



5 • 2018

**WIRKUNGS-CHECK – FOLGEN
DER LAUFENDEN GESETZGEBUNG
FÜR DIE VERSORGBASIS**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Wirkungs-Check – Folgen der laufenden Gesetzgebung für die Versorgungsbasis



- 4** **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6** **Folgen der laufenden Gesetzgebung für die Versorgungsbasis**
Maria Klein-Schmeink
MdB, Gesundheitsausschuss, Bündnis 90/Die Grünen



- 9** **Hochwertige psychotherapeutische Versorgung oder Priorisierung?**
Barbara Lubisch
Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)



- 13** **Zur Lösung des Pflegenotstandes**
Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK)



- 18** **Schnell gestartet aber zu kurz gesprungen, das TSVG erfüllt den eigenen Anspruch nicht**
Benedikt Waldherr
Vorsitzender des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)



- 22** **Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – die Kehrtwende in der Reform der ambulanten Psychotherapie?**
Andrea Mrazek
Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK)



- 26** **Ausbildungsverordnung für die Pflegeberufe – die Mundpflege gehört einfach dazu**
Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Diskussion um den Morbi-RSA ist in vollem Gange, mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wird in die bisherige DRG-Logik eingegriffen, beides wird mit grundlegenden, strukturellen Veränderungen verbunden sein.

Warum waren solche Eingriffe notwendig geworden?

Weil genau das eingetreten ist, vor dem Systemkenner vor mehr als zehn Jahren gewarnt haben als, über den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und über die Diagnosis Related Groups höchst kontrovers und teilweise erbittert gestritten wurde.

Von den damals beteiligten Politikern ist keiner mehr in gesundheitspolitischer Verantwortung, aber heute müssen Fehlentscheidungen ausgebügelt werden, vor denen die Systembeteiligten damals eindringlich gewarnt wurden.

Sind solche Fehlentscheidungen denn unvermeidbar?

Ist der beinahe schon trotzig Standpunkt vieler Politiker „das wollen wir dann erst mal sehen“ wirklich akzeptabel? Wir halten dies nicht nur für eine unnötige Kraft- und Mittelvergeudung, sondern auch für eine Missachtung der Kompetenz unserer Versorgungsprofis.

Wir warnen ausdrücklich vor einem solchen Vorgehen, denn die genannten Beispiele zeigen (und es ließen sich viele weitere hinzufügen), dass es extrem aufwendig, teilweise beinahe unmöglich ist, einmal eingeschlagene Irrwege zu korrigieren und – schlimmer noch – zerschlagene Strukturen nachträglich wieder aufzubauen.

Diese Überzeugung war Anlass, dem aktuellen Heft des iX-Forum den Titel „Wirkungs-Check – Folgen der laufenden Gesetzgebung für die Versorgungsbasis“ zu geben und Versorgungsprofis einzuladen, die aktuelle Gesetzes- und Verordnungsflut aus dem Bundesministerium für Gesundheit nach ihren erwartbaren Auswirkungen auf Versicherte und Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten, auf Pflege,

die übrigen Gesundheitsberufe oder auch auf die Ausbildungssituation und den Nachwuchs abzuklopfen.

Anlass für eine solche prospektive Befragung gibt vor allem Jens Spahn selbst.

Auf allen Kanälen inklusive Social Media-Aktivitäten fordert der Minister dazu auf, die Wirkung seiner Arbeit an konkreten Resultaten zu messen. Auch von einer selbst gesetzten zeitlichen Vorgabe ist in seinen Beiträgen oft die Rede – „innerhalb der nächsten zwei Jahre“. Ein Beispiel ist dieses Facebook-Video: <https://www.facebook.com/bmg.bund/videos/971501209679724/>

Was liegt also näher, als schon heute die Versorgungsprofis zu fragen, welche Folgen die aktuellen Gesetze und Gesetzesprojekte nach sich ziehen und wie sich die von Jens Spahn auf den Weg gebrachten Gesetze konkret in der Versorgung auswirken werden.

Werden sich die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen? Was wird sich eventuell sogar verschlechtern – und warum?

Ein Beispiel: Nahezu alle Fachleute prognostizieren, dass die intensiven und kostspieligen Bemühungen um die Verbesserung der Pflegesituation im Krankenhaus mit dem PpSG zu einer massiven Wanderbewegung von Pflegekräften aus der Alten- in die Krankenpflege führen werden. Denn wenn in der ohnehin schon vollkasko-finanzierten Krankenpflege zusätzliche Pflegekräfte eingesetzt werden können, die ihrerseits voll finanziert werden, wie soll da die teilkasko-finanzierte Altenpflege mithalten können? Und wird unter den jetzt neu definierten Rahmenbedingungen die Pflege im Krankenhaus nicht prognostizierbar mit pflegefremden Aufgaben belastet, um Geld zu sparen, wenn man dem nicht einen Riegel vorschiebt?

Müssen wir in zehn Jahren wieder einmal ausrufen: „Das hätte man doch vorher wissen können!“?

Noch aber ist nicht alles zu spät.

Die Stimmen aus der Psychotherapie dürfen als Hinweis verstanden werden, dass dort Grundlegendes im Argen liegt und der Gesetzestext weiterer Überarbeitungen bedarf.

Die Artikel aus der Krankenhaus-Perspektive mögen Anlass bieten, über die Beschränkungen unternehmerischer Freiheiten bei der Führung eines Krankenhaus-Unternehmens grundlegend nachzudenken.

Bedenkenswert ist aber auch, was unterlassen wird. So muss die Ausbildungssituation vieler Gesundheitsberufe schleunigst modernisiert werden, wenn wir gut ausgebildeten Nachwuchs für die Versorgung gewinnen wollen. Schließlich müssten wir doch gerade vermeiden, dass der Nachwuchs sich anderen Tätigkeitsfeldern zuwendet und dass teuer ausgebildete Gesundheitsprofis am Ende nicht etwa in der Versorgung landen sondern in der Industrie, in

der Frustration oder gar im Burnout. Hier ist keineswegs bereits alles getan, was getan werden könnte (oder müsste). Was also passiert, wenn nichts passiert?

Wir wollen mit unserem Heft unsere Leserinnen und Leser anregen, auch aus ihrer eigenen Profi-Perspektive in die Zukunft zu blicken und nach den prospektiven Ergebnissen einzelner Maßnahmen in ihren Tätigkeitsfeldern zu fragen. Die Vorhersage, dass in vielen Fällen B die Konsequenz von A ist, bedarf keiner prophetischen Gaben, von Imponderabilien abgesehen, reicht in der Regel fundierter Sachversand. Das Motto für dieses Heft lieferte der Lyriker Günter Eich mit den Schlusszeilen seines Gedichts „*Betrachtet die Fingerspitzen*“: **„Betrachtet die Fingerspitzen! / Wenn sie sich schwarz färben, ist es zu spät.“**

In der Gesundheitspolitik sollten wir uns endlich einmal ernsthaft bemühen, dieses „zu spät“ zu vermeiden.

Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre ein kreativ-kritisches Vergnügen!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Folgen der laufenden Gesetzgebung für die Versorgungsbasis



Maria Klein-Schmeink

MdB, Gesundheitsausschuss,
Bündnis 90/ Die Grünen

Etwas mehr als ein halbes Jahr nach der langen schwarz-roten Regierungsbildung haben mit dem so genannten Versicherungsentlastungsgesetz und dem Pflegepersonalstärkungsgesetz bereits zwei Gesetze den Bundestag passiert. Ein drittes und viertes Gesetzgebungsvorhaben, das Terminservice- und Versorgungsgesetz sowie ein Gesetz zur Verbesserung der Strukturen im Transplantationswesen stehen unmittelbar vor Beginn der parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren. Man könnte sich nun mit der Frage aufhalten, ob dieses Tempo gut oder schlecht ist. Besser ist aber die Frage, welche Wirkungen diese Gesetze für die Patientinnen und Patienten, für die Versicherten und für die weiteren Akteure im Gesundheitswesen haben werden.

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz setzt Spahn einerseits die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung in der Krankenversicherung sowie deutliche Beitragsentlastungen für kleine Selbständige um. Das werden viele Versicherte Anfang 2019 positiv in ihrem Geldbeutel spüren. Das haben sie allerdings nicht Spahn, sondern der SPD zu verdanken, die das in den Koalitionsverhandlungen durchgesetzt hat, aber bis heute nicht angemessen feiern will oder kann. Dabei ist dies auch ordnungspolitisch ein wichtiger Schritt zurück zu einer gerechten Finanzierung der Gesundheitskosten.

Andererseits zwingt Spahn aber die Kassen durch den von ihm ebenfalls in das Gesetz geschriebenen Zwang zum Rücklagenabbau in einen erneuten Schub im abenteuerlichen Wettbewerb um den niedrigsten Beitragssatz. Das ist der Stempel, den Spahn diesem Gesetz aufdrücken konnte. Von Discounter-Kassen werden die Patientinnen und Patienten im Alltag ganz gewiss keinen Vorteil haben. Viele vor allem ältere oder chronisch kranke Versicherte werden noch stärker mit Kassen ringen müssen, die ihnen Leistungen verweigern. Eine Alternative dazu wäre ein stärkerer Qualitätswettbewerb und mehr Qualitätstransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dann können die Versicherten sehr schnell sehen, bei welcher Kasse sie gut aufgehoben sind und welche durch schlechten Service und mangelndes Engagement für die Versorgung negativ auffällt. Doch Transparenz endet bei Spahn ganz offensichtlich beim Beitragssatz.

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz macht einen Schritt in die richtige Richtung: eine stärkere Finanzierung der Pflege im Krankenhaus. Allerdings haben all die Versuche in den Jahren zuvor zu keiner grundlegenden Problemlösung geführt, sondern nur punktuell wie bei der hochaufwendigen Pflege qualitative Verbesserungen bewirkt. Hier setzt das bereits im Koalitionsvertrag im Grundsatz beschriebene neue Pflegebudget an. Es soll zumindest auf absehbare Zeit zu einer auskömmlichen

Finanzierung von Pflegestellen im Krankenhaus führen. Höchst fraglich ist jedoch, ob das damit intendierte Ziel, nämlich eine bessere Pflege, erreicht werden kann. Das neue Gesetz ist vor diesem Hintergrund weder Fisch noch Fleisch. Es beendet den Anreiz, bei den Pflegestellen im Krankenhaus zu sparen. Zugleich schafft es aber einen neuen Fehlanreiz, Aufgaben aus anderen personell gedeckelten Funktionsbereichen des Krankenhauses in die Pflege zu verlagern – mit fatalen Folgen für die Qualität der Pflege. Und es behebt nicht die maßgebliche Ursache für die Fehlverwendung von für die Pflege vorgesehenen Betriebsmitteln: die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder. Welche Wirkungen das neue Pflegebudget tatsächlich im Krankenhausalltag hat, möchten Spahn und die Große Koalition lieber nicht so genau wissen. Einen Antrag für eine wissenschaftliche Begleitforschung lehnten sie ab. Insgesamt hat das Gesetz Schiefelage, weil es Fachkräftesicherung für das Krankenhaus zu Lasten anderer Pflegebereiche wie den Rehakliniken, der Langzeitpflege und der ambulanten Pflege betreibt. Solange sämtliche Qualitätsverbesserungen in der Altenpflege ausschließlich von den Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren sind, wird sich dort die Situation nicht wirklich verbessern. Dieses Strukturproblem lässt die Koalition außen vor. Weiterhin werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben auf die Pflegeversicherung und die Pflegebedürftigen verlagert. Mittel aus dem Steuerhaushalt für die Pflege werden nicht mal diskutiert.

Ein drittes Gesetz, das Terminservice- und Versorgungsgesetz, wird ab Dezember im Deutschen Bundestag beraten. Und auch hier ist nicht eindeutig, ob die Versicherten, ob die Patientinnen und Patienten davon wirklich profitieren werden. Klar ist, die Regelungen zu den Terminservicestellen werden angeschärft. Nachdem etliche Kassenärztlichen Vereinigungen seit Einführung 2016 viel getan haben, um die Regelung zu unterlaufen, ist das auch naheliegend. Wobei man sich schon fragt, warum nicht

von Anfang an klarere Vorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen wurden.

Von verbindlicheren Regeln können die Patientinnen und Patienten profitieren, weil sie tatsächlich schnell einen Termin bekommen. Doch Spahn, der schon in der Vergangenheit oft den Fehler begangen hat, Honorarsteigerungen für die Ärzte mit einer besseren Versorgung gleichzusetzen, möchte beim Honorar eine kräftige Schippe drauflegen. Wird das Gesetz so beschlossen, werden bald etwa 50 Prozent des fachärztlichen Honorars ohne den ungeliebten Budgetdeckel auskommen. Das wirkt sich im Alltag der Ärztinnen und Ärzte sicher aus, dass die Versicherten dadurch besser versorgt werden, kann man eher bezweifeln.

Spahn versteht es – anders als sein Vorgänger – selbst Kleinigkeiten effektiv zu kommunizieren. Sein neuer Pressesprecher aus der Redaktion der BILD ist da sicher von Vorteil. Spahn erweckt dabei häufig den Eindruck, als müsse er die möglichen Verbesserungen irgendeinem knauserigen Budgetverwalter abringen. Doch das ist nicht der Fall. Der Beitragstopf in der gesetzlichen Krankenversicherung, in den er – ohne sich dafür mit jemandem anlegen zu müssen - greifen kann, ist (noch) gut gefüllt. Dafür sorgt nicht Spahn, sondern tagtäglich die gesetzlich Versicherten. Das Bewerbungsschreiben fürs Kanzleramt, das Spahn mit seinen schnellen Gesetzen wohl aufhübschen möchte, wird von den gesetzlich Versicherten finanziert. Obwohl sich Spahn gerne als konfliktbereiter Macher inszeniert, scheut er Auseinandersetzungen mit dem Finanzminister etwa bei dem angemessenen Beitrag des Bundes für die Empfängerinnen und Empfänger von ALG II. Er scheut den Konflikt mit den Ländern um die Reform der Investitionsfinanzierung bei Krankenhäusern. Und die Scheu des Ministers vor einem Streit mit den Apothekern um die Zukunft der Versandapotheken werden die gesetzlich Versicherten durch höhere Apothekenhonorare bezahlen müssen.

Natürlich kennt Spahn die großen Reformbaustellen unseres Gesundheitswesens: die unsolidarische Finanzierung der Krankenversicherung und die fehlende Wahlfreiheit der privat Versicherten; die mangelnde Kooperation und Vernetzung von ambulanten Einrichtungen, Krankenhäusern und Pflegekräften; die vielen ökonomischen Fehlanreize und daraus resultierende Über-, Unter- und Fehlversorgung. Von der fehlenden Strategie für die Digitalisierung ganz zu schweigen. Spahn kennt all diese Probleme. Sie bestimmen den Alltag vieler Menschen ganz elementar. Weil sie keinen ambulanten Pflegedienst finden, keine Hebamme, keinen Kinderarzt oder monatelang auf einen Psychotherapieplatz warten müssen. Junge Menschen überlegen es sich derzeit sehr gründlich ob sie einen Beruf in der Pflege oder einen therapeutischen Heilberuf ergreifen, da die Rahmenbedingungen viel Mühe bei wenig Einkommen versprechen und somit abschrecken.

Für all diese Baustellen hat Spahn kein tragfähiges Konzept. Man würde sich wünschen, dass Spahn den Alltag der Menschen ernster nimmt, ihn nicht nur ein bisschen mit von den Menschen selbst bezahlten Blümchen herausputzt, sondern Reformen auf den Weg bringt, die zu mehr Solidarität, Zusammenhalt und einer nachhaltig besseren Versorgung führen. Und so den Alltag der Menschen dauerhaft verbessert. Dazu braucht es einen Minister, der mit Herz bei der Sache ist.

Hochwertige psychotherapeutische Versorgung oder Priorisierung?

Barbara Lubisch

Bundvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV)



Patientinnen und Patienten werden durch diese Form der gesteuerten Versorgung jedes Mal gezwungen, sich mit ihrer Leidensgeschichte mehrfach zu offenbaren: Zunächst in der Steuerungspraxis dem Arzt/Psychotherapeuten, der sie in einen Behandlungspfad einordnet, und anschließend in einer anderen Praxis einem weiteren Arzt/Psychotherapeuten, der die Behandlung durchführen kann.

Das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) wird von der DPTV begrüßt, da es zu einer Verbesserung der Personalausstattung und zu Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte beitragen dürfte und in Folge auch die arbeitsbedingten psychischen Belastungen in der Pflege reduzieren kann.

Außerdem begrüßen wir, dass Psychotherapeuten mit dem Gesetz die Möglichkeit erhalten sollen, psychotherapeutische Behandlung per Video durchzuführen. Bei bestimmten Versorgungsnotwendigkeiten und Patientengruppen kann eine Videobehandlung angeboten werden, z.B. bei Menschen mit Behinderungen, bei sehr weiten Anfahrtswegen, Eltern mit Säuglingen/Kleinkindern, älteren Patienten, Patienten mit Auslandseinsatz/-aufenthalt o.ä. Eine datensichere und adäquat finanzierte Infrastruktur ist allerdings erforderlich.

Es versteht sich von selbst, dass die Videosprechstunde nur in Absprache mit den Patienten eingesetzt wird und nicht für alle Patientengruppen gleichermaßen geeignet ist.

Um die Videobehandlung bundesweit zu ermöglichen ist die Öffnung der Musterberufsordnung der Psychotherapeuten für Fernbehandlungen erforderlich. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat das Thema am 17. November 2018 auf der Tagesordnung.

Die mit dem PpSG verabschiedete Verschiebung der Fristen für die Bestellung bzw. Inbetriebnahme des Anschlusses an die Telematik-Infrastruktur um 3 bzw. 6 Monate war überfällig, da die mit den PVS-Systemen der Psychotherapiepraxen kompatiblen Konnektoren nach wie vor nicht lieferbar sind. Das Vertrauen der Psychotherapeuten in diese Technik hat dadurch schon von Beginn an deutlich gelitten.

Dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, (TSVG)

kann in der vorliegenden Fassung nicht zugestimmt werden, da dieses im § 92 SGB V nicht zumutbare Belastungen für psychisch kranke Menschen vorsieht.

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Richtlinie für die psychotherapeutischen Behand-

lungen Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten zu beschließen, wird vom Berufsstand einhellig abgelehnt. Dieser Passus war im Referentenentwurf nicht enthalten und wurde ohne Beratung oder Einbeziehung der Fachverbände kurzfristig hinzugefügt. Erst im Jahr 2017 trat die neue Psychotherapie-Richtlinie in Kraft, durch die bereits eine gestufte Versorgung eingeführt wurde. Diese ermöglicht eine bessere Erreichbarkeit psychotherapeutischer Praxen, einen schnellen Erstkontakt und differenzierte Diagnose- und Indikationsstellung im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde sowie die Akutbehandlung bei besonderer Dringlichkeit. Vor weiteren Änderungen sollte die Evaluation dieser Maßnahmen abgewartet werden.

Der aktuelle Gesetzesvorschlag würde darüber hinaus speziell für die Psychotherapie Ärzte/Psychotherapeuten mit besonderer Qualifikation einführen, die offenbar eine selektierende Priorisierung vornehmen sollen. Dies ist nicht sachgerecht, denn dem behandelnden Psychotherapeuten obliegt im Rahmen seiner Therapiefreiheit und auch aus haftungsrechtlichen Gründen die Diagnose- und Indikationsstellung selbst. Diese kann durch eine zusätzliche Instanz nicht vorweggenommen werden.

Insbesondere wirkt die vorgesehene Regelung patientenfeindlich, wenn man die Folgen für die psychisch erkrankten Menschen genauer betrachtet. Patientinnen und Patienten werden durch diese Form der gesteuerten Versorgung jedes Mal gezwungen, sich mit ihrer Leidensgeschichte mehrfach zu offenbaren: Zunächst in der Steuerungspraxis dem Arzt/Psychotherapeuten, der sie in einen Behandlungspfad einordnet, und anschließend in einer anderen Praxis einem weiteren Arzt/Psychotherapeuten, der die Behandlung durchführen kann. Psychisch erkrankte Menschen haben nachvollziehbar eine hohe Hemmschwelle, sich zu offenbaren und eine Vertrauensbeziehung einzugehen. Eine der Behandlung vorgeschal-

tete zusätzliche diagnostische Instanz erschwert jedoch den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und diskriminiert Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen.

Bereits 2011 hatte die Techniker Krankenkasse in ihrem Abschlussbericht zum Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ festgestellt, dass mehr als 90 % der Patienten, die eine ambulante Psychotherapie aufsuchten, mittelschwer und schwer ausgeprägte psychische Krankheiten aufwiesen. Das kosten- und zeitintensive zusätzliche Aufsuchen einer Steuerungspraxis wäre deshalb auch nicht zweckmäßig, um die Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu verkürzen.

Auch an weiteren Stellen des TSVG sehen wir Änderungsbedarf.

Die Verschiebung der Bedarfsplanungsreform auf den 1. Juli 2019 bedauern wir.

Alle Maßnahmen zur Stärkung der Terminservicestellen können vor allem dann die Patientenversorgung verbessern, wenn ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot an Therapieplätzen besteht. Die Verringerung der Wartezeit auf ein Erstgespräch durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist bereits jetzt erkennbar, dennoch konnte durch diese Maßnahme die Wartezeit auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie in vielen Regionen nur leicht verringert werden. Da die Kapazität der Versorgungsleistung nicht erhöht wurde, ist dieses Ergebnis nicht verwunderlich. Durch eine Änderung der Bedarfsplanung ist eine gezielte Erhöhung der Anzahl von Psychotherapeuten in schlechter versorgten Regionen anzustreben. Dazu gehören insbesondere ländliche Regionen sowie die angeblich mitversorgten Regionen im Umland größerer Städte. Die den Patienten mit dem Konzept der Berufspendlerströme aufgezwungenen Wegezeiten benachteiligen insbesondere Kinder, Jugendliche und nicht im Erwerbsleben stehende Patientinnen und Patienten.

Im Zuge der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sind nach unserer Auffassung die Sicherheitsstandards für den Schutz der Versichertendaten und den Datenaustausch zu überdenken. Es ist unabdingbar, dass die Patienten die Nutzung der ePA auch ablehnen können – das ist für uns ein selbstverständlicher Teil der Patientenautonomie. Auch die Ausarbeitung eines differenzierten Berechtigungsmanagements in Übereinstimmung mit Patientenrechten und Vorschriften zur Schweigepflicht halten wir für unerlässlich.

Für die Nutzer der ePA ist es sicher anwendungsfreundlicher, über Apps auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen zu können. Gleichzeitig ist klar, dass der Datenschutz damit deutlich schlechter ist, als bei einem Zugriff nur zusammen mit dem Heilberufsausweis eines Leistungserbringers und der elektronischen Gesundheitskarte des Patienten. Die von namhaften IT-Experten geäußerten Bedenken hinsichtlich des Schutzes persönlicher Angaben, z.B. beim Verfolgen und Speichern der Suchbewegungen von Handy-Apps auf Fremdservern, sollten unbedingt ernst genommen und gesetzlich geregelt werden – für die Psychotherapeuten wie auch für die Patienten sind diese Datenschutz-Fragen kaum noch durchschaubar, jedoch ein höchst sensibel anzugehendes Thema.

Eine Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden unterstützen wir nicht, weil davon keine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erwarten ist. Ärzte und Psychotherapeuten stehen nach aktuellen Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) bereits jetzt 50 Stunden in der Woche für die Patientenversorgung zur Verfügung. Davon stehen Psychotherapeuten 31 Wochenstunden in direktem Kontakt zu den Patienten. Psychotherapeuten bevorzugen auch keine Privatpatienten, was sich daran zeigt, dass lediglich 10 % des Gesamtumsatzes auf Privatbehandlungen entfallen. Darüber hinaus halten wir die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit für einen schädlichen Eingriff in die Freiberuflichkeit und den Erhalt flexibler Versorgungsmodelle.

Positiv beurteilen wir, dass die Absicht des Koalitionsvertrages zur Stärkung der sprechenden und zuwendungsorientierten Leistungen aufgegriffen wird. Wir begrüßen deshalb den Vorschlag, den einheitlichen Bewertungsmaßstab auf Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ hin zu überprüfen. Sofern allerdings mit sprechender Medizin dezidiert Gesprächsleistungen gemeint sind, ist die Vorschrift in dieser Form nicht geeignet, das erwünschte Ziel zu erreichen.

Psychotherapeuten und Psychiater behandeln ihre Patienten fast ausschließlich mit Gesprächsleistungen, die im EBM mit einer bestimmten Mindestzeit versehen sind. Diese Leistungen können weder an Praxispersonal delegiert noch durch den Einsatz von Technik rationalisiert werden. Daraus resultiert, dass Psychotherapeuten und Psychiater mit ihren Einkommen immer weiter hinter den Einkommen der somatisch tätigen Arztgruppen zurückbleiben und dass sie seit jeher die Fachgruppen mit den geringsten Einkommen sind.

Aufgrund dieser Erfahrung wäre es sinnvoll, die Änderung im § 87 Absatz 2 so konkret zu fassen, dass im Ergebnis tatsächlich eine gezielte Höherbewertung der Gesprächsleistungen, die mit Mindestzeiten versehen sind, resultiert.

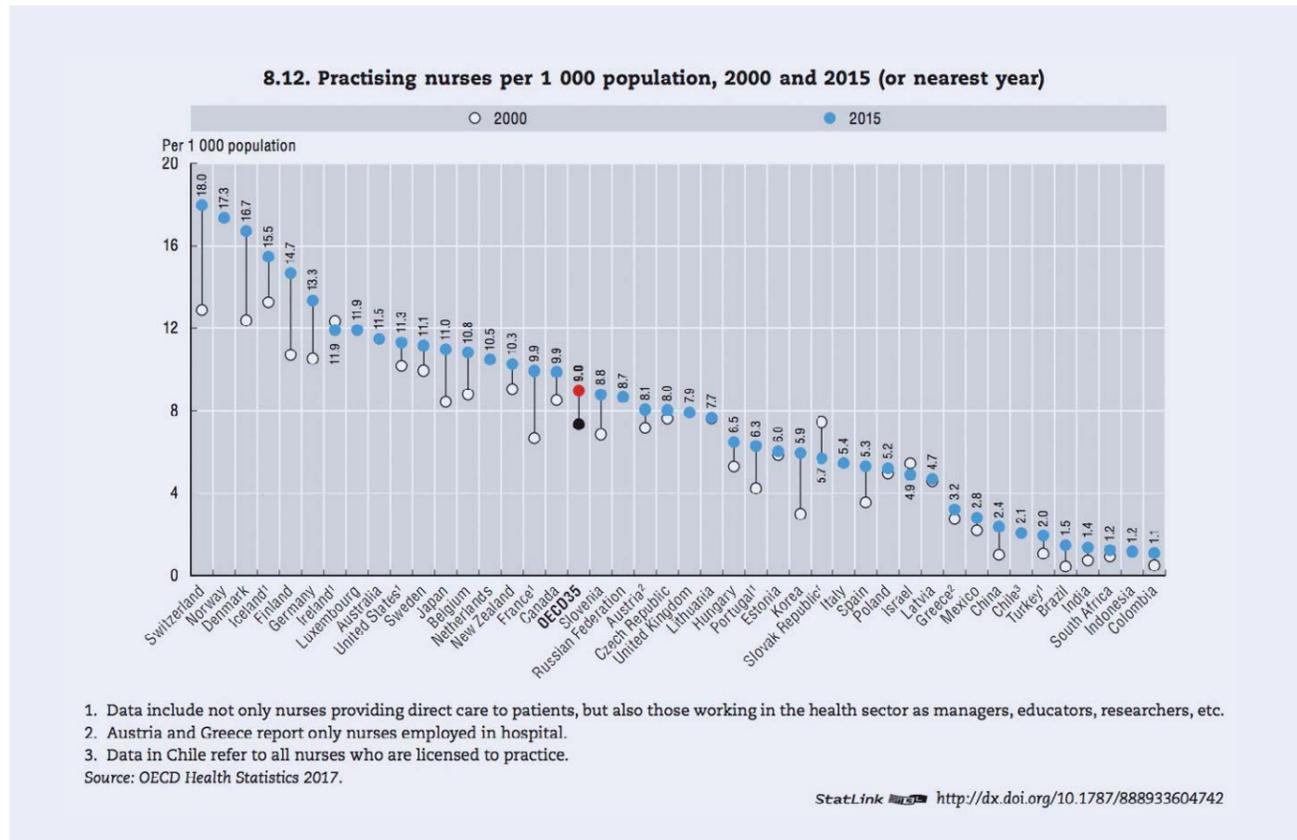
Nicht nur verabschiedete Gesetze haben deutliche Auswirkungen, auch das Ausbleiben von sinnvollen Gesetzesvorhaben hat Auswirkungen: Seit Jahren bestehen Probleme bei der Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeuten, insbesondere der unregelmäßige Zugang zur Ausbildung sowie die berufs- und sozialrechtlich unzureichende Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA). Hier erwarten wir dringend den Referentenentwurf des **Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes!**

Zur Lösung des Pflegenotstandes

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK)



Erinnern Sie sich noch? Der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn war kaum im Amt, da kündigte er bereits neue Gesetzesvorhaben zur Behebung des Pflegenotstandes an. Die Verbesserungen in der Pflege, in der medizinischen Versorgung sowie die Entlastung von Arbeitnehmern bei den Kassenbeiträgen wollte er so schnell wie möglich auf den Weg bringen. Besonders der Pflegenotstand, das Groko-Topthema schlechthin, dulde keinen Aufschub mehr.



Auf Gesetzesentwürfe folgten Verordnungen und umgekehrt. Nun ist der Pflegenotstand kein Phänomen des Jahres 2018. Diejenigen unter uns, die schon länger dabei sind, werden sich erinnern, dass dieses Problem bis in die 90er Jahre zurückreicht und schon dort Gegenstand gesetzlicher Initiativen war.

Erstens: Mit 13,3 praktizierenden Pflegekräften je 1.000 Einwohner ist Deutschland besser als die meisten europäischen Nachbarn ausgestattet.
Zweitens: Die Unterstellung, die Krankenhäuser hätten massiv Pflegekräfte abgebaut, stimmt nicht. Sie beschäftigen mit 437.648 Vollkräften im Pflegedienst mehr Pflegekräfte als zum Stichtag 31.12.1991 mit 389.511 Vollkräften.

Interessant ist ein Blick auf die Fakten:



Nun hat die Bundesregierung das Thema erneut auf die Tagesordnung gesetzt und der Pflege versprochen, dass sie die Rahmenbedingungen verbessern möchte und Vertrauen zurückgewinnen will. Präsentiert hat sie ein Maßnahmenbündel aus Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalstärkungsgesetz. Deren Kern besteht im Wesentlichen aus den Elementen verbindliche Personalvorgaben für die Pflege und Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG, verbunden mit einer verlässlicheren Finanzierung. Nun sollte man nicht den Untergang des Abendlandes skizzieren. Dennoch haben die Absichten der Bundesregierung deutliche ordnungspolitische Schwächen, das Potential, die Zahl der Krankenhäuser deutlich zu reduzieren.

Vorweg muss gesagt werden: Ja, die Arbeitsbelastung in unseren Krankenhäusern hat sich für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Krankenhäusern spürbar erhöht. Die Zahl stationär behandelter Patienten stieg im Zeitraum von 2007 bis 2016 von rund 16 auf 19 Millionen. Ihre Behandlung erfolgt in immer weniger Krankenhausbetten und in immer kürzerer Zeit. Nach rund sieben Tagen werden Patienten heute wieder entlassen. Der rasante medizinische Fortschritt und das steigende Lebensalter der Patienten stellen dazu noch neue Anforderungen an die Pflege. Viele Pflegekräfte in den Krankenhäusern beklagen, dass sie unter einem permanenten enormen Arbeitsdruck stehen und keine Zeit für die Patienten haben. Schauen wir uns an, was zur Problemlösung alles auf der Tagesordnung steht:

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Personaluntergrenzen sollen den zentralen Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nach mehr Kolleginnen und Kollegen erfüllen. Außerdem soll gefährliche Pflege durch Vermeidung von Personalknappheit vermieden werden.

Wird die PpUGV ab dem 1.1.2019 für die pflegeintensiven Krankenhausbereiche das versprochene Ziel erreichen? Der BDPK sagt vielleicht. In der Problemanalyse stimmen wir überein. Wir brauchen mehr Kolleginnen und Kollegen

in der Pflege, die die Krankenhäuser auch bezahlen können. Ob die Personaluntergrenzen eine echte Problemlösung sein werden, muss doch eher bezweifelt werden. Denn sie werden den Personaleinsatz normieren und sanktionieren, was nicht unbedingt verbessern heißt. Die Schwachstellen der Personaluntergrenzen offenbaren sich dann auch schnell beim Versuch der Umsetzung. Wo liegt die Schwelle für die richtige Personalausstattung? Welches Krankenhaus hat genug und welches zu wenig Pflegepersonal? Ein Problem, vor dem auch die mit der Umsetzung beauftragten Selbstverwaltungspartner von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft standen. Eine inhaltlich schlüssige Antwort konnten sie nicht geben, weshalb am Ende das BMG mit einer Rechtsverordnung die Entscheidung getroffen hat. Dazu haben sie mit enormem Zeitdruck die Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern per Fragebogen erfragt. Die Ergebnisse lagen unerklärlich weit auseinander. Schlüssige Erklärungen dafür waren nicht zu finden. Dennoch ließ man Fünfe gerade sein und hat diese Datengrundlage für die weitere Umsetzung herangezogen. Im nächsten Schritt musste dann die Grenze zwischen guter und schlechter Pflegepersonalausstattung festgelegt werden. Das Verfahren hierfür erinnert mich eher an ein Pokerspiel als an ein valides Verfahren, das einen gewissen wissenschaftlichen Anspruch nachweisen kann. Gefährden die Krankenhäuser mit einer Personalausstattung aus dem Bereich der unteren 10% oder der unteren 25% die Patienten oder kann man diese Aussage so gar nicht treffen, weil die Pflegequalität gar nicht gemessen wurde? Krankenkassen und Gesundheitsministerium waren der Auffassung, dass Krankenhäuser mit einer Personalausstattung für Pflege aus dem unteren Quartil nachbessern müssen. Als letzten Schritt muss man nun noch die Sanktionen festlegen. Ab welcher möglichen Unterschreitung der Personaluntergrenzen soll es Sanktionen geben und wie hoch und schmerzhaft sollen die sein? Diese Frage ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses für diesen Artikel noch nicht geklärt.

Die Kliniken in privater Trägerschaft halten die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für kein geeignetes Mit-

tel zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Personaluntergrenzen sind in den Krankenhäusern nicht rechtssicher anwendbar. Deutlich wird dies an der Formulierung in § 137i Abs. 1 SGB V, wonach Personalverlagerung aus anderen Krankenhausbereichen (gemeint sind wohl Krankenhausabteilungen) zu vermeiden sind. Ein solches Organisationsverständnis von Krankenhausabteilungen mit unverrückbarem Personalkörper geht weit hinter die heute gelebte abteilungsübergreifende Personaleinsatzplanung zurück. Zukünftig wird wohl weniger der Gesundheitszustand des Patienten über die Krankenaufnahme entscheiden als denn die tagesgenaue Personalausstattung. Krankenhausbetten müssen geschlossen werden, wenn die gewünschte einheitliche Personalausstattung infolge Erkrankung von Mitarbeitern nicht zur Verfügung steht. Absurd wird es, wenn das Personal aus einer anderen, nicht voll belegten Abteilung, nicht in der mit Engpass aushelfen darf.

Zweifel bestehen zudem an der Reihenfolge der geplanten Vorgehensweise der Bundesregierung. Wäre es nicht klüger, zunächst konkret festzulegen, wie denn Personaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen unter Berücksichtigung der Intensivseinheiten und der Besetzung im Nachtdienst konkret aussehen sollen? So bleiben zu viele Fragen unbeantwortet, z. B. nach dem „Wo“ und „Wie“ der praktischen Machbarkeit, der Finanzierung, dem bürokratischen Aufwand mit Dokumentation und Überprüfung, und ob die gewollten Ziele, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und die Belastung der Pflegekräfte zu reduzieren, erreicht werden können.

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

Es ist zu begrüßen, dass die Bundesregierung mit den Maßnahmen des Gesetzentwurfs die Pflegekräfte in Krankenhäusern entlasten will. Voraussetzung dafür ist die Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften, die nur gelingen kann, wenn es neue Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt gibt und die Finanzierung verlässlich sichergestellt ist.

Dafür sieht das Gesetz kurzfristige Maßnahmen zur Stärkung der Pflege ab 2018 vor wie das weiterentwickelte

Pflegestellenförderprogramm und den vollen Tarifausgleich. Diese Maßnahmen sind geeignet, die Situation der Pflege durch Neueinstellungen zu verbessern.

Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen ab 2020 wird allerdings keinen darüberhinausgehenden Nutzen für die Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften in den Krankenhäusern haben. Diese ist im Ergebnis lediglich eine ordnungspolitisch fragwürdige Wiedereinführung des Selbstkostendeckungssystems für die Pflegepersonalkosten, die das DRG-System zerstören, ohne dass es dafür eine sinnvolle Alternative gäbe. Sollte trotz dieser Risiken an der Neuregelung festgehalten werden, empfehlen wir dringend den Zeitraum zur Vorbereitung des Systemwechsels, um mindestens ein Jahr bis zum Jahr 2021 zu verlängern.

Die Vorstellung des Gesetzgebers, sich dabei zum einen ausschließlich auf examinierte Pflegekräfte und zum anderen nur auf deren Tätigkeit unmittelbar am Patienten fokussieren zu können, ist praxisfern und nicht sinnvoll organisierbar. Dies erfordert theoretische und praxisferne Festlegungen, die mit der Realität der Patientenversorgung im Krankenhaus nicht in Übereinstimmung zu bringen sind.

Denn:

- Jeder Pflegeassistent schafft durch seine Tätigkeiten (Essenausgabe, Bettendesinfektion, Transportdienste zu Untersuchungen) Freiräume für die Tätigkeit examinierter Pflegekräfte am Patienten. Die Krankenhäuser sind vielmehr dringend auf diesen Personalmix angewiesen, um die examinierten Pflegekräfte zu entlasten. Der Versuch, examinierte Pflege und Pflegeassistenz zu trennen, birgt die Gefahr, dass examinierte Pflegekräfte zukünftig wieder weniger qualifizierte Tätigkeiten übernehmen müssen.
- Die Rückkehr zur Selbstkostendeckung wird die erreichten Fortschritte zur sinnvollen und qualifikationsgerechten Arbeitsteilung rückgängig machen. Sie nimmt Krankenhäusern Anreize zur sinnvollen organisatorischen Weiterentwicklung und stoppt Innovati-

onen. Warum sollte ein Krankenträger in moderne Infrastruktur wie Robotics oder pflegeentlastende IT investieren, wenn er stattdessen subventionierte Pflegefachkräfte einstellen kann?

- Die Fokussierung auf tagesbezogene Pflegekostenerstattung stoppt den medizinisch sinnvollen und politisch gewollten Anreiz zur Verkürzung der Verweildauern. Diese sind schon heute im internationalen Vergleich deutlich länger. In der Folge würden mehr Krankenhausbetten benötigt.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betonte in seinem kürzlich veröffentlichten Gutachten kritisch: „Eine Vergütung der Pflegekosten analog zum früheren Selbstkostendeckungsprinzip beinhaltet zahlreiche Risiken“. Besonders bedenklich ist, dass trotz der vorgesehenen Ausgliederung ein bundeseinheitlicher Pflegeerlöskatalog als Abrechnungsinstrument entwickelt werden soll, der offensichtlich einen Leistungsbezug für Pflegekosten vorsieht. Hierdurch würden unvereinbare Elemente unterschiedlicher Finanzierungssysteme vermischt. Die im Gesetz vorgesehene Kürzung des Pflegezuschlags wird von uns abgelehnt. Sie würde der Krankenhausversorgung ab dem Jahr 2020 jährlich 300 Millionen Euro entziehen und wäre konträr zum Ziel der Verbesserung der Situation der Pflege.

Ein besonderes Augenmerk muss auf die Folgewirkung der gesetzgeberisch geplanten Maßnahmen für die rund 30.000 Pflegekräfte in Rehabilitationskliniken gerichtet werden: Wenn Krankenhäuser und Pflegeheime die Personalkosten für zusätzlich eingestellte Pflegekräfte erstattet bekommen, werden sie versuchen, gut und fertig ausgebildete Pflegekräfte in den Rehabilitationskliniken abzuwerben. Die Tatsache, dass für die Krankenhäuser und Pflegeheime so gut wie keine zusätzlichen Personalkosten anfallen, schafft Raum für Abwerbprämien und Gehaltszuschläge, denen die Rehabilitationskliniken finanziell nichts entgegenzusetzen haben. Der Verlust von Pflegekräften in der Rehabilitation würde die Anschluss-

versorgung für Krankenhauspatienten, beispielsweise nach Schlaganfall, Herzchirurgie, Gelenkersatz und Krebserkrankungen gefährden. Deshalb müssen auch die Rehabilitationseinrichtungen wirksame Refinanzierungsmöglichkeiten für steigende Personalkosten erhalten! Auf die existenzielle Bedrohung haben die Verbände der Reha-Leistungserbringer mit vielen Pressemeldungen hingewiesen. Derzeit werden Preissteigerungen in der Rehabilitation durch die Grundlohnrate begrenzt. Diese Regelung muss für Rehabilitationseinrichtungen in § 111 SGB V explizit außer Kraft gesetzt und die Möglichkeit der Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten im Bereich Pflege geschaffen werden.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)

Mit dieser Verordnung möchte der Gesetzgeber dazu beitragen, den Pflegeberuf wieder attraktiver zu machen und ergänzt mit Details zur Ausbildungsstruktur, den Ausbildungsinhalten, den Prüfungen und der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse das 2017 verabschiedete Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Aus Sicht des BDPK, findet auch hier wieder die medizinische Rehabilitation zu wenig Berücksichtigung - sowohl im Pflegeberufe-Gesetz als auch in den Praxiszeiten der Ausbildung. Um eine vollumfängliche generalistische Ausbildung gewährleisten zu können, sollte es verpflichtende Praxiszeiten in Reha-Einrichtungen geben. Das ermöglicht den Auszubildenden, die bestehende Versorgungskette (Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge) in Gänze zu erfassen. Ergänzend kommt hinzu, dass Pflegeprozesse in der Reha über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können. Zudem ist die Pflege in der medizinischen Reha sehr gut planbar und fördert eine umfassende und gute Pflegeausbildung. Dazu gehören u. a.: das Erlernen ICF-orientierter Pflegeanamnesen, die Formulierung von Pflegegediagnosen oder die Durchführung von Pflegevisiten.

Schnell gestartet aber zu kurz gesprungen, das TSVG erfüllt den eigenen Anspruch nicht

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Vorsitzender des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)



Gerade Menschen mit psychischen Problemen benötigen einen niedrighwelligen Zugang zur Psychotherapie. Es bleibt das Hauptproblem, dass bei der Zahl der Behandler noch immer Engpässe insbesondere in ländlichen Bereichen existieren.

Als der erste Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) Ende Juli veröffentlicht wurde, dominierte in der Wahrnehmung aller psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen zunächst die zentrale Aussage, dass der Gesetzgeber die „sprechende Medizin“ stärken möchte, eine Botschaft, die in diesen Fachgruppen naturgemäß gerne gehört wird. Sehen sie sich doch als die Fachgruppen an, deren Vertreter mit dem größten Hintergrundwissen und entsprechend entwickelter Behandlungstechnik mit den Patienten sprechen. In der Psychotherapie sind Wort und Sprache zentrales Heilmittel. Allerdings scheint mit „sprechender Medizin“ eher eine allgemein zuwendungsorientiertere Medizin, die persönlich zwischen Arzt und Patient erfolgte Behandlung, gemeint zu sein. Wie es ein KBV-Funktionär einmal formulierte: „Sprechende Medizin umfasst alle Behandlung, bei der der Patient noch bei Bewusstsein ist!“

Im Gegenzug verheißt das TSVG von Minister Spahn eine grundlegende Überprüfung der Ausgaben für technische Untersuchungs- und Diagnoseleistungen. Hierbei sollen die immer noch gültigen Kalkulationen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, EBM, auf den Prüfstand gestellt werden, die zweifellos zu einer Zeit entstanden sind, als die Kosten und die für eine technische Leistung benötigte Zeit noch höher lagen als heute.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Ohne Zweifel haben sowohl technische Leistungen als auch die Zeiten des Gesprächs und der Zuwendung zum Patienten ihre Berechtigung im medizinischen System, beide verdienen gleichermaßen eine angemessene Vergütung.

Die psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen profitieren nur marginal von den Ideen zur geplanten finanziellen Förderung

Wichtigster Inhalt des Gesetzes ist die schnellere Vermittlung von Terminen bei Haus- und Fachärzten. Hierbei sollen die Terminservicestellen (TSS) eine zentrale Rolle

einnehmen, die die Erreichbarkeit rund um die Uhr unter einer zentralen Nummer garantieren. Gefördert werden soll dies durch finanzielle Anreize für die Bereitstellung von Behandlungsterminen, die über die TSS vermittelt werden, oder für eine schnelle Vermittlung durch die Hausärzte. Hier sei angemerkt, dass die psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen mit ihren geringen Fallzahlen nur marginal von den Ideen zur geplanten finanziellen Förderung profitieren werden. Bei dringendem Behandlungsbedarf werden bereits jetzt alle Termine über die TSS vermittelt. In einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist die Nachfrage nach Psychotherapeutischen Sprechstunden in den Terminservicestellen nach kurzer Zeit bereits so stark angestiegen, dass über die Refinanzierung dieses Serviceangebotes im Haushalt der betreffenden KVen nachgedacht werden muss.

Von Seiten des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten bvvp haben wir uns im August 2018 für die Umsetzung der positiven Ansätze ausgesprochen, die in dem Gesetzesentwurf vereinzelt enthalten sind.

Leider fehlte auch im ersten Entwurf schon eine überzeugende Strategie, um den Ärztemangel, der letztlich der Hintergrund für Versorgungsentpässe ist, sinnvoll anzugehen. Hierzu finden sich im TSVG überhaupt keine Überlegungen. Der bvvp, als größter gemischter Verband aus Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, mahnt seit langem eine wirksame Strategie für die Erhöhung des ärztlichen Nachwuchses in der Psychotherapie an.

Das TSVG verkehrt hier im Bereich der Behandlung psychisch kranker Menschen seinen Hauptzweck ins Gegenteil und baut auf dem Weg in die Psychotherapie neue Hürden auf

Der Kabinettsentwurf des TSVG vom 26. September überraschte dann mit einem für die psychotherapeutisch tä-

tigen Fachgruppen inakzeptablen Zusatz im § 92 Abs. 6a SGB V. Dort wird von einer gestuften Versorgung für psychisch kranke Menschen gesprochen, die in ihrer hierarchisch angelegten Form das Erstzugangsrecht dieser Patientengruppe zu Psychotherapeuten, ärztlichen wie Psychologischen Psychotherapeuten, abschafft. Dabei ist die passgenaue und freie Wahl des Psychotherapeuten in der Psychotherapie ein zentraler Faktor für einen Erfolg der Behandlung.

Diese Überlegungen werden von allen Berufs- und Fachverbänden im Bereich der Psychotherapie als unzweckmäßig und problematisch für die Patienten zurückgewiesen.

Das TSVG, das mit dem großen Ziel antrat, den Zugang aller Patienten zum Facharzt, aber auch zum Hausarzt verbessern zu wollen, verkehrt hier im Bereich der Behandlung psychisch kranker Menschen seinen Hauptzweck ins Gegenteil und baut auf dem Weg in die Psychotherapie neue Hürden auf.

Mit diesem massiven Eingriff in die Behandlungsstruktur werden die großen Errungenschaften des Psychotherapeutengesetzes, wie das Erstzugangsrecht ebenso missachtet wie die Neuregelungen, die die Reform der Psychotherapierichtlinie zum 01.04.2017 mit sich brachte. Mit der Reform wurde bereits eine gestufte Versorgung installiert. Die Psychotherapeutische Sprechstunde, ein zeitnahes, klärendes Erstgespräch, in der die Indikation für den weiteren Behandlungsweg von Fachleuten gestellt wird, wird von den Patienten sehr stark nachgefragt. Bei Behandlungsbedarf folgt dann eine Akutbehandlung oder eine Richtlinien-therapie. Alternativ können andere Möglichkeiten empfohlen werden wie eine stationäre Behandlung oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Die neue Richtlinie ist gerade mal ein gutes Jahr jung. Deshalb liegen noch keine aussagekräftigen und belastbaren Evaluationen der neuen Angebote vor.

Diese sind jedoch unbedingt abzuwarten, bevor neue Änderungen ohne jegliche Rücksprache und Nutzung der Expertise der Berufs- und Fachverbänden in letzter Sekunde in das Gesetzgebungsverfahren hineingezwungen werden.

Gerade Menschen mit psychischen Problemen benötigen einen niedrighwelligen Zugang zur Psychotherapie. Es bleibt das Hauptproblem, dass bei der Zahl der Behandler noch immer Engpässe insbesondere in ländlichen Bereichen existieren. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA wurde zeitgleich mit der Verabschiedung der neuen Psychotherapierichtlinie der Auftrag übertragen, die Bedarfsplanungsrichtlinien entsprechend anzupassen. Ziel sollte sein, endlich die Versorgungslücken zu korrigieren, die auf einer veralteten und damit vollkommen unrealistischen Berechnungsgrundlage der Bedarfszahlen im Bereich Psychotherapie beruhen.

Diese Anpassung hat der G-BA nicht vollzogen, als die Psychotherapierichtlinie geändert wurde. So bleiben die Fortschritte der neuen Richtlinie, insbesondere die verbesserte telefonische Erreichbarkeit und das Angebot der Psychotherapeutischen Sprechstunden, Stückwerk. Denn wenn keine neuen Psychotherapiesitze hinzukommen, dann können sich die strukturell verbesserten Eingangsvoraussetzungen und Zugangswege zur Psychotherapie nicht wie erhofft als Instrumente einer besseren Versorgung bewähren. Im System der psychotherapeutischen Versorgung tut sich durch die fehlenden Psychotherapieplätze, besonders im ländlichen Raum und in den Speckgürteln der Ballungszentren eine Lücke auf.

Hier sei angemerkt, dass sich die Krankenkassen gewiss von der „Clearingstelle“ der Psychotherapeutischen Sprechstunden eine hohe Rate an Aussortierung von Patienten erhofft hatten, die in Wirklichkeit ganz anderes als Psychotherapie benötigten. Diese Hoffnung bestätigt sich

in den Praxen nicht. Die Patienten wissen in der Regel gut, was sie brauchen und tragen häufig eine schwere Krankheitslast. Ganz im Gegenteil kommen nun gerade durch die niederschwellige Psychotherapeutische Sprechstunde vermehrt schwerstkranke Patienten. Der an vielen Orten eklatante Mangel an Psychiatern zeigt sich dabei als weiteres gewichtiges Problem.

Der Ansatz der bisherigen Bedarfsplanung basiert auf völlig falschen Grundlagen und muss ausreichend korrigiert werden

Zusammenfassend gesagt, sollte der Gesetzgeber verstärkt darauf drängen, dass die Planung im Bereich Psychotherapie endlich dem Bedarf in adäquater Weise angepasst wird. Es hat sich nicht bewahrheitet, dass die Nachfrage nach psychotherapeutischer Hilfe im ländlichen Raum geringer ausfällt als in städtischen Ballungszentren. Auch die Mitversorgereffekte werden in der jetzigen Bedarfsplanung deutlich überschätzt. Derartige Fehlannahmen finden sich in keiner anderen Facharztgruppe. Der Ansatz der bisherigen Bedarfsplanung basiert auf völlig falschen Grundlagen und muss ausreichend korrigiert werden.

Der mit dem TSVG-Gesetzesentwurf auf den Weg gebrachte Versuch die Probleme zu lösen, ist aus Sicht des bvvp nicht nur nicht zielführend, sondern sogar schädlich. Gerade schwer psychisch kranke Patienten brauchen natürlich besondere Unterstützung im System. Als Vorbildlich wäre hier zum Beispiel das Projekt des Innovationsfonds aus dem KV Bezirk Nordrhein zu nennen, das solchen Patienten einen „Bezugs-Behandler“ zuweist, der die gesamte Behandlung koordiniert und den Patienten auf diese Weise bestmöglich unterstützt. Dieser „Bezugs-Behandler“ kann Psychiater, Neurologe oder Psychologischer bzw. ärztlicher Psychotherapeut sein.

Kooperations- und Koordinierungsleistungen sollten im EBM installiert werden, um diese Leistungen angemessen honorieren zu können

Das Erstzugangsrecht zum Behandler eigener Wahl bleibt dabei gewahrt. Dieses Modell beruht selbstverständlich auf einer freiwilligen Teilnahme sowohl der Behandler als auch der Patienten. Eine derartige Lenkungsmaßnahme ist jedoch eine ganz andere Form des Eingriffs als die Einführung einer hierarchisch gestuften Versorgung, bei der die Patienten selektiert werden sollen. Sinnvoll wäre es, Kooperations- und Koordinierungsleistungen bei allen Fachgruppen im EBM zu installieren und diese oft komplexen und aufwendigen Leistungen auf diesem Wege angemessen zu honorieren.

Bei der Anhörung zum TSVG im Gesundheitsausschuss des Bundesrates am 7.11.2018 wurde diese Beurteilung des bvvp-Bundesverbandes und weiterer Psychotherapeutenverbände bezüglich der Schwachstelle im § 92 Absatz 6a SGB V bestätigt. Auf Initiative der KV-Bayern und der bayerischen Staatsregierung in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden in Nordrhein Westfalen wurde ein Antrag befürwortet, diesen Passus aus dem Gesetzesentwurf zu streichen. Die große Mehrheit der Gesundheitsbehörden der Bundesländer folgte damit der Argumentation der psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen. Nun muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren diese Einschätzung untermauert und in den Gesundheitsausschuss des Bundestages eingebracht werden. Eine entsprechende Entscheidung durch diesen sollte die Verantwortlichen Initiatoren dieses Passus im TSVG zur Zurücknahme des Zusatzes im § 92 Absatz 6a SGB V veranlassen.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – die Kehrtwende in der Reform der ambulanten Psychotherapie?



M.A., M.S. (USA) Andrea Mrazek
Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) war in den vergangenen Wochen das bestimmende Thema. Für die Psychotherapeuten bedeutete es die absolute Kehrtwende in der gegenwärtigen Reform der ambulanten Psychotherapie. Die Fragen, die sich beim Lesen des Gesetzestextes aufdrängten, waren: Was heißt gestufte und gesteuerte Versorgung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung? Wer stuft und steuert hier die Patienten und mit welchem Ziel? Welche ökonomische Ausrichtung bestimmt diesen Weg?

Seit anderthalb Jahren unterstützt die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) die Reform der Psychotherapierichtlinie und vermittelt den Kolleginnen und Kollegen wie wichtig es ist, diesen Reformprozess aktiv mitzugestalten. Mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde als neue Leistung ist ein schnellerer erster Zugang für Patienten zur Psychotherapie gelungen. In der Sprechstunde findet eine rasche Abklärung zum Vorliegen einer psychischen Störung statt. Das leisten Psychotherapeuten. Der Erstzugang zur ambulanten Psychotherapie ist ein elementares Patientenrecht. Mit größter Besorgnis reagiert die OPK deshalb auf den Kabinettsentwurf für das TSVG. Die gesetzliche Vorgabe, eine gestufte und gesteuerte Zuweisung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu definierten Diagnostik- und Behandlungspfaden zu entwickeln, würde die Patienten in ihrem Recht auf eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich verschiedener Behandlungsformen unzulässig einengen.

Psychotherapeuten übernehmen schon heute eine komplexe Behandlungssteuerung

Der Gesetzgeber hat es sich mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz zum Ziel gesetzt, einen schnelleren Zugang zu notwendiger ärztlicher Versorgung für gesetzlich Versicherte zu erreichen. Dies ist in der ambulanten Psychotherapie aus unserer Sicht mit der Einführung der Sprechstunde und der Akuttherapie bereits erfolgreich geschehen. Vielmehr scheint der Vorwurf im Raum zu stehen, dass Psychotherapeuten sich ihre behandlungsbedürftigen Patienten durch die Sprechstunde selbst schaffen, und so den Bedarf an Psychotherapie in die Höhe treiben. Es wird damit die Integrität der Indikationsstellung in den Praxen in Zweifel gezogen - dafür gibt es nicht die geringsten Ansatzpunkte. Nach der Diagnosestellung wird bereits jetzt gestuft versorgt, nach dem Prinzip: Wer braucht wie viel zu welchem Zeitpunkt und wer braucht keine Psychotherapie.

Wartezeiten auf einen 1. Termin im Vergleich



Quelle: BPTK 2011, 2018, Gesamtdeutschland im Vergleich zu den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Als Psychotherapeutenkammer sehen wir, dass sich die Psychotherapie in Deutschland in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem bewegt. Psychotherapie ist eine aufwendige Leistung. Denn bei welchem Arzt erhält ein Patient eine Behandlungszeit von 50 Minuten? Und das zumeist wöchentlich über einen längeren Zeitraum? Psychotherapie ist damit eine wertvolle Ressource und wird von den Kolleginnen und Kollegen verantwortungsvoll in der Behandlung von Menschen mit krankheitswertigen psychischen Störungen eingesetzt. Wir sehen viele Patienten in unseren Praxen, denen wir Mehrfachdiagnosen attestieren. Doch das Gerücht hält sich eisern, dass lediglich psychisch leicht erkrankte Menschen von Psychotherapeuten behandelt werden. Wir sollten davon wegkommen, Menschen mit psychischen Störungen als eine homogene Gruppe zu sehen, die einen einheitlichen Versorgungsbedarf haben. Das, was Psychotherapie ausmacht, ist die individuelle Therapieplanung. Das TSVG will offenbar die psychotherapeutische Versorgung in einer völlig unnötigen und fachlich kontraindizierten Weise verändern. Damit wird der begonnene erfolgreiche Reformprozess untergraben. Standardisierung muss nicht falsch sein, aber psychische Störungen und ihre Ausprägungen unterscheiden sich sehr stark in ihrem individuellen Behandlungsbedarf. Das differenziert sie zum Beispiel von einer Nierenkolik.

Diagnostik- und Versorgungswege für Patienten werden sich verkomplizieren

Psychisch erkrankte Menschen dürfen keiner experimentellen Versorgungssituation ausgesetzt werden. Durch den unausgereiften TSVG-Vorschlag besteht vielmehr die Gefahr, neue Flaschenhälse für den Zugang zur Versorgung zu schaffen. Zudem würden sich Diagnostik- und Versorgungswege für Patienten verkomplizieren und verlängern. Die freie Wahl des Behandlers und das Erstzugangsrecht ausschließlich psychisch kranken Patienten zu verwehren, stellt eine nicht hinnehmbare Diskriminierung dieser Patientengruppe dar. Wir fordern deshalb die ersatzlose

Streichung des § 92 Absatz 6a SGB V zur gestuften und gesteuerten Versorgung in der Psychotherapie. Ein derzeit erst im Versuchsstadium befindliches Modellprojekt des Innovationsfonds sieht zum Beispiel eine Festlegung der Behandlungsmöglichkeiten anhand von Diagnosegruppen und Schweregraden vor. Diese bilden die Kriterien für genau umschriebene Behandlungspfade. Darin ist für leicht bis mittelschwer eingeschätzte krankheitswertige psychische Störungen Psychotherapie nicht mehr vorgesehen. Sondern es kommen sogenannte niederschwellige Maßnahmen zum Einsatz: Sozialarbeiter, Peer-Begleiter, psychoedukative Gruppen oder Online-Selbsthilfe stehen dann diesen Patienten zur Verfügung. Das ist offenbar der Gedanke zur gestuften Versorgung. Wenn sich dann die Erkrankung verschlechtert hat, ist ein „Upgrade“ des Behandlungsbedarfs vorgesehen und dann können Patienten eine Kurzzeitpsychotherapie oder eine psychotherapeutische Gruppenbehandlung erhalten. Chronifizierungen von psychischen Erkrankungen werden die Folge sein, deren Behandlung wesentlich mehr Geld kosten wird. Gestufte und gesteuerte Versorgung psychischer Erkrankungen meint ganz offensichtlich die Rationierung von Psychotherapie. Nicht nur vollständig aus der Diagnostik, sondern auch partiell aus der Behandlung von psychisch kranken Menschen wären Psychotherapeuten und Psychotherapie damit ausgeschlossen.

Psychotherapeuten setzen die Reform der Psychotherapie-Richtlinie konsequent um

Wie sollten wir als Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer diese Kehrtwende inmitten einer Reform unseren Kollegen erklären, vermitteln und um Unterstützung dafür werben, ohne uns dabei völlig ungläubig zu machen? Die Psychotherapeuten stellen ihren Praxisbetrieb gegenwärtig auf die neuen Anforderungen der Reform um. Das kostet Zeit und Geld. Jetzt die Aussage zu tätigen, dass es der Aprilscherz 2017 war und nun doch alles anders ist, würde auch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie verschleißen.



Deshalb fordern wir, den bereits begonnenen Weg einer Flexibilisierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung konsequent weiterzugehen. Dazu benötigen wir effiziente Werkzeuge. Einige wurden uns in der Reform bereits in die Hand gegeben: die Einweisungsmöglichkeit von Patienten ins Krankenhaus, Verordnung von Soziotherapie und Rehabilitationsmaßnahmen sowie von Krankentransporten. Eine Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten um die Ergo- und Logopädie sowie für die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Überweisung zu anderen Fachärzten stellten gerade in der Kooperation mit anderen medizinischen Bereichen wichtige Schritte dar. Psychotherapeuten sollten auch in die berufliche Wiedereingliederung einbezogen werden, da sie die Patienten häufiger und länger sehen als alle anderen Ärzte und die Belastungsfähigkeit besser einschätzen können. In den Praxen könnte durch Bürokratieabbau und funktionale Anstellungsmöglichkeiten auch mehr Kapazitäten geschaffen werden.

Die Leistung Psychotherapie durch billigere Maßnahmen ersetzen?

Oder ist das nicht gewollt? Es bleibt bei uns ein flauendes Bauchgefühl – geht es am Ende darum, die Leistung Psychotherapie durch billigere Maßnahmen zu ersetzen? Gestuft? Nach dem Preis? Gesteuert? Nach den Kosten? Denn Psychotherapeuten übernehmen eigentlich schon heute eine komplexe Behandlungssteuerung: sie beraten Patienten und leiten individuell notwendige und ausreichende Behandlungsmaßnahmen ein. Wir empfehlen, diese Richtung weiter zu verfolgen. Die schrittweise Weiterentwicklung eines guten Gesundheitssystems ist unserer Meinung nach seriöser als ein ungedeckter Scheck auf ein ungeprüftes Allheilmittel.

Ausbildungsverordnung für die Pflegeberufe – die Mundpflege gehört einfach dazu



Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Derzeit gibt es annähernd 4.000 Kooperationsverträge nach §119b SGB V zwischen Zahnarztpraxen und den bundesweit etwa 13.600 Pflegeeinrichtungen. Die Zahl zahnärztlicher Haus- und Heimbefuche lag im Jahr 2017 bei rund 923.000. 87 Prozent der Besuche entfielen dabei auf Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung. Der Abschluss und die Fortführung von Kooperationsverträgen zwischen Zahnarztpraxen und Pflegeeinrichtungen müssen weiter gefördert werden.

Meine zentrale Botschaft deshalb gleich vorab: Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt kann und soll als Generalist aktiv für Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarf tätig werden. Die prognostizierte zunehmende Behandlungszahl von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen und in der Zahnarztpraxis ist natürlich eine Herausforderung, der anfallende Behandlungsmehrbedarf aber aus meiner Sicht realistisch zu bewältigen. Eine intensive Kooperation mit den Pflegefachkräften ist dafür jedoch unabdingbar.

Reform der Pflegeberufsausbildung

Es war ein langer Weg. Vom ersten Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Pflegeberufsausbildung im März 2012 bis zum Beschluss des Pflegeberufsreformgesetzes im Juni 2017 sind über fünf Jahre vergangen. Künftig gibt es nun eine Generalistenausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann. Infolge des weiteren Gesetzgebungsverfahrens wurde die ent-

sprechende Pflegeberufsausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflBG APrVO) erarbeitet und am 21.09.2018 vom Bundesrat verabschiedet. Diese PflBG APrVO konkretisiert u. a. die Aufgaben einer sogen. Bundesfachkommission, welche die Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne entwickeln soll. Und hier möchte sich die Zahnärzteschaft aktiv einbringen.

Mundgesundheit in die Ausbildung von Pflegefachkräften integrieren

Der demografische Wandel stellt Pflegefachkräfte und Zahnärzte gleichermaßen vor enorme Herausforderungen. Pflegebedürftige Menschen in Deutschland haben immer mehr eigene Zähne, technisch aufwendigen Zahnersatz und/oder Implantate. Etwa 50 Prozent der Zähne sind von Zahnkaries betroffen, 75 Prozent der betroffenen Menschen haben eine belegte Zunge und nur etwa jede vierte Prothese ist frei von Belägen. Folgen können u. a.

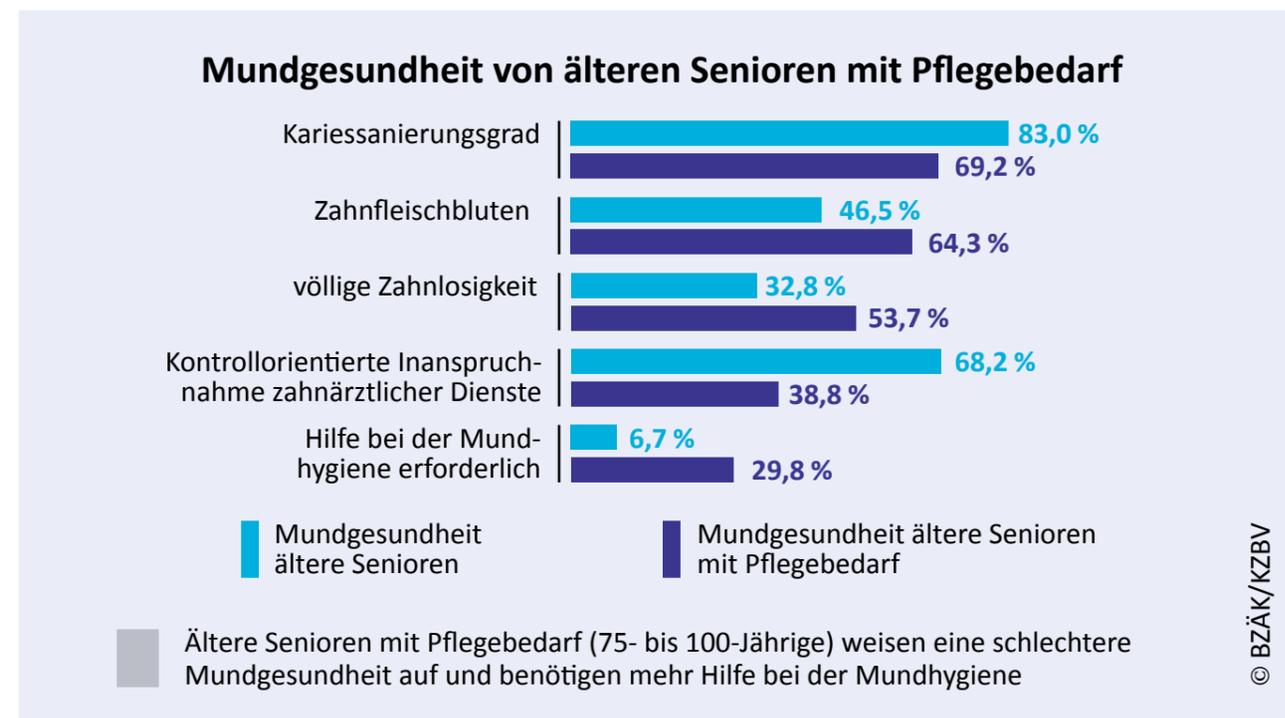


Abb. 1: Mundgesundheit und Unterstützungsbedarf bei der Mundhygiene von älteren Senioren mit Pflegebedarf (Quelle: DMS V 2016)

Schmerzen, Mundgeruch, Zahnkaries und durch Beschwerden bedingtes aggressives Verhalten sein, was den Pflegealltag belastet. Zudem sind die Zusammenhänge bzw. Auswirkungen einer schlechten Mundgesundheit auf den allgemeinen Gesundheitszustand, wie bspw. Aspirationspneumonien, Endokarditis, Diabetes, Schlaganfälle und die Lebensqualität evident. Die fünfte deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) belegt weiterhin, dass ca. 30 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zwischen 75 und 100 Jahren Hilfe und Unterstützung bei der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege benötigt.

Die Ursachen sind komplex. Einerseits können pflegebedürftige oft nicht selbständig den regelmäßigen Zahnarztbesuch oder eine ausreichende Mundhygiene bewerkstelligen. Aufgrund körperlicher Einschränkungen ist ihnen eine ausreichende und selbstständige Mundpflege nicht oder nur eingeschränkt möglich. Angesichts der Tatsache, dass gerade bei alten und kranken Menschen der Mundgesundheit eine besonders hohe Bedeutung zukommt, da ein Wechselspiel zwischen schlechter Mundgesundheit und oft auch schwerwiegenden Krankheiten besteht, ist dies ein mehr als unbefriedigender Zustand. Andererseits sind häufig Pflegezeitmangel, Wissenslücken und Unsicherheiten bei den Pflegenden in Fragen der Mundhygiene zu beobachten.

Zahnpflege scheint also immer noch ein „Stiefkind“ in der Pflege zu sein. Die Zeitvorgaben für pflegerische Aktivitäten sind zu knapp bemessen, im Zweifel wird auf die Zahnpflege weniger Rücksicht genommen. Wir benötigen eine regelmäßige Kommunikation zwischen Kooperationszahnärzten und Ansprechpartnern der Pflegeeinrichtungen sowie einen koordinierten pflegeinternen Wissenstransfer. Regelmäßige Schulungsmaßnahmen und Fortbildungen der Pflegekräfte sind wegen der hohen Personalfuktuation unerlässlich.

Mundpflege-Lernfeldinhalte gehören in neue Rahmenlehrpläne

Die Vermittlung von Mundhygieneinhalten in der Pflegeausbildung ist also von zentraler Bedeutung. Zahnmedizinische Prävention in der Pflege richtig umzusetzen bedeutet u. a., Pflegefachkräfte über die Bedeutung von Mundhygiene und Vorsorgeuntersuchungen zu informieren und einzubinden. Mit der Modernisierung der Pflegeausbildung über das Pflegeberufereformgesetz ergeben sich nunmehr Möglichkeiten, die Kompetenzen im Bereich der Mundhygiene und Mundgesundheit grundsätzlich zu verbessern.

Schon mit den heutigen Ausbildungsrahmenplänen könnte zwar jeder Lehrende in Kranken- oder Altenpflege den Bereich der Mundgesundheit unterrichten. Die Realität zeigt jedoch, dass die Lehrenden selbst oft wenig über Mundgesundheit wissen. Ursache hierfür ist nach Aussagen der Pflegewissenschaft eine nicht ausreichende Kenntnisvermittlung im Rahmen der eigenen Aus- und Fortbildung, zudem fehlt es an Unterrichtsmaterial. So kann sich auch kaum ein mundgesundheitsbezogenes Problembewusstsein bei den Pflegenden entwickeln. Es ist daher wichtig, dass Themen zur Mundgesundheit in jedem Ausbildungsjahr theoretisch und praktisch gelehrt werden.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) haben deshalb ein Curriculum zur Vermittlung von zahn- und mundgesundheitlichen Aspekten im Rahmen der Ausbildung von Pflegefachkräften erarbeitet, um dem seit Jahren seitens der Zahnärzteschaft aber auch zunehmend von Seiten der Pflegewissenschaft geäußerten Wunsch nachzukommen, dass zahnmedizinische Inhalte in der Ausbildungsordnung der Pflegeberufe stärker repräsentiert werden sollten.

Im Rahmen der anstehenden Erarbeitung der Rahmenlehrpläne wollen wir diese curricularen Bausteine zur „Mundhygiene in der Pflegeausbildung“ einbringen und für deren Berücksichtigung werben, damit die Vermittlung von Mundhygieneinhalten in der Pflegeausbildung einen größeren Raum einnehmen kann. Die Inhalte sind kurz gefasst und vor allem sehr praxisnah gestaltet worden. Die Ausbildung soll die Pflegefachkräfte dazu befähigen, wiederkehrende Maßnahmen zur Zahn- und Mundhygiene auch im Pflegealltag zu etablieren, denn Mundgesundheit und orale Lebensqualität sind wichtige Faktoren für die Allgemeingesundheit.

Jetzt steht das konkrete Umsetzen an: Um die zahnmedizinischen Lernfeldinhalte in die Pflegeausbildung zu integrieren, steht die BZÄK in engem Kontakt mit dem Deutschen Pflegerat (DPR), dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

Auch die zahnärztliche Ausbildung muss modernisiert werden

Aber auch Zahnärzte und Zahnärztinnen müssen in der zahnmedizinischen Betreuung von pflegebedürftigen fit gemacht werden. Nach der derzeit gültigen Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 besteht keine Verpflichtung der Universitäten, Aspekte zur Zahnmedizin in der Pflege zu lehren. Die Studierenden müssen jedoch verstärkt auf die speziellen Aspekte der älteren, sehr heterogenen Patientengruppe vorbereitet werden, denn dies hilft, Zahnärzten einen besseren Zugang zur Pflegesituation zu ermöglichen.

Neben dem Wissen in der Geriatrie sind Kenntnisse aus der Pflege-, Ernährungs- und Gesundheitswissenschaft wünschenswert. Konsultierbarkeit setzt Kenntnisse über Pflegestufen und zur Pflegesituation älterer Menschen voraus. Auch sollten ethische und juristische Fragen Berücksichtigung finden. Das Einbeziehen älterer Patienten in eine partizipative Therapieentscheidung, insbesondere auch unter Einbindung von Angehörigen, Pflegefachpersonen oder gerichtlich bestellten Betreuern, ist zukünftig zu erlernen.

Die Bundeszahnärztekammer fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen der Bundesländer deshalb seit vielen Jahren dazu auf, eine neue Approbationsordnung für Zahnärzte zu verabschieden und die seit Jahrzehnten überfällige Anpassung der Lehre im Fach Zahnmedizin vorzunehmen, sodass der hohe Ausbildungsstandard weiter gewährleistet und das Berufsbild des Zahnarztes weiterentwickelt werden können.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sophia V. M. Wagner

In Zusammenarbeit mit  **USE**
IM UNIONHILFSWERK

Druck:

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr.
Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten
(Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich
um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende
des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungs-
rechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche
Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung,
öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglich-
machung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung
der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 24. Jahrgang 2018, Ausgabe 5 · 2018,
Erscheinungsdatum: 28. November 2018

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Sektorenübergreifende Versorgung**
- **eHealth-Gesetz 2 – Durchbruch bei der Digitalisierung?**
- **Apothekenleistungen, Arzneimittel-distribution und Versandhandel?**
- **Seltene Erkrankungen und Blutplasma**
- **Qualitätswettbewerb in der GKV**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

