

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser,

in den Beschlüssen des 16. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Psychotherapeutenausbildung von Mai dieses Jahres wurden – bei aller Bedeutsamkeit dieser Grundsatzentscheidung – einige ausbildungsrechtliche Aspekte nicht berücksichtigt. Deshalb hat die Arbeitsgemeinschaft Ausbildungsinstitute und VPP für wissenschaftlich begründete Psychotherapieausbildung (AVP) mit Schreiben vom 26. August gegenüber der Bundespsychotherapeutenkammer ausführlich Stellung genommen (S. 2-5).

Hintergrund: Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer war vom DPT aufgefordert worden, sich auf Bundesebene für eine entsprechende Reform einzusetzen und unter Beteiligung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsstätten die für ein Gesetzesvorhaben erforderlichen Details auszugestalten. Entsprechend soll ein erster Entwurf zur Lösung anstehender Fragen auf einem Ausbildungsgipfel am 26. Oktober in Berlin diskutiert werden. In Vorbereitung dieses Entwurfes hatte die BPTK um Vorschläge bis zum 31. August gebeten.

Neben der Ausbildung beschäftigen uns in diesem Jahr insbesondere die Wahlen der Vertreterversammlungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Wahlergebnisse (S. 5: Baden-Württemberg) und Wahlaufrufe (S. 12: Niedersachsen) bleiben ein wichtiger Eckpfeiler der Berichterstattung auch in den kommenden Ausgaben von VPP aktuell.

Daneben möchten wir Sie auf ein Thema hinweisen, das mitunter gern beiseite geschoben wird: Die Rede ist von der ab 2011 obligatorischen Online-Abrechnung. Hierzu finden Sie in dieser Ausgabe (S. 6) einen differenzierten und gleichzeitig konkreten Beitrag zur Sicherheit und Praxistauglichkeit bisher angebotener Lösungen.

Ihr Heinrich Bertram
Vorsitzender des VPP im BDP



INHALTSVERZEICHNIS

Editorial	Seite 1
AVP-Stellungnahme zur Novellierung des PsychThG	Seite 2
Ergebnis der KV-Wahl Baden-Württemberg	Seite 5
Die Online-Abrechnung, die Gesundheitskarte und der ganze Rest	Seite 6
Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem	Seite 8
Tagung des GK II zur Nutzenbewertung von Psychotherapieverfahren	Seite 10
Wahlaufruf KV-Wahl Niedersachsen	Seite 12
KV-Wahlen im Überblick	Seite 12

Stellungnahme und Vorschläge

der Arbeitsgemeinschaft Ausbildungsinstitute und VPP für wissenschaftlich begründete Psychotherapieausbildung (AVP) zur Novellierung des PsychThG auf der Grundlage der Beschlüsse des 16. DPT am 8. Mai 2010

0. Vorbemerkungen

Mit den Beschlüssen des 16. DPT sind einige ausbildungsrechtliche Aspekte nicht berührt, zu denen die AVP zusätzlich Stellung nimmt:

Ausbildungsträger

Das bewährte gesetzliche Konzept der Ausbildung sowohl an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in privater Trägerschaft mit der Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung durch die Institutsambulanzen als auch an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in öffentlich-rechtlicher oder universitärer Trägerschaft muss bestätigt werden. Eine Monopolisierung der Ausbildung durch Gesundheitskonzerne mit zu erwartenden qualitativ negativen Konsequenzen muss ausgeschlossen sein.

Ausbildung an den Ausbildungsstätten

Es muss gewährleistet bleiben, dass der Großteil der zu absolvierenden Ausbildungsbestandteile auch weiterhin an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in privater Trägerschaft stattfinden kann (Praktische Ausbildung, Selbsterfahrung, Theorievermittlung, ggf. ein Teil der jetzigen „praktischen Tätigkeit“).

Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Die Teilnahme der Ausbildungsstätten an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Wege der Ermächtigung der Institutsambulanzen muss gewährleistet bleiben.

Autonomie der Ausbildungsstätten

Die Ausgestaltung und Durchführung der Ausbildung im Rahmen der PsychTh-APrVen muss auch zukünftig in der verantwortlichen Zuständigkeit der Ausbildungsstätten liegen (Auswahl der Ausbildungsteilnehmer, Ernennung von Dozenten, Supervisoren, Lehrtherapeuten und Selbsterfahrungsleiter, Ausgestaltung der Lehrpläne u.a.).

Die Landesprüfungsämter bleiben Aufsichtsbehörde

Die Aufsicht über die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten, deren ordnungsgemäße Tätigkeit und über das Staatsexamen muss auch zukünftig von den Landesprüfungsämtern wahrgenommen werden. Damit ist eine Neutralität hinsichtlich berufspolitischer und verfahrensspezifischer Partikularinteressen gewährleistet.

Nachfolgend nehmen wir zu den einzelnen Beschlusstellen Stellung:

1.

1. Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung sind einheitliche, in einem Hochschulstudium zu vermittelnde Kompetenzen, die das Niveau der gegenwärtigen Eingangsqualifikation nicht unterschreiten und grundlegende Kompetenzen für die Ausbildung in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren vermitteln und mit einem Master abgeschlossen werden.

1.1 Beibehaltung der bisherigen Aufteilung in Studium und postgraduale Psychotherapie-Ausbildung

Die AVP unterstützt den zweigliedrigen Qualifikationsweg. Der Psychotherapie-Ausbildung muss ein umfassendes Studium vorgeschaltet sein, das die Kenntnisse vermittelt, die für die Psychotherapie-Ausbildung als notwendig vorausgesetzt werden. Die AVP regt an, für die Erteilung der Approbation ein Mindestalter vorzusehen, um eine für die Berufsausübung angemessene Lebenserfahrung zu gewährleisten.

1.2 Verfahrensorientierte Ausrichtung der Ausbildung

Sowohl im Studium als auch in der Ausbildung müssen die verschiedenen Verfahren angemessen dargestellt sein und vermittelt werden. Die Vermittlung von Kenntnissen in den psychodynamischen, den behavioralen und den humanistischen Verfahren durch geeignetes Lehrpersonal muss im Interesse einer qualitativ ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung, zu deren Sicherstellung der Gesetzgeber Verfahrenspluralität vorgesehen hat (vgl. § 1 Abs. 3 PsychThG), gewährleistet werden.

2.

2. Festzulegen sind im dazu erforderlichen Umfang

- Kenntnisse und Kompetenzen aus den verschiedenen Grundlagenfächern der Psychologie und der (Sozial-)Pädagogik,
- Kenntnisse und Kompetenzen in Klinischer Psychologie,
- Grundlegende wissenschaftliche Methodenkompetenzen und
- Kenntnisse und Kompetenzen aus Fachdisziplinen, wie z. B. den Erziehungswissenschaften, Neurowissenschaften, Soziologie und anderen Humanwissenschaften

Die erfolgte inhaltliche Festlegung der ECTS (Antrag 3, 16.DPT) wirft die Frage auf, ob die Studiengänge, welche zusätzlich zur Psychologie bisher zur Aufnahme einer KJP-Ausbildung berechtigten, zukünftig in der Lage sein werden, den Anforderungen zu genügen.

AVP-STELLUNGNAHME

Es ist zu befürchten, dass Masterstudienplätze in ausreichender Zahl nicht zur Verfügung stehen, um ausreichenden beruflichen Nachwuchs für die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

3.

3. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfordert zum Teil andere Kenntnisse und Vorgehensweisen als die Behandlung von Erwachsenen. Hier liefern die bisherigen Studiengänge der Sozialarbeit und Sozialpädagogik fundierte Vorkenntnisse. Es muss gewährleistet bleiben, dass die sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Studiengänge an Fachhochschulen auch zukünftig den Weg in die Psychotherapeuten-Ausbildung eröffnen. Die AVP hält es deshalb zur Einführung eines einheitlichen Berufes für erforderlich, den Block ‚Grundlegende Kenntnisse‘ des Zusatzantrages (Antrag 3, 16.DPT) grundsätzlich zu überarbeiten. Die AVP unterstützt deshalb den Vorschlag von Prof. Helle (Fachhochschule Stendal), dazu eine Arbeitsgruppe einzurichten.

3. Die Psychotherapieausbildung führt zu einer einheitlichen Approbation und befugt alle Absolventen berufsrechtlich zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Sollte ein breiter Konsens zu den Studieninhalten (s. unter 2.) nicht erreichbar sein bzw. der Vorschlag zur Einrichtung einer Arbeitsgruppe nicht aufgegriffen werden, hält die AVP die Beibehaltung der beiden Ausbildungsberufe für sachgerecht, auch um ein geschlosseneres Bild des Berufsstandes nach außen zu gewährleisten. In diesem Falle wird abweichend zum Beschluss des DPT vorgeschlagen, die getrennte Ausbildung zum PP und zum KJP beizubehalten.

Unbesehen der begründeten fachlichen Bedenken spräche dann für eine Beibehaltung der beiden Berufe neben dem inzwischen gefestigten Berufsbild des KJP die versorgungspolitische Überlegung, dass so eine ausreichende Versorgung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt werden kann. Die PP-Ausbildung führt - abweichend von der bisherigen Berechtigung - nur zur Berechtigung, Erwachsene zu behandeln. Damit würde zwar die bisherige altersunabhängige Behandlungsberechtigung der PPen aufgegeben, im Gegenzug würde aber eine Zerlegung der Approbation in eine berufsrechtliche und eine sozialrechtliche Behandlungserlaubnis vermieden. Vorgesehen werden könnte, dass KJPen und PPen jeweils durch eine kammerrechtliche Weiterbildung die Behandlungsberechtigung bzw. Fachkunde für den jeweils anderen Bereich nachgehend erwerben können.

Im Falle dieser Lösung bleibt das Problem, auch für die KJP-Ausbildung den Master als Zugangsvoraussetzung - gegen den Widerstand der KM-Konferenz - durchzusetzen.

Dafür lassen sich viele fachliche Argumente finden (vgl. Buchholz, Psycho-News-Letter Nr. 81) und mit Aussicht auf Erfolg vortragen.

Die hier vorgeschlagene gegenseitige Durchlässigkeit über eine kammerrechtliche Weiterbildung ist dafür ein zusätzliches Argument: Wenn für den PP der Master Voraussetzung

ist, muss er auch für den KJP schon deshalb gelten, weil dieser die PP-Berechtigung erwerben kann.

4.

4. Während der Psychotherapieausbildung erfolgt eine Grundqualifizierung für die Behandlung aller Altersgruppen und eine Schwerpunktsetzung mit vertiefter Qualifizierung, die zum Erwerb der Fachkunde für die Behandlung von entweder Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen führt.

Die AVP begrüßt und unterstützt ausdrücklich, dass die Ausbildung unmittelbar zur Fachkunde in dem jeweiligen Vertiefungsverfahren führen soll. Der Beschlussteil unter 4. geht - in Verknüpfung mit dem Beschlussteilen Nrn. 1. und 8. - davon aus, dass

- die Ausbildung (unverändert) in wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgt
- durch die vertiefte Qualifizierung in einem Schwerpunkt (Kinder und Jugendliche oder Erwachsene) die sozialrechtliche Fachkunde für den Schwerpunkt erworben wird
- die PiAs „unter Supervision oder Aufsicht“ an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen.

Im Falle der Beibehaltung der 2-Berufe-Regelung (s. oben zu 3.) wäre die Fachkunderegelung analog anzuwenden.

Der Beschlussteil ist die konsequente Operationalisierung der - bis heute noch nicht verwirklichten - Rechtsauffassung der BPtK .

1. „Im Ergebnis können Regelungen in den Psychotherapie-Richtlinien verfassungsrechtlich keinen Bestand haben, wenn sie dazu führen (können), dass in den Richtlinien eine Anerkennung als Behandlungsverfahren unterbleibt, obwohl das Verfahren berufsrechtlich zur vertieften Ausbildung (§ 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG) zugelassen ist und zur Approbation führt.“ (BPtK, Stellungnahme vom 4.4.2006, S. 4)

Diese grundsätzliche Rechtsauffassung wurde in verschiedenen Stellungnahmen der BPtK gegenüber dem G-BA - so auch in der Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie vom 01.04.2008 - erneuert.

2.

„Berufsrechtlich ist es auf Dauer nicht hinnehmbar, dass letztlich der G-BA darüber entscheidet, welche Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringung zugelassen sind.“ (Stellpflug, Justiziar der BPtK, Stellungnahme vom 12.3.2010, in: Bericht der Kommission Zusatzqualifizierung der BPtK, S. 43)

Da das BSG in seiner Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen (vgl. Urteile vom 28.10.2009) dem G-BA das Recht zuspricht, über die Aufnahme von Ausbildungsverfahren in die vertragliche Versorgung zu entscheiden, sind gesetzliche Klarstellungen erforderlich, um die Forderung umzusetzen, dass das Sozialrecht die berufs zugangsrechtlichen Regelungen des Ausbildungsrechts anerkennt.

Das betrifft insbesondere die §§ 92 6a, 95c Satz 2 Nrn. 1-3 und 117 Abs. 2 SGB V. Mit den entsprechenden Klarstellungen wird darüber hinaus eine Gleichstellung mit der für Ärzte geltenden Vorschrift (§ 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V) herbeigeführt.

AVP-STELLUNGNAHME

Diese rechtliche Forderung wird zusätzlich fachlich durch das Urteil des BVerwG vom 30.4.2009 (3 C 4.08, Rn. 11) gestützt werden: Das Bundesverwaltungsgericht geht von der staatlichen Verantwortung für eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung durch Psychotherapeuten mit einem entsprechend hohen Qualitätsstandard aus. Nur Verfahren, die nachweislich geeignet sind, den Zweck der Heilbehandlung zu erfüllen, gehören zum Berufsbild der Psychotherapeuten.

5.

5. Der derzeit in praktische Tätigkeit und praktische Ausbildung unterteilte Ausbildungsabschnitt ist grundlegend zu überarbeiten und einheitlich als praktische Ausbildung zu gestalten: Curricularer Aufbau, Anleitung und Supervision und psychotherapeutische Behandlung in unterschiedlichen Settings (stationär, teilstationär und ambulant).

5.1 Praktische Tätigkeit

a) Der 1200h dauernde Teil der „praktischen Tätigkeit“ wird zu „praktische Ausbildung I“ (pA I) modifiziert; die Ausbildungsinhalte sind zu definieren.

b) Der 600h dauernde Teil der „praktischen Tätigkeit“ wird in „praktische Ausbildung II“ (pA II) modifiziert; die Ausbildungsinhalte sind zu definieren.

c) Die Mindestdauer für die praktische Ausbildung I wird auf 8 Monate gekürzt.

(Alternativ: Sollte eine – qualifizierte - Wandlung der bisherigen praktischen Tätigkeit in „Ausbildung“ nicht erreichbar sein und der bisherige Zweck der praktischen Tätigkeit beibehalten werden, sollte die praktische Tätigkeit in ihrem Umfang deutlich reduziert und die praktische Ausbildung deutlich erhöht (1.000 Stunden am Patienten) werden.

5.2 Praktische Ausbildung

Die AVP empfiehlt folgende ergänzende Spezifizierungen zum bisherigen Block der 600h ambulanter Therapie:

600-800h ambulante Psychotherapie

Es müssen mindestens 600 h - tendenziell mehr (bis zu 800h) Stunden ambulanter Psychotherapie durch die Ausbildungsteilnehmer/innen geleistet werden.

Trägerschaft durch Ausbildungsinstitute

Die ambulanten Fälle werden hauptsächlich in der Trägerschaft der Ausbildungsinstitute an deren Ambulanzen geleistet. Sofern ein PiA durch eine Anstellung die Möglichkeit hat, eine noch festzulegende Zahl von Patientenbehandlungen auch in diesem Rahmen unter Betreuung einer anerkannten Supervisorin/eines anerkannten Supervisors abzuleisten, wird dies zur Erleichterung des Ausbildungsverlaufs unterstützt.

6. Position der AVP zu Regelung 6

6. Der Teil der praktischen Ausbildung, der in psychiatrischen Kliniken oder vergleichbaren Einrichtungen absolviert wird, soll im gegenwärtigen Umfang (1.200 Stunden) beibehalten werden.

Vergleichbare Einrichtungen

Der Schwerpunkt der zu leistenden 1200h muss nicht in psychiatrischen klinischen Einrichtungen liegen. Die Ableistung in teilstationären oder tagesklinischen Rahmen sowie in anderen klinischen Einrichtungen soll nicht ausgeschlossen sein, soweit in diesen Behandlungsfälle in ausreichender Zahl aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsspektrum betreut werden.

6.2 Anleitung und Personalzusammensetzung

Eine ausreichende Anleitung der PiA muss gewährleistet werden. Dazu ist eine ausreichende Personalausstattung erforderlich. PiA dürfen keine Planstellen nach der Psych-PV besetzen.

7. Position der AVP zu Regelung 7

7. Für die Leistungen der Ausbildungsteilnehmer in der psychotherapeutischen Versorgung ist eine angemessene Vergütung entsprechend der Qualifikation gesetzlich vorzuschreiben.

Angemessene Vergütung und Anleitung durch die Einrichtung

Eine dem Berufsabschluss entsprechende angemessene Vergütung ist zu gewährleisten.

Die Vergütung erfolgt durch die Einrichtungen, die die Plätze für die PiA bereitstellen.

Die Betreuung, Anleitung und Supervision ist Aufgabe der Kliniken.

8.

8. Es ist sicherzustellen, dass Ausbildungsteilnehmer während ihrer Ausbildung unter Supervision oder Aufsicht auf eindeutiger rechtlicher Grundlage (nicht auf Grundlage der Heilpraktikererlaubnis) psychotherapeutisch behandeln dürfen.

Unterschiedliche rechtliche Stellungnahmen kommen zu dem Ergebnis, dass PiAs auch jetzt – unselbständig, unter Aufsicht und Supervision - psychotherapeutisch behandeln dürfen.

Deshalb ist nach Auffassung der AVP eine Änderung der rechtlichen Stellung der PiAs nicht erforderlich. Ein solches Vorgehen ist nicht die einzige realistische Möglichkeit, den berechtigten Anspruch der PiAs auf angemessenes Entgelt durchzusetzen.

Für die (bisher) praktische Ausbildung besteht bereits die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung.

Eine analoge Regelung („unter Aufsicht und Supervision“) lässt sich für die (bisher) praktische Tätigkeit entwickeln, ohne grundsätzliche Rechtsfragen aufzuwerfen bzw. den rechtlichen Status der PiAs verändern zu müssen.

Das drängende, keinen Aufschub duldende Problem der Ausbeutung der PiAs muss schon jetzt – parallel und unabhängig von den Bemühungen um eine Novellierung des PsychThG einer Lösung zugeführt werden.

In Zukunft könnte jedoch eine geregelte eingeschränkte Be-

AVP-STELLUNGNAHME

rufserlaubnis zu Beginn der postgradualen Ausbildung durchaus den Charme haben, dem einzelnen PiA im Gegensatz zur jetzigen Realität einen klaren, beschriebenen und rechtlich relevanten Status zu geben, der ein größeres Selbstbewusstsein und ein gewichtigeres Auftreten u.a. in individuellen Gehaltsverhandlungen ermöglichte. Ein Automatismus für

die Gehaltshöhe ist allerdings dadurch nicht gegeben. Die für eine eingeschränkte Berufserlaubnis notwendigen Voraussetzungen im Grundlagenstudium auf Masterebene begründet auch keine irgendwie geartete Direktausbildung. Die von der AVP an anderer Stelle diskutierten Zulassungsvoraussetzungen sind hierfür ausreichend.

Ergebnis der KV-Wahl Baden-Württemberg

Das vorläufige Ergebnis der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung in Baden-Württemberg und auch das zu den Wahlen der Bezirksbeiräte liegen vor. An der Besetzung der fünf Mandate, die den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Vertreterversammlung zustehen, hat sich durch die Wahl 2010 nichts geändert: Wiedergewählt wurden Jürgen Doeber (mit 1469 Stimmen, 2004: 671 Stimmen), Uwe Keller (746 Stimmen), Marianne Funk (670 Stimmen), Dr. Alessandro Cavicchioli (620 Stimmen, 2004: 341 Stimmen) und Rolf Wachendorf (334 Stimmen). Unverändert ist auch nach der Wahl 2010, dass die Liste „Psychotherapeutenbündnis“ (2010 mit insgesamt erhaltenen 4249 Stimmen) die Gruppe mit den meisten Mandaten ist. Auf Position zwei unsere Liste „Psychotherapie und mehr“ (mit 1684 erhaltenen Stimmen), die im Vergleich zu 2004 bei der Wahl 2010 Stimmenverluste in Kauf nehmen musste.

Ute Steglich

Einen ausführlichen Kommentar der Ergebnisse finden Sie auf der Homepage unter: http://www.vpp.org/verband/lfv/baden/2010/100809_kv-wahl.html und in der kommenden Ausgabe von „Report Psychologie“.

Detaillierte Wahlergebnisse unter www.kvbawue.de

LFV Baden-Württemberg: Widerspruch gegen Honorarbescheid 1/2010

Es ist mittlerweile bekannt, dass sich das für die Punktwertberechnung für psychotherapeutische Leistungen maßgebliche Honorarvolumen der Vergleichsarztgruppen deutlich erhöht hat. Daran muss eine Anpassung erfolgen. Deshalb und ohnehin wegen der unzulässigen Anwendung der Konvergenzregelung in Baden-Württemberg empfehlen wir, Widerspruch gegen den Honorarbescheid 1/2010 einzulegen. Im Mitgliederbereich der VPP-Homepage finden Sie einen Mustertext. http://www.vpp.org/verband/lfv/baden/2010/100816_widerspruch.html

Praxis-Stillstand durch Krankheit, Unfall, Sachschäden – was dann? So schützen Sie Ihr Einkommen.

Vor privaten Einkommensausfällen schützen sich viele mit einer Krankentagegeldversicherung. Diese sorgt zwar für das „täglich Brot“ ist aber oft teuer. Die **P.U.V Neu Plus Garantie** bietet hier eine preiswerte Alternative und ist zusätzlich für die Absicherung der Praxiskosten eine optimale Ergänzung.

Dieses einzigartige Vorsorgeprodukt hat mittlerweile seine **existenzsichernde Wirkung** sehr oft unter Beweis gestellt, was das folgende Schadensbeispiel belegt: Psychotherapeutin, 46 Jahre alt, Praxisstillstand in Folge eines Bandscheibenvorfalles: die P.U.V ersetzte den versicherten Tagsatz von 175,- Euro für 86 Kalendertage. Die ausbezahlte Leistungssumme von 15.050,- Euro half, die finanziellen Folgen einer so langen Praxisschließung zu überstehen.

Überzeugen auch Sie sich von der **Qualität** der P.U.V Neu Plus Garantie – und lassen sich ein maßgeschneidertes Angebot berechnen – zu den **VPP-Vorzugskonditionen** (siehe Beilage)!



Es gibt eine Theorie, die besagt, dass falls es jemals jemandem gelingen sollte, herauszufinden, wie das Gesundheitswesen funktioniert und warum es da ist, dieses augenblicklich durch etwas noch Bizarres und Unbegreiflicheres ersetzt werden würde.

Eine andere Theorie sagt, dass dies schon längst geschehen ist... (frei nach Douglas Adams)

Die Online-Abrechnung, die Gesundheitskarte und der ganze Rest

Nachdem wir uns in den vergangenen Jahren am großartig absurden Theater namens elektronische Gesundheitskarte „erfreuen“ durften, soll das neue Stück nun Online-Abrechnung heißen. Leider mag auch hier keine rechte Freude aufkommen, denn die Handlung kommt einem wieder merkwürdig bekannt vor.

Die Online-Abrechnung, die zum Jahreswechsel verpflichtend eingeführt werden soll, ruft bei nicht wenigen der betroffenen PsychotherapeutInnen Reaktionen hervor, die von einem diffusen Unbehagen bis hin zu radikaler Ablehnung reichen. Als Argument wird dabei häufig angeführt, die Online-Abrechnung sei nicht „sicher“.

Um es gleich vorwegzunehmen: Ich halte die online-Übertragung der Abrechnungsdateien an die KV sicherheitstechnisch für nicht sonderlich problematisch.

Ist also die ganze Kritik am Projekt Online-Abrechnung alles nur Panikmache? Nein, nicht unbedingt, sie greift aber meines Erachtens zu kurz. Die Frage, ob denn die Online-Abrechnung nun gut oder schlecht sei, lässt sich nicht so einfach beantworten, ohne die Dinge in einem breiteren – über die rein technischen Aspekte hinausgehenden – Kontext zu betrachten. Ich möchte daher an dieser Stelle etwas weiter ausholen und mich der Fragestellung aus der subjektiven Perspektive des Informationswissenschaftlers und EDV-Supporters für psychotherapeutische Praxen nähern.

Die Allgegenwart moderner Informationstechnologien ist heute eine unumkehrbare Realität. Sie sind Motor für dramatische Veränderungen, die Auswirkungen auf (fast) alle Lebensbereiche haben. Am deutlichsten wird dies wohl am Siegeszug des Internet sichtbar, dessen Dynamik und Dimension noch vor wenigen Jahren absolut unvorstellbar waren! Die Frage, ob wir die Informationstechnologien wollen oder nicht, ist müßig und rein akademisch, denn sie sind da, mit einem gewaltigen Anpassungsdruck, der in alle Gesellschaftsbereiche ausstrahlt.

Nun könnte man bei den erkennbaren Auswirkungen und Folgen eigentlich einen breiten öffentlichen Diskurs darüber erwarten, wie die Potentiale nutzbar und negative Aspekte beherrschbar gemacht werden können. Wir erleben aber das krasse Gegenteil. In fast allen Bereichen der Politik werden die Betroffenen nicht nur von den Entscheidungsfindungs-

prozessen ausgeschlossen, auch nachträglich wird noch nicht einmal versucht, getroffene Entscheidungen konsensfähig zu machen. In diesem Klima der (zumindest gefühlten) Beliebbarkeit der Weichenstellungen mit Halbwertszeiten bis bestenfalls zur nächsten Wahl, ist kaum eine verbindliche und nachhaltige Planung möglich, wie das klägliche Scheitern der elektronischen Gesundheitskarte eindrücklich gezeigt hat.

Doch kommen wir zurück zur Online-Abrechnung: Wie schon eingangs angedeutet, halte ich die Online-Abrechnung für nur konsequent und sicherheitstechnisch unbedenklich. Unter der Annahme, dass die Abrechnung auf dem Praxis-PC elektronisch abläuft und auf den KV-Servern ebenso verarbeitet werden, ergibt ein Systembruch beim Transport der Daten vom Praxisrechner zum KV-Rechner überhaupt keinen Sinn – und erst recht keinen Sicherheitsgewinn!

Die Online-Abrechnung ist aus meiner Sicht durchaus ein sinnvoller Beitrag zur Kosteneinsparung. Für die einzelne Praxis können allerdings zunächst einmal Mehrkosten anfallen, wenn die benötigte Infrastruktur noch nicht vorhanden ist. Das ist durchaus akzeptabel, wenn die Kosten in einer vernünftigen Relation zum resultierenden Mehrwert (Zeitgewinn, Komfort, usw.) stehen.

Mit dem Hinweis auf die 2011 obligatorische Online-Abrechnung üben die KVen nun mehr oder weniger sanften Druck auf die Praxen aus, dem KV-übergreifenden Netzwerk KV-SafeNet beizutreten. Es wird dabei der Eindruck vermittelt, das KV-SafeNet sei zum Zwecke der sicheren Abrechnung konzipiert, und suggeriert, alle anderen Alternativen, falls überhaupt angeboten, seien unsicher.

Aber stimmt das wirklich? Schauen wir uns das Ganze einmal näher an:

Was ist KV-SafeNet und für wen ist es gut?

Das KV-SafeNet ist ein übergreifendes Online-Netzwerk der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), das die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und KVen erleichtern soll. Es verbindet einzelne Arztpraxen, medizinische Einrichtungen und Krankenhäuser mit den Rechenzentren der KVen. Eine Zugangsberechtigung zum KV-SafeNet bekommen nur die von der KV zugelassenen Anwender. Der Zugang durch Unbefugte zum Netzwerk, den darin übertragenen Daten sowie den angeschlossenen PCs ist somit ausgeschlossen. Es

ONLINE-ABRECHNUNG

handelt sich also um ein geschlossenes, vom Internet vollständig abgeschottetes Netzwerk.

Für die technische Umsetzung sorgen zertifizierte Provider. In den Praxen wird vom Provider eine sogenannte Blackbox installiert, die die Verbindung mit einem der KV-Server herstellt, welche wiederum untereinander verbunden sind. Die Kosten für diese Dienste variieren je nach Region und Provider stark, sie liegen in der Größenordnung von einigen bis mehreren hundert Euro pro Jahr (zusätzlich zu den Kosten für den Internetzugang).

Die Verbindung zum Server kann, auch wieder abhängig von Region und Provider, über ISDN, UMTS oder über das Internet erfolgen, die Authentifizierung der Nutzer erfolgt über Username und Passwort und/oder hardwaremäßig SmartCard und eHBA.

Und was kann KV-SafeNet?

Die wichtigsten Dienste des KV-SafeNet sind: Datenübertragungsdienste (hierunter fällt auch die Online-Abrechnung), eDokumentationen (wie z.B. eKoloskopie, eHKS, eDialyse), eDMP, Zugriff auf Honorarbescheide im DMS, Formulardienste für Anträge oder Erklärungen, E-Mail-Anwendungen, externe Web-Anwendungen und einiges mehr. Nach und nach soll der Funktionsumfang um weitere Dienste erweitert werden, wie z.B. Änderungsdienste für Sprechzeiten und Urlaub, Bereitschaftsdienstplanung, Statistiken, Vergleiche und Abrechnungsauswertungen, weitere eDokumentationen, Nachrichten, usw.

Die Online-Abrechnung ist also nur einer unter vielen Diensten, die über KV-SafeNet nutzbar sind. Betrachtet man die Gesamtheit der geplanten Dienste, dann erscheint der betriebene Aufwand durchaus sinnvoll. KV-SafeNet ausschließlich für die Online-Abrechnung zu nutzen bedeutet allerdings angesichts der nicht unerheblichen Kosten, mit Kanonen auf Spatzen zu schießen.

Gibt es Alternativen zu KV-SafeNet?

Die Akzeptanz einer neuen Technologie wie KV-SafeNet setzt eine kritische Masse an Teilnehmern voraus. Aus Marketinggesichtspunkten ist daher die Strategie der KVen, möglichst viele Nutzer zu rekrutieren, gut nachvollziehbar.

Ob auch die Teilnehmer davon profitieren, hängt aber sehr

stark von den Bedürfnissen und der Ausrichtung der Praxen ab. Für die durchschnittliche psychotherapeutische Praxis kann ich derzeit allerdings keinen Zusatznutzen durch die Teilnahme am KV-SafeNet erkennen.

Aber gibt es denn überhaupt gleichwertige Alternativen für die Online-Abrechnung?

Die Antwort auf diese Frage hängt leider ganz von der zuständigen KV ab. Viele KVen (u.a. Berlin, Brandenburg und Hamburg) bieten kostenlose Alternativen an.

Die meisten dieser Alternativlösungen basieren auf der Übertragung der KV-Abrechnungsdateien mittels eines „VPN-Tunnels“. Die Software zum Verbindungsaufbau wird von der KV kostenlos zur Verfügung gestellt.

Was ist ein VPN-Tunnel?

VPN steht für „virtual private network“ und beschreibt ein Verfahren, zwei Computernetzwerke temporär miteinander zu koppeln. VPN-Verbindungen werden immer dann eingesetzt, wenn abhör- und manipulationssichere Verbindungen über ein unsicheres Medium (z.B. Internet) realisiert werden müssen. Dies wird über ein spezielles Verschlüsselungsverfahren erreicht, bei dem die Schlüssel beim Verbindungsaufbau zwischen den Beteiligten Rechnern generiert werden.

Bildlich kann man sich das Ganze als eine Art Standleitung vorstellen, die in einem Tunnel verlegt ist. An einem Ende des Tunnels befindet sich der Praxis-PC, am anderen Ende der Server der KV. Sollte nun ein Dritter versuchen, Daten abzufangen oder zu manipulieren, dann wird der Tunnel beschädigt und die Verbindung bricht sofort zusammen.

Gegenüber der Blackbox-Lösung hat die Variante mit den Software-VPN-Tunnel sogar einen entscheidenden Vorteil, nämlich ihre Flexibilität. Sie ist nicht an die Praxisinfrastruktur gebunden, sondern lässt sich ohne großen Aufwand auf jedem beliebigen Rechner mit Internet-Zugang installieren.

Sicherheit

Was ist von der oft zitierten Aussage zu halten, die Software-Lösung per VPN-Tunnel sei weniger sicher als KV-SafeNet mit der Blackbox? Nun, für die Online-Abrechnung halte ich den Unterschied für vernachlässigbar. Das Sicherheitsplus, das von der Blackbox ausgeht, betrifft meines Erachtens eher

Unentbehrlich für den Kassenantrag

Udo Boessmann
Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte
**Berichte an den Gutachter
schnell und sicher schreiben**
10. Auflage 2005, 192 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-931589-36-3, Bestellnr. 007,
40,00 EUR (30,00 EUR für VPP-Mitglieder)

Udo Boessmann/Ingo Jungclaussen
Bericht abgelehnt – was nun?
Praxis-Ratgeber zu den wichtigsten Ablehnungsgründen
mit zahlreichen Antrags-Beispielfällen für TP
2009, 277 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-931589-93-6, Bestellnr. 189,
28,90 EUR (24,90 EUR für VPP-Mitglieder)



Zu beziehen über:

 Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE

solche Dienste des KV-SafeNet, bei denen andere Teilnehmer Kontakt zum Praxisrechner aufnehmen.

Selbstverständlich ist jeder mit dem Internet verbundene Rechner vor den Gefahren, die dort lauern, angemessen zu schützen. Dies gilt in besonderem Maße für Rechner mit sensiblen Patientendaten. Ein aktuelles Virenschutzprogramm nebst Firewall ist Pflicht, außerdem sollten Betriebssystem und Hilfsprogramme stets aktuell gehalten werden. Unter Beachtung dieser Vorsichtsmaßnahmen kann die Übertragung der Abrechnung per VPN-Tunnel aber getrost als sicher angesehen werden. Nicht nur die Verbindung ist durch Verschlüsselung abgesichert, auch die zu übertragende Abrechnungsdatei liegt ja in verschlüsselter Form vor und wäre somit für den potentiellen Angreifer nutzlos. Wer es auf Patientendaten abgesehen hat, würde da als lohnenderes Angriffsziel auf dem Praxisrechner wohl eher das Praxisverwaltungsprogramm ins Visier nehmen.

Eine viel größere Gefahr droht meiner Meinung nach an einer ganz anderen Stelle, nämlich dort, wo alle Daten zusammenfließen und verarbeitet werden. In einem Umfeld, in dem Patienten zunehmend nur unter monetären Gesichtspunkten wahrgenommen werden, stellen diese aggregierten Daten einen unschätzbaren Wert dar. Und dass dieser Informationsschatz Begehrlichkeiten weckt und bei einigen Akteuren am Markt auch kriminelle Energie freisetzt, kann man sich leicht ausmalen. In diesem Punkt bin ich nicht so optimistisch, dass es auf Dauer gelingen kann, einen Daten-GAU zu verhindern. Selbst wenn es gelänge, eine technisch uneinnehmbare

Datenfestung zu erschaffen, bliebe immer noch der Faktor Mensch als potentielle Schwachstelle im System. Ich denke hier z.B. an das „Geschäftsmodell Steuer-CD“. Doch mit diesem Risiko müssen wir wohl leben, was nicht heißt, dass wir es ignorieren sollten.

Fazit

Wie in den vorigen Abschnitten dargelegt, halte ich die Online-Abrechnung für sicher und unbedenklich. Wenn der Transport der Daten auf dem Postweg als sicher genug erachtet wird, dann gilt dies für eine doppelt gesicherte Online-Übertragung allemal.

Allerdings sollten die angebotenen Lösungen sich am realen Bedarf der Praxen orientieren. Es geht mir an dieser Stelle nicht darum, Kritik an KV-SafeNet zu äußern. Die KVen sollten aber mit offenen Karten spielen statt ihren Mitgliedern um jeden Preis ein kostspieliges System aufzudrängen, das ihnen möglicherweise kaum einen Nutzen bietet. Hier sollten auch die Berufsverbände auf echte Wahlfreiheit hinwirken.

Wie schon bei den neuen Kartenlesegeräten empfehle ich daher meinen Kunden, sich eher abwartend zu verhalten, da für mich noch lange nicht erkennbar ist, wohin die Reise gehen soll. Was wird z.B. mit der eGK oder dem Stammdatenabgleich? Werden hierfür sinnvollen Lösungen entwickelt oder wieder weitere, konkurrierende Systeme ins Spiel gebracht? Braucht die Praxis der Zukunft etwa bald eine eigene IT-Abteilung? Sicher ist jedenfalls, dass „early adopters“ bisher noch selten für ihren Pioniergeist belohnt werden.

Hellmut Köhn, www.PC-Support-Berlin.de,

Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem

Am 23.7.2010 lud die KBV wieder einmal die Berufsverbände zur Konzertierte Aktion ein.

Der KBV-Vorsitzende, Dr. Andreas Köhler, berichtete zur berufspolitischen Lage: das BMG plane z.Zt. vier Gesetze:

- Ein Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) mit einem geplanten Einsparvolumen von 1,5 Milliarden Euro solle im November verabschiedet werden.
- Ein Gesetz zur Umstellung der Finanzierungsgrundlage der GKV (FINOG)
- Ein Gesetz zur ambulanten Versorgung, das schon zum 1.1.2011 in Kraft treten solle und ein
- Präventionsgesetz.

Am 6.7.2010 veröffentlichte das BMG ein Eckpunktepapier. Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem, das Regelungen zur Ausgabenbegrenzung vorsieht. Die geschätzten 11 Milliarden Euro Defizit in der GKV sollen einerseits durch Einsparungen in den Leistungssektoren in Höhe von 4 Milliarden Euro beho-

ben werden, der Rest über Beitragserhöhung und Zusatzbeiträge. Das Defizit werde laut Köhler bis 2014 aber auf jährlich bis zu 16 Milliarden Euro steigen. Daher werde man schon im nächsten Jahr über weitere Beitragserhöhungen reden müssen. Über Zusatzbeiträge sei wegen der Belastungsgrenze nur ein kleiner Teil des Defizits zu beheben und wegen der Schuldenbremse im Grundgesetz seien auch Steuerzuschüsse begrenzt.

Die Vergütung in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung solle begrenzt werden. Rössler habe auch angekündigt, dass es für Leistungen außerhalb der MGV (= morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) Begrenzungen geben werde. Im ambulanten Versorgungsbereich würden ab 2011 die Zuwächse begrenzt. Es werde keine Nullrunde geben, keine Verminderung der Honorare gegenüber 2010, nur die lineare Zuwachsrate in der MGV werde begrenzt. Es werde eine asymmetrische Verteilung weiterer Zuwächse auf die einzelnen KVen geben. Die Zu- und Abschläge bei Unter- bzw. Überversorgung würden für ein Jahr ausgesetzt, bis das Gesetz Neuregelungen schafft.

KONZERTIERTE AKTION

Trotz Milliardendefiziten sage die Politik einen Zuwachs von 1,5 Milliarden Euro zu (Köhler hatte 2,5 Milliarden gefordert). Das sei der Diskussion um den Ärztemangel geschuldet, die man frühzeitig in die Debatte gebracht hätte. Die lineare Veränderungsrate solle im Verhältnis von Morbiditätsrate zu Demographieveränderung von 50 : 50 festgelegt werden. Das wären 1,44 %. Das Gesetz werde aussagen, davon 50% zu nehmen, das entspricht dann einer linearen Veränderung von 0,75%. Der GKV-Spitzenverband werde im Bewertungsausschuss sicher gegen jede Regelung stimmen, die keine Minusrunde beinhaltet. Dann werde man den Unabhängigen im Erweiterten Bewertungsausschuss überzeugen müssen.

Im Entwurf zum Gesetz zur ambulanten Versorgung sei neben Plattitüden wie „Mehr Freiheit, weniger Bürokratie“ die Rede von einer Honorarreform für den ambulanten Bereich: die Kostenerstattung solle ausgeweitet werden, die Pauschalierung in Einzelleistungsvergütung zurückgeführt werden. Die Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung solle verankert werden mit getrennter Weiterentwicklung. Es solle wieder mehr Verantwortung in die Selbstverwaltung verlagert werden, Vergütung wieder mehr regionalisiert werden und neue Steuerungsinstrumente gefunden werden. Die Bedarfsplanung werde abgelöst von einer kleinräumigen Versorgungsplanung. Dabei solle die Morbidität in den Bezirken festgestellt werden, der Anteil der Mitversorgung benachbarter Bezirke und die Kapazität der im Bezirk ansässigen Praxen. Daraus ergebe sich, wie viele ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen für die Region gebraucht werden. Die Versorgung solle sektorenübergreifend koordiniert werden, ambulant und stationär. Die Steuerung solle über sogenannte Versorgungssitze geschehen. Wenn kein Versorgungssitz mehr identifizierbar sei, solle bei Praxisaufgaben die KV die Praxen zum Verkehrswert kaufen. Das sei ein Paradigmenwechsel und dem Ärztemangel geschuldet. Um eine flächendeckende Versorgung

sicherzustellen, müssten ÄrztInnen motiviert werden, sich auch in ‚unattraktiveren‘ Regionen niederzulassen. Köhler nannte das Beispiel Berlin, wo 2003 die 12 Planungsbezirke zu einem zusammengelegt wurden. Hier lässt sich seitdem eine deutliche Abwanderung von FachärztInnen, auch PsychotherapeutInnen, aus einkommensschwachen in wohlhabendere Bezirke feststellen.

Die Patiomed AG wurde vorgestellt. Sie sei gegründet worden, um niedergelassenen ÄrztInnen die Chance zu geben, selbständig MVZs zu gründen. Kliniken haben das Kapital, insbesondere, wenn sie börsennotiert sind, und übernehmen immer größere Bereiche der ambulanten Versorgung. Die KVen können als Körperschaften öffentlichen Rechts nicht Einzelne begünstigen. Daher wurde vor einigen Jahren zunächst die Äskulap-Stiftung als Privatinitiative von KV-Vorständen gegründet, dann mit der Ärzte- und Apothekerbank und dem Ärzteverlag die Aktiengesellschaft Patiomed. Sie unterstützt Kooperationsversuche in der Startphase mit Kapital und Management. Ziel ist, einen Marktanteil von 10 – 15% zu erreichen. Die Freiberuflichkeit der Ärzte, die freie Arztwahl sollen gesichert werden, die Patientenversorgung optimiert werden, hohe Behandlungsqualität gesichert werden und damit eine Qualitätsmarke aufgebaut werden. Es soll ausdrücklich keine Konkurrenz zu anderen Vertragsärzten, kein Verdrängungswettbewerb aufgebaut werden.

Zur Entwicklung der Vergütungsreform konnte noch nichts weiter gesagt werden, weil die Daten der KVen noch nicht vorlägen. Die Einführung der Kodierrichtlinien wolle Köhler ein Jahr aussetzen, zumal der Zuwachs der MGV nicht zu 100% an der Morbidität orientiert werde.

Eva Schweitzer-Köhn

IMPRESSUM

Herausgeber: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im BDP e.V.

VPP im BDP
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030/20 63 99 - 0
Fax: 030/20 63 99 - 12
E-Mail: info@vpp.org
www.vpp.org

V.i.S.d.P.:
Heinrich Bertram
Berlin

Redaktion:
Karin Dlubis-Mertens
Berlin

Gestaltung:
Staadon von Boxberg
Werbeagentur GmbH
Köln

Druck:
RRD Rhein-Ruhr Druck
GmbH & Co. KG
Dortmund

Bezugspreis im VPP-Mitgliedsbeitrag enthalten.

Kommentar:

Beruhigend klingt zunächst, dass die Honorare 2011 nicht vermindert werden sollen, d.h. die Honorarmenge insgesamt. Damit ist noch nichts über die Verteilung der Honorare auf die einzelnen Arztgruppen und KVen gesagt. Bei der vorgesehenen asymmetrischen regionalen Verteilung ist für uns PsychotherapeutInnen darauf zu achten, dass die bundesweit einheitliche Vergütung für die Richtlinienpsychotherapie erhalten bleibt und die derzeitigen Regelungen zumindest nicht unterschritten werden. Die Überlegungen zur kleinräumigen Versorgungsplanung, die die Morbidität der Bevölkerung einbeziehen soll, entsprechen in der geäußerten Intention unserer jahrelangen Forderung nach einer am tatsächlichen Behandlungsbedarf orientierten Bedarfsplanung. Es darf jedenfalls nicht auf den bisherigen Verhältniszahlen aufgesetzt werden, weil dann notwendige Psychotherapeutesitze wegfallen würden. esk

Das Eckpunktepapier des BMG finden Sie hier:

http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1945390/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2010/pm-10-07-06-gesundheitsreform.html?__nnn=true

„Dringend brauchen wir ein Ende der fehlgeleiteten Konkurrenz, die auf Ausschaltung gerichtet ist“

Tagung des GKII zur Nutzenbewertung von Psychotherieverfahren

Ausgangspunkt für eine weitere inhaltliche Tagung des GKII, wie sie am 17.7.10 mittlerweile zum dritten Mal stattfand, war die Veröffentlichung der Metaanalyse von Leichsenring und Rabung: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. Wichtige Ergebnisse dieser Metaanalyse sind:

1. Psychodynamische Langzeittherapie ist mit einer Effektstärke von $d=0.96$ vs. 0.47 den Vergleichsverfahren (Kurzzeittherapien) überlegen.
2. Als wichtigster Faktor für die Wirkung wurde die Anzahl der Behandlungsstunden identifiziert.
3. Es wurde kein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Therapiemanualen und dem Behandlungserfolg festgestellt.
4. Die in randomisiert-kontrollierten Studien beobachteten Effekte der psychodynamischen LZT unterscheiden sich nicht wesentlich von denen in Beobachtungsstudien.

Daraus folgt: Wenn die Anzahl der Behandlungsstunden einen so hohen Einfluss hat, greifen viele RCT-Studien mit meist recht kurzen Behandlungszeiträumen zu kurz und geben keine verlässliche Aussage darüber her, was ein Verfahren für die Versorgung tatsächlich leisten kann. Wenn Therapiemanuale so wenig Einfluss auf das Ergebnis haben, sollte ihnen auch zur Beforschung des Verfahrens nicht eine so große Bedeutung beigemessen werden und sollten sie auch nicht bei der Beurteilung des Nutzens von Psychotherieverfahren für die Versorgung herangezogen werden. Wenn die Effekte, die in Beobachtungsstudien nachgewiesen werden, sich nicht wesentlich von den Ergebnissen von RCT-Studien unterscheiden, dann sollten sie stärkere Berücksichtigung bei der Verfahrensbewertung erhalten.

Dies als Auftakt nehmend, wurde eine Tagung zum Thema Nutzenbewertung von Psychotherieverfahren des GKII angesetzt, nach der Erfahrung der Ablehnung der Gesprächspsychotherapie durch den G-BA wegen angeblich fehlender Nutznachweise und der bevorstehenden Beurteilung der bestehenden Richtlinienverfahren durch den G-BA.

Zu Anfang leitete Norbert Bowe, der Hauptinitiator der Tagung, in das Thema ein: es solle um die „nicht hinreichend offen gelegte Bewertungspraxis des G-BA“ gehen, „die erstmalig bei der Bewertung der GPT zutage getreten“ sei und jetzt auf die Richtlinienverfahren angewandt werden solle. G-BA-Entscheidungen seien von fundamentaler Bedeutung. Eine Besonderheit bestehe darin, dass eine positive Bewertung durch den WPB und die daraus folgende Ausbildungsberechtigung durch eine negative Entscheidung des G-BA zur Makulatur wird. Es sollte daher in der Diskussion v.a. darum gehen, „wie die Profession einer drohenden Rückentwicklung und Einschränkung der Entwicklungschancen der Psychotherapie

und der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland begegnen kann.“

Bowe bemerkte am Schluss noch, dass die zu scharf und fehl eingestellten Raster der Nutzenbewertung des G-BA z.T. auch Ausdruck einer historischen Entwicklung seien: „In Deutschland musste die zunächst als Richtlinienverfahren im System repräsentierte PA in den 80er Jahren der VT aufgrund der erdrückenden Studienlage einen Platz in der Krankenversorgung einräumen. Aus dieser Zeit stammt noch eine z.T. von gegenseitiger Abwehr und von unterschiedlichem Dünkel getragene Konkurrenzsituation, die erst recht keinen Platz für ein drittes Psychotherieverfahren entstehen ließ. Erst wurden die Kriterien der PA gegen die Neuen gewandt, dann die der VT. Eine inzwischen entstandene erdrückende Universitätsübermacht der VT und eine erstarkende evidenzbasierte Medizin haben einem Forschungsparadigma teilweise eine allein seligmachende Bedeutung verschafft, dass sich die gesamte psychotherapeutische Versorgung als nachgeordnetes Anwendungsfeld zu unterwerfen sucht. (...) Dringend brauchen wir (...) ein Ende der fehlgeleiteten Konkurrenz, die auf Ausschaltung gerichtet ist. Wenn es gelänge, nicht nur in Lippenbekenntnissen, sondern in echter Anerkennung und aus authentischer Haltung heraus die jeweiligen Forschungs- und Versorgungsleistungen der jeweils anderen Verfahrensrichtung zu würdigen, wäre ein sorgfältiger Umgang miteinander möglich und das gemeinsame Interesse an einer guten Psychotherapie in besten Händen.“

Im ersten TOP „Stand der Nutzenprüfung von Gesundheitsleistungen“ wurde festgestellt, dass „wir schlechter mit uns umgehen, als es im Methodenpapier des IQWiG drin steht“: Im Unterschied zur Medikamentenzulassung, bei der die Nutzenprüfung erst nach der Zulassung erfolgt, ist der Nutznachweis bei Psychotherieverfahren Voraussetzung für die Zulassung. Der G-BA habe den Nutzen für die Versorgung zu prüfen, die Wirksamkeit sei bereits durch den WBP festgestellt. Real gebe es kaum Studien zum Nutzen von Psychotherieverfahren. Der G-BA habe daher eine noch strengere Wirksamkeitsprüfung durchgeführt, als es der WBP schon getan hat. Nutzenbewertung erfordere Versorgungsstudien, die erst nach Zulassung erfolgen könnten. Andere Modelle der Nutzenbeurteilung, z.B. unter Beteiligung von Bürgerforen, wurden diskutiert, da die Bewertung von Nutzen immer gesellschaftliche Werte impliziert, die diskutiert werden müssten.

Unter TOP 2 „Placebo, Mittel, Technik, Präferenz und therapeutische Beziehung – Aussagekraft von vergleichender Nutzenbewertung angesichts von Differenzialindikation und

GKII - TAGUNG NUTZENBEWERTUNG

Präferenz“ stellte Norbert Bowe fest, dass RCT-Studien mit Randomisierung bei der Psychotherapie zur Nutzenbewertung ungeeignet sind, da Patientenpräferenzen beim Therapieerfolg einen großen Anteil haben. „Letztendlich kommt es darauf an, was hinten raus kommt.“ Der Effekt einer Psychotherapie sollte erst nach 2 – 5 Jahren festgestellt werden. Hier müssten in der Profession gemeinsame Kriterien festgelegt werden und alle müssten daran teilhaben können, nicht nur die Verfahren, die zufällig schon im System sind. Was soll z.B. untersucht werden: nur die Veränderung des Symptoms oder z.B. die Veränderung von Krankenhaustagen, AU-Tagen bei PatientInnen vor/nach einer Psychotherapie wie bei der bekannten Dührssen-Studie aus den 60er Jahren, die zur Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die GKV-Versorgung geführt hatte?

Im TOP 3 „Beitrag der RCT zur Nutzenbewertung“ stellte zunächst Heiner Vogel die Studiendesigns zur Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie vor. „Wirksamkeit ist am schönsten nachzuweisen mit RCTs“, mit Kontrollgruppen, um Alternativ-Einflussfaktoren auszuschließen. Das garantiert eine hohe interne Validität. Fraglich ist dann die externe Validität: Wieviel hat die Behandlung unter Studienbedingungen mit monosymptomatischen PatientInnen, meist StudentInnen, weil man die zu Studien verpflichten kann, mit der Behandlung im Alltag, im Versorgungskontext, gemeinsam? Als Handelnde im Gesundheitswesen haben wir den Anspruch, nach der höchstmöglichen wissenschaftlichen Evidenz zu handeln. Von diesem Erkenntnisinteresse der Profession zu unterscheiden seien Forderungen nach Wirksamkeits- bzw. Nutznachweisen zum Zweck der Überzeugung von Kostenträgern, die die Psychotherapie bezahlen sollen, betonte Mark Helle. Er erläuterte, dass die APA 1995 zu RCT-Studien kam aus der Angst, mit der Medikamentenforschung der Pharma-Industrie nicht mithalten zu können. Gewinner der RCT-Forschung im Bereich psychotherapeutischer Verfahren seien die Verhaltenstherapie und „Psychologen, die einem Forschungsideal des 19. Jhds. verhaftet sind“ (MH). Verlierer der RCT-basierten Forschung seien die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie, die eher strukturorientiert, weniger symptomorientiert sind. Es würden derweil Realitäten geschaffen: „Wir erzeugen ein verkürztes medizinisches Verständnis von Psychotherapie.“ (MH) Psychotherapie sei aber etwas anderes als ein Medikament. Davon sollte der G-BA überzeugt werden.

Im TOP 4 „Kritik am Bewertungsverfahren des G-BA“ stellte Rainer Richter fest, dass fachliche Argumente in der Diskussion gemischt werden mit politischen Interessen. Er plädierte dafür, innerhalb des Systems möglichst viel von der Psychotherapie zu retten. Die Konsequenz könne nicht sein, dass wir uns aus dem System zurückziehen. Viele Bestimmungen seien so gestrickt, dass es für neue Verfahren sehr schwierig ist, ins System zu kommen. Er bestätigte, dass wir Nutzen nicht definieren können ohne eine Wertediskussion. Das wäre die Aufgabe der Profession. Wir müssten zunächst vom Nutzen-

begriff der Verfahrensordnung des G-BA und des IQWiG ausgehen und da gestalterisch eingreifen. Das Scheitern der GPT im G-BA sieht RR darin begründet, dass der G-BA für sich die Definitionshoheit beansprucht hat. Die Definition der Psychotherapie und eines Verfahrens müsse die Profession machen. Das wäre für RR der WBP und nicht der G-BA. Der G-BA sei eine reine Interessensvertretung der Kostenträger und Leistungserbringer. Die Vertreter der Leistungserbringer im G-BA unterstehen der Weisung des KBV-Vorstands. Auch deshalb müsse die Definitionshoheit in der Profession bleiben. Wir bräuchten eine umfassende allgemeingültige Definition von Psychotherapie, um z.B. zu entscheiden, ob ein Verfahren Psychotherapie ist, ob ein Verfahren neu ist und ob es ein Verfahren oder eine Methode ist. Z.B. die Entscheidung, ob die Neuropsychologie eine Methode, ein Verfahren oder ein Heilmittel ist, müsse in der Profession stattfinden. Kriterien müssten geschaffen werden, mit denen man psychotherapeutische Verfahren operationalisieren kann: beobachtbare Variablen, die auf einer Theorie basieren. Das sollte in der Profession konsentiert werden. „Wenn wir es nicht machen, werden es andere tun.“ Die TK z.B. bezahle ihren Versicherten Deprexis, wenn sie zu lange auf einen Therapieplatz warten müssen. Ist das Psychotherapie? Wenn man die Psychotherapiedefinition von Strotzka oder Orlinski/Howard nehme, dann spielt sich Psychotherapie immer zwischen Personen ab, d.h. nicht zwischen Mensch und Maschine.

Abschließend wurden als Vorschläge für die weitere Diskussion genannt: die Auseinandersetzungen innerhalb der Profession in der Vergangenheit und deren Folgen für den Umgang mit neuen Psychotherapieverfahren zu bearbeiten; die Kritikpunkte an der Bewertung des G-BA zusammenzutragen und als GKII zu Protokoll zu geben; Kriterien für den Nutzen von Psychotherapieverfahren zu konsentieren; Wege aufzuzeigen, wie sich ein neues Psychotherapieverfahren etablieren kann; wenn sich dabei herausstellt, dass das nicht machbar ist, sollten Veränderungen angestrebt werden.

Eva Schweitzer-Köhn

Kommentar: Dies war eine insgesamt sehr inhaltsreiche und wichtige Tagung. Die Zukunft muss zeigen, welche Wirkungen sie tatsächlich hat. Zu den Vorschlägen von BPTK-Präsident Rainer Richter ist aus meiner Sicht anzumerken: Zustimmung kann man sicher dem Vorschlag, dass die Definitionshoheit für Psychotherapieverfahren bei der Profession liegen soll. Ob die Profession allerdings durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie tatsächlich angemessen repräsentiert wird, darüber kann man sehr geteilter Meinung sein. Über das undurchsichtige Besetzungsverfahren hatten wir seinerzeit berichtet. Im Falle der Gesprächspsychotherapie hatte der WBP allerdings eine aktuellere Definition des Verfahrens, wie es derzeit in Deutschland gelehrt wird, für seine Bewertung zugrundegelegt, im Gegensatz zum G-BA, der die GPT auf eine Definition aus den 50er Jahren reduzierte. M.E. wären hier aber die Fachgesellschaften maßgeblich, die auch Träger der Ausbildung im jeweiligen Verfahren und Antragsteller für die Zulassung der Verfahren sind. esk

KV-WAHL NIEDERSACHSEN

Wahlaufruf

An alle Kolleginnen und Kollegen mit Kassenzulassung in Niedersachsen
Wahl zur Vertreterversammlung der KV-Niedersachsen

vom **16.09. - 27.09.2010**

BITTE WÄHLEN SIE UNS,

damit wir Ihre Interessen in die Vertreterversammlung bringen können.

LISTE: BDP/VPP PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Wir wollen uns in der KVN-Vertreterversammlung für unsere gemeinsamen Ziele engagiert und kompetent einsetzen. Wir vertreten alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in allen psychotherapeutischen Verfahren. Unsere Liste repräsentiert Qualität auch durch Verfahrensvielfalt, da durch unsere Kandidaten alle Richtlinienverfahren vertreten sind und weitere psychotherapeutischen Verfahren.

Unser oberstes Ziel ist die Stärkung der Psychotherapie im Gesundheitssystem und in unserer Selbstverwaltung. Unsere Ziele wollen wir durch gute Zusammenarbeit mit den anderen Vertreterinnen und Vertretern voranbringen.

WIR FREUEN UNS AUF IHRE STIMME!

Besonders engagieren wir uns für

- gerechte und zeitrelevante Honorare aller psychotherapeutischen Arbeit
 - Flexibilität des Einsatzes der psychotherapeutischen Methoden
 - Flexibilität im therapeutischen Setting
 - ein angemessenes Bewilligungsverfahren
- Abbau von ausufernden bürokratischen Regeln und Vorschriften
 - wirksame Mitbestimmung in der Selbstverwaltung

Bitte achten Sie auf unseren Wahl-Flyer. Dort finden Sie unsere Vitae und die detaillierte Darstellung unserer Ziele.

Heiner Hellmann
Vors. LFV Niedersachsen

vpp-niedersachsen@t-online.de

www.bdp-niedersachsen.de

KV-Wahlen im Überblick

In diesem Jahr finden in allen KVen die Wahlen zu den Vertreterversammlungen statt. VPP-VertreterInnen treten in einigen KV-Bezirken zur Wahl an, teils mit eigenen Listen, teils in Bündnissen mit anderen Verbänden in gemeinsamen Listen. Bitte achten Sie auf die regionalen Wahlaussendungen für konkrete Informationen: So findet beispielsweise im Vorfeld der Berliner KV-Wahl im November (Wahlauf Ruf folgt) am 25. 10. in der KV Berlin eine Wahlveranstaltung statt zur „Psychotherapie in der GKV“ mit Eva Schweitzer-Köhn, der Spitzenkandidatin des VPP auf der „Liste Psychotherapie Berlin“. Ausführliche Informationen zu den Wahlaussagen des VPP im BDP, zu den Terminen und den vom VPP unterstützten Listen finden Sie auf der Homepage unter: www.vpp.org unter „KV-Wahl 2010“ und im Newsletter Juli/August 2010: <http://www.vpp.org/service/newsletter/2010/08.html>