

Weshalb braucht es einen Zuschlag für Kinder- und Jugendlichentherapien?

Ulrich Rüth, Anna Rung (München)

Why do we need an extra payment for child (and adolescent) psychotherapies? The paper argues in favor of a higher pay for psychotherapies with children and adolescents, compared to adult treatment. On a first level, reasons could be traced out in higher cost for material, a bigger room needed for play therapy, and on a second level in higher personal commitment and time. Furthermore, there are reasons which have a modelling and therefore health policy background: a) Those colleagues within the social security system who may offer child and adolescent as well as adult therapy will, on the long run, usually self-limit to adult therapy, as therapy with younger patients has to face lower compliance, especially in keeping appointments, but also concerning the therapeutic alliance; b) the new German law for vocational training of psychotherapists as a university through a university degree has abolished (for newcomers) the job title and special profession of child and adolescent psychotherapist; therefore there is a need to make child (and adolescent) psychotherapy attractive enough – which is usually more difficult than with adults – so that there will be sufficient offers for young people for therapy in the future.

Keywords: Children and adolescents, psychotherapy, remuneration, EBM, psychotherapeutic formation, surcharge

Einleitung

Kinder- und Jugendlichentherapien sollten höher vergütet werden als Psychotherapien mit Erwachsenen. Dies kann begründet werden mit einem erhöhten Aufwand für die Therapie junger Patienten für Material, Raum, aber auch pädagogisch-persönlichem Einsatz und Zeit. Zusätzlich sind gesundheitspolitische Aspekte zu berücksichtigen: a) jene sowohl für Kinder- und Jugendlichentherapie wie für die Therapie von Erwachsenen zugelassene Kollegen werden sich auf die Therapie älterer Jugendlicher und Erwachsener fokussieren, da die Therapie mit jüngeren Patienten insbesondere auch mit größeren Unsicherheiten bezüglich Termineinhaltung wie auch therapeutischer Compliance verbunden ist; b) im Rahmen der Neuordnung der Psychotherapeutenausbildung mit Abschaffung des Be-

rufs des Kinder- und Jugendlichentherapeuten bedarf es Anreize, um die schwierigere Kindertherapie im Versorgungssystem auch künftig ausreichend attraktiv zu machen.

Besonderheiten der Kindertherapie

Dokumentation

Bei Kindertherapien kann anders als bei Erwachsenen und ggf. bei älteren Jugendlichen die Dokumentation nicht während der laufenden Stunde stattfinden. Bei laufendem Spiel sind nebenbei anzufertigende Notizen störend bis kontraproduktiv oder eben gar nicht möglich. Der Kindertherapeut agiert – anders als der Therapeut von älteren Jugendlichen und insbesondere Erwachsenen – nicht abwartend und zuhörend, vielmehr ist er in der gemeinsamen Aktion aktiv mit dabei.

Einrichtung des Raums und Bereitstellung von Materialien

Der Kindertherapieraum – und ggf. auch der Raum für jüngere Jugendliche – zeigt deutlich weitergehende Anforderungen an die Einrichtung und Ausstattung (vgl. z. B. Rüth & Holch 2018) als ein üblicher, eher schlichter Konsultationsraum:

- Notwendig ist eine spezifische Möblierung (z. B. Spielregal und -schrank, zusätzlicher Tisch für Kreativaktionen).
- Vorgehalten werden müssen Spielmaterialien wie z. B. Playmo-Kasten, Ritterburg, Puppenhaus, Theater, Regelspiele sowie weitere Materialien für kreative Aktivitäten, für Als-ob-Aktivitäten (z. B. Verkleidungsmaterial) und Materialien für Aktionsspiele (Batacas, Wurfscheibe, Polster).
- Als Vorrat müssen Verbrauchsmaterialien wie Farben, Ton, Knete, aber auch ggf. Teile der Spiele vorhanden sein.

Idealfall: zwei Räume

Im Idealfall – und bei einem Teil der Kindertherapeuten verwirklicht – stehen zwei unterschiedliche Räume für einerseits Kinder sowie für andererseits ältere Jugendliche und Eltern- wie Bezugspersonengespräche zur Verfügung.

Wird ein Einzelraum sowohl für Kinder und für Jugendliche gemeinsam genutzt, sollte er deutlich größer sein als für eine reine Erwachsenentherapie (mindestens 20 m² versus ausreichende 12 bis 15 m²).

Abhängigkeit der stattfindenden Termine von Eltern, Schule etc.

Zu beachten ist, dass Kinder- (und Jugendlichen-)therapien nicht aufgrund der eigenständigen Verantwortlichkeit der Kinder und jüngeren Jugendlichen stattfinden. Termine sind ggf. abhängig von der körperlichen Gesundheit der Eltern (Krankheit der Eltern verhindert, dass die Kinder in die Therapie gebracht werden.) und von nachmittäglichen Schulveranstaltungen (die seitens der Schule, aber auch seitens der Patienten Vorrang haben) oder auch Klassenfahrten. Termine mit Kindern und Jugendlichen sind in der Regel nur am Nachmittag möglich, weswegen es eine hohe Beschränktheit der Terminvergabe gibt, im Gegensatz zur Therapie mit Erwachsenen, von denen zumindest einige auch am Vormittag kommen können. Nur in Ausnahmefällen werden Kinder und Jugendliche für Therapien vom Unterricht befreit. Bei kleineren Kindern sind demgegenüber keine Abendtermine möglich.

In Ferienzeiten sind bestenfalls eingeschränkt Termine möglich: Gerade von berufstätigen, entweder doppelverdienenden, aber auch allein erziehenden Eltern werden „Ferienverschickungen“ des Nachwuchses zu Großeltern und/oder in ein Ferienlager geplant, um die Betreuung der Kinder außerhalb des sonstigen familiären Urlaubs zu sichern – wobei die Kinder dann auch zu dieser Zeit nicht für Therapien greifbar sind.

Damit sind Kinder und Jugendliche deutlich weniger regelmäßig zu Terminen einladbar als erwachsene Patienten. Entstehende Lücken – bedingt durch Schule und Ferien – müssen anderweitig geschlossen werden. Noch garnicht berücksichtigt ist dabei, dass Kinder auch häufiger krank sind als Erwachsene, was zu zusätzlichen Ausfällen führt.

Erstattung entstehender Kosten – mögliche Wege

In der EBM gibt es bereits Kostenpauschalen/Zuschläge wie z.B für die Erstellung von Kopien oder Versandmaterialien, daneben z. B. für ambulante Operationen bis 12. Lebensjahr (u.a. 31101K), für die fachärztliche Grundversorgung oder für besondere Ziffern, wie z.B. das kinder- und

jugendpsychiatrische Gespräch. Inzwischen werden im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung auch Therapien bei bestimmten Diagnosen mit Zuschlägen gefördert: So der Zuschlag (Stand 2019) von 10 € bei PTBS bei Kindern und Jugendlichen einmal im Behandlungsfall, sowie der Zuschlag von 6 € maximal 12 x im Behandlungsfall bei Vorliegen der Diagnosen F20.0G, F20.1G, F20.3G, F20.4G, F20.5G, F21.1G, F25.1G, F32.2G, F33.2G, F41.0G, F41.1G, F60.31G, sowie speziell bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei F84.0G, F84.1G, F84.5G (vgl. Rundschreiben KVB vom 10.7.2019). Insofern ist die bisherige einfache Systematik der Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen ohnehin verlassen worden zugunsten von bestimmten Diagnosen und Altersgruppen.

Leistungen nach EBM für Ärzte und Psychotherapeuten werden über komplexe Verhandlungen erarbeitet. Kindertherapeuten haben sich hier bisher nicht ausreichend speziell beteiligt – andernfalls wäre ihre spezifische Arbeitssituation bereits berücksichtigt worden. Auch bei den Vorschlägen der unterschiedlichen Berufsverbände für das Widerspruchsverfahren im Rahmen der Vergütung der Psychotherapie durch die Kassenärztliche Vereinigung werden Kinder- und Jugendlichentherapien nicht gesondert erwähnt.

Berechnungen zusätzlicher Raumkosten

Ein Kindertherapieraum ist ein Spezialzimmer, ähnlich einem Spezialraum für Endoskopien oder Operationen. Kindertherapien können nicht beliebig in einem gewöhnlichen Sprechzimmer stattfinden. Die Neueinrichtung eines Raums für eine Kindertherapie dürfte überschlagsmäßig für zusätzliche Möblierung und Materialien mindestens etwa 10.000 Euro betragen, abzuschreiben über zehn Jahre mit dann 1000 Euro pro Jahr.

Für die Berechnung einer angemessenen Vergütung sollte dies hälftig auf Therapien bis Vollendung des 14. Lebensjahres angerechnet werden; bei einem von der KV angenommenen vollen psychotherapeutischen Versorgungsauftrag mit 325468 Punkten pro Quartal (abhängig von aktuell angesetzten Punkten) errechnen sich 387 Therapieeinheiten: Hiervon würden hälftig 194 Stunden auf Kindertherapien unter 14 Jahren entfallen, welche wiederum gekürzt werden müssten um Elterngespräche im Verhältnis 1:4, sodass lediglich 156 Kinderstunden pro Quartal, also 624

Kinderstunden im Jahr anfielen. Dies entspräche anteilig einem Zuschlag von 1,60 € pro Kindertherapiestunde, unabhängig von der Vergütung der Stunde nach EBM.

Noch nicht berücksichtigt ist hierbei, dass Kindertherapien einen größeren Therapieraum erfordern. Ein Raum von 15 m² erfüllt nicht sämtliche Anforderungen an die Kinder- und Jugendlichentherapie. Eine Sitzgruppe für Elterngespräche, ein Bürobereich, ein Kreativbereich mit Arbeitstisch, ein Spielbereich und ein Bereich für motorisches Ausagieren können niemals auf einer Fläche von 15 m² untergebracht werden. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind die schon erwähnten höheren Stundenausfälle, weswegen Kinder- und Jugendlichentherapeuten immer wieder einen nur anteiligen bzw. hälftigen Versorgungsauftrag bevorzugen, um in die aktuellen Zuschlagsregelungen (Strukturzuschlag) zu gelangen.

Berechnung zusätzlicher Kosten für Dokumentation

Geht man von einem zusätzlichen Dokumentationsbedarf von fünf Minuten für Kinder- und Jugendlichentherapien – im Gegensatz zu Therapien von über 18 Jahre alten Patienten aus, bei 624 Kinderstunden à 922 Punkten (Stand III/2019) bei einer Punktevergütung von 0 €, 108226 (Stand III/2019) und einem sonstigen Arbeitsaufwand von 70 Minuten wäre ein Zuschlag von 65 Punkten – zusätzlich zur Berechnung der Raumkosten – angemessen, also nach aktuellem EBM (2019) 7,03 €.

Versorgungspolitische Aspekte

Aus versorgungspolitischen Gründen wäre ein Zuschlag insbesondere für Kinder-, aber auch für Jugendlichentherapien eher höher anzusetzen: Therapeuten mit Doppelzulassung sowohl für Kinder- und Jugendliche wie für Erwachsene verschieben für gewöhnlich ihren Schwerpunkt in den Erwachsenenbereich. Kindertherapien sind anstrengender, weil sowohl die körperliche wie die psychische Präsenz des Therapeuten erheblich mehr gefordert ist. Hierzu fehlen allerdings Studien mit belastbaren Zahlen, und die bisherige Kenntnis hierzu beruht auf anekdotischer Evidenz und Branchenwissen. Doppelapprobierte ältere Kollegen meinen gelegentlich, sie könnten schlichtweg nicht mehr so viel auf dem Boden mitspielen. Wie angeführt, fallen Kindertherapien wegen Krankheiten der

Patienten häufiger aus, sie können wie erwähnt in Ferienzeiten (immerhin 14 Wochen Schulferien) bestenfalls eingeschränkt fortgesetzt werden. Abwesenheitszeiten werden zusätzlich erhöht durch Klassenfahrten, Schulfeste und anderes. Daneben sind Kinder- und Jugendlichentherapien zeitlich eher nur nachmittags anzubieten, da eine arbeitszeitliche Flexibilität wie bei Erwachsenen eher nicht vorliegt.

Bisher hat der eigenständige Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem ohnehin meist noch nicht ausreichenden Behandlungsangebot geführt. Künftig werden sich angehende psychologische Therapeuten vorrangig für Erwachsene qualifizieren wollen – wie bisher schon Diplom-Psychologen –, und sie werden Kindertherapie nur als Zusatzqualifikation anstreben (vgl. Dormann et al. 2015). Es ist absehbar, dass nur über ausreichende finanzielle Anreize, mit denen eine ideelle Anerkennung der Spezialisierung einhergeht, eine qualifizierte Kinderpsychotherapie innerhalb der Versorgungslandschaft erhalten werden kann.

Bei Ansatz der Kindertherapiepauschale für Raum und Dokumentation würden Therapien von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs dann mit einem Zuschlag von 8,63 € zusätzlich vergütet werden. Dies könnte auch im kassenärztlichen Versorgungsbereich einen Ansatz bieten, entsprechende Therapien tatsächlich anzubieten. Versorgungspolitisch werden entsprechende Schritte der Kassenärztlichen Vereinigung nach Umsetzung der geplanten Änderungen zur Psychotherapeutenausbildung wahrscheinlich zwingend sein.

Bei den Verhandlungen zur neuen GOÄ/GOP sollten diese Überlegungen unbedingt berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf eventuelle künftige Verhandlungen wird die Beobachtung interessant sein, welche Wertschätzung der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen aus anderen Bereichen der Versorgung – wie auch gesamtgesellschaftlich – entgegengebracht werden wird.

Von Bedeutung wird sicher auch sein, in welchem Maß Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche ihre immer wieder sehr schwere Arbeit gegenüber anderen Interessengruppen mit ausreichendem Nachdruck vertreten werden. – Oder inwiefern weiterhin fälschlich davon ausgegangen werden wird, dass Kinder- und Jugendlichentherapien „einfacher“ sind, weil sie mit jungen Patienten stattfinden.

Literatur

- Dormann, B.; Ehrenreich, R.; Feldmann, C.; RÜth, U. (2015): Aktuelles: Zur Lage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland. *Dynamische Psychiatrie* 48: 203–215
- Rundschreiben KVB (2019): Vergütung der förderungswürdigen Leistungen – Psychotherapie 2019, vom 10.07.2019, an die Vertragspsychotherapeuten in Bayern
- RÜth, U.; Holch, A. (2018): How to Design and Equip a Mentalization-Based Play Therapy Room. *Psychodynamic Psychiatry* 46, 2: 240–251

Autoren:

Dr. med. Ulrich RÜth ist als ärztlicher Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche und als Kinder- und Jugendpsychiater niedergelassen in kassenärztlicher eigener Praxis. Er lehrt an Ausbildungsinstituten und publiziert zu unterschiedlichen Themen, vorrangig Kinder- und Jugendlichentherapie sowie Kinderschutz.

Dipl.-Soz. Päd. Anna Rung ist als approbierte, analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Gruppentherapeutin in eigener kassenärztlicher Praxis niedergelassen. Sie ist Dozentin an mehreren Ausbildungsinstituten.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich RÜth • Goethestraße 54 • D-80336 München • ulrich.rueth@mnet-online.de

Erklärung zu Interessensgegensätzen:

Dr. Ulrich RÜth und Anna Rung erzielen Einnahmen im Rahmen der psychotherapeutisch-kassenärztlichen Versorgung von Kindern und jüngeren Jugendlichen und würden insofern von einer Vergütungsänderung profitieren.