragsgültiger Beteiligung vor, die sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgungsqualität abbilden sollen:

- ▶ perkutane Koronarintervention/-angiographie
- ▶ Vermeidung postoperativer Wundinfektionen
- ▶ Nierenersatztherapie

Weitere fünf Verfahren befinden sich aktuell in der Entwicklung. Ziel dieses sektorenübergreifenden Ansatzes war es, Transparenz herzustellen, eine öffentliche Berichterstattung zu ermöglichen, Einrichtungen zu vergleichen und Versorgungsverläufe über Sektorengrenzen hinweg zu betrachten.

QUALITÄT FÖRDERN, NICHT DIE BÜROKRATIE

Aus der grundsätzlich guten Idee ist mittlerweile jedoch ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien entstanden, das für alle Beteiligten auf Bundes- und Landesebene mit enormem Aufwand verbunden ist. Die Richtlinie zur dienstgestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DnQS-RL) umfasst mittlerweile fast 500 Seiten. Ärztinnen und Ärzte sind teilweise länger mit zusätzlichen Dokumentationen beschäftigt als mit der eigentlichen Behandlung. Eine Rückmeldung erhalten sie zu oft erst nach drei Jahren. Die Strukturen des ambulanten Sektors werden in der QS inadäquat abgebildet. Kurzfristige Anpassungen im Vorliegen sind nahezu unmöglich. Bürokratische Datenquellen wie die Sozialdaten werden bislang kaum genutzt. Gleichzeitig werden bereits zusätzliche neue Datenquellen, zum Beispiel Patientenbefragungen oder Register, aufwändig integriert. Und das alles, ohne dass bislang ein Nutzen für Patientinnen und Patienten geprüft, geschweige denn belegt ist.

Zudem liegen viele notwendige Voraussetzungen für eine sinnvolle QS nach wie vor nicht vor. So muss für die QS häufig separat dokumentiert werden, wofür entsprechende Software benötigt wird (siehe hierzu auch das IGS-Gutachten „Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung“ im Auftrag der KBV von 2012, mit dem bereits viele kritische Punkte adressiert wurden, die bis heute nicht gelöst sind).

KBV SCHLÄGT TRANSFORMATION DER QS VOR

Um die QS nun in eine machbare Richtung mit angemessenem Aufwand-Nutzenverhältnis weiterzuentwickeln, Datenrechte zu vermeiden und die Akzeptanz bei all denjenigen, die täglich unmittelbar Patientinnen und Patienten versorgen, nicht gänzlich zu verpassen, schlägt die KBV eine nachhaltige Fortentwicklung vor.

NACHHALTIGE FORTENTWICKLUNG


Die QS soll zielgerichteter, effizienter, differenzierter, weniger komplex, schneller, schlanker und damit nachhaltig wirksamer werden.

Die Auswahl der Verfahren, Methoden und Instrumente muss sich strikt am Ziel – das heißt, dem Verbesserungspotenzial – orientieren. Entsprechend haben Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität jeweils ihre Berechtigung und ihren Wert.

Eine Ausrichtung an der Realität ist angesagt. Vertreibbarer Aufwand setzt voraus, dass die bestehenden Rahmenbedingungen sowie das unterschiedliche Versorgungsgeschehen in den Sektoren berücksichtigt werden. Eine sinnvolle Qualitätssicherung (QS) muss nicht immer sektorenübergreifend sein. Seit Jahrzehnten bewährte Instrumente der ärztlichen und der bundesmannesrechtlich normierten, sektorspezifisch ambulanten QS müssen Vorbild sein und bleiben. Fokussierung, Reaktionszeit und Treffgenauigkeit müssen vor unrealistischem Perfektionismus stehen.

Seite 1 | KBV | QS – Impulse für eine Neuausrichtung | Juli 2021

Antrag zum Gendern

Beschlussvorlage		 <p>Bundes Psychotherapeuten Kammer</p>			
		39. Deutscher Psychotherapeutentag 19./20. November 2021 in Berlin			
TOP	6	Antrags-Nr.¹	1	Änderungsantrags-Nr.¹	
Antrag- stellende Personen	Dr. Dietrich Munz, Dr. Andrea Benecke, Dr. Nikolaus Melcop, Wolfgang Schreck, Michaela Willhauck-Fojkar, Sabine Maur, Cornelia Metge, Torsten Michels, Roman Rudyk, Dr. Bruno Waldvogel, Margitta Wonneberger				
Antrags- und Beratungs- gegenstand	Satzung, Geschäftsordnung, Muster-Berufsordnung, Muster-Weiterbildungsordnungen, Muster-Fortbildungsordnung in geschlechtergerechter Sprache				



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!