

Tätigkeitsbericht

2007 – 2011



Tätigkeitsbericht 2007 – 2011

IMPRESSUM

Herausgeber: BPTK

Klosterstraße 64

10179 Berlin

Tel.: 030 278785-0

Fax: 030 278785-44


E-Mail: info@bptk.de

Internet: www.bptk.de

Umsetzung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin

Grafik: Sybilla Weidinger, Kerstin Conradi (KomPart)

Druck: Richter, Elkenroth



INHALT

EDITORIAL	7
Gesundheits- und sozialpolitische Agenda 2007 bis 2011	8
Zukunft der Versorgung	
<i>Chancen einer Reform der Bedarfsplanung</i>	10
Deutscher Psychotherapeutentag	14
Arbeit und psychische Gesundheit	18
Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	
<i>Kinder und Jugendliche</i>	21
<i>Ältere Menschen</i>	29
<i>Chronisch und schwer kranke Menschen</i>	32
<i>Sucht</i>	38
<i>Körperliche Erkrankungen</i>	42
<i>Trauma und Traumafolgen</i>	45
<i>Migration</i>	47
Patienteninformationen	49
Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik	53
Diotima-Ehrenpreis	58
Gemeinsamer Bundesausschuss	62
Netzwerk Europa	68
Telematik	72
Zukunft der Ausbildung	74
Weiterbildung und Zusatzqualifikation	82
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie	84
Mitgliederentwicklung	85

EDITORIAL

Eines der wichtigsten Anliegen in der Amtsperiode 2007 bis 2011 war die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Unser Ziel war es, zu einem Vorschlag für die zukünftige Ausbildung zum Psychotherapeuten zu kommen, für den die gesamte Profession mehrheitlich eintritt. Die Profession hat das Thema intensiv auf zahlreichen Symposien und Workshops diskutiert und damit die politischen Entscheidungen der Deutschen Psychotherapeutentage vorbereitet. Die am Schluss des Diskussionsprozesses stehende Zwei-Drittel-Mehrheit für einen Gesetzentwurf, der insbesondere die drohende Dequalifikation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu verhindern vermag, liegt derzeit beim Bundesministerium für Gesundheit.

Wir betrachten die Einführung einer Mindestquote von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als einen unserer größten Erfolge. Wichtig ist auch: Die deutsche Psychotherapeutenchaft spricht inzwischen mit, wenn es um die Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik geht. Damit werden die finanziellen Voraussetzungen für eine leitlinienorientierte Versorgung geschaffen, aber auch langfristig der Weg für Leitungsfunktionen der Psychotherapeuten im stationären Sektor geebnet. Gewachsen ist auch unser Engagement für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien. Es geht uns darum, den Patienten mehr Gewissheit zu verschaffen, dass das Bestmögliche für sie getan wird. Patienten sollten beurteilen können, ob sich ihre Behandler an Leitlinien orientieren oder auf vermeintlich günstigere Pharmakotherapie ausweichen.

Dank einer Initiative des Deutschen Psychotherapeutentages konnte sich der Vorstand verstärkt der Versorgungsforschung widmen. Die Stellungnahmen und Studien zu den Themen „Migration und Gesundheit“, „Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen“ sowie „Psychotherapeutische Unterversorgung“ – von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle mit hoher fachlicher Kompetenz erarbeitet – fanden bei den gesundheitspolitischen Akteuren Anerkennung und Beachtung.

Schließlich entwickelt die BPTK gemeinsam mit europäischen Partnern ein Europäisches Netzwerk für psychotherapeutische Versorgung. Unser Ziel ist es, dass die Europäer voneinander lernen, wie die nationalen Gesundheitssysteme dem wachsenden Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung gerecht werden können, ohne dabei evidenzbasierte Leitlinien bzw. die Qualität der Psychotherapie aus dem Auge zu verlieren.



Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident



Monika Konitzer
Vizepräsidentin



Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident



Andrea Mrazek, M.A., M.S.
Beisitzerin



Peter Lehndorfer
Beisitzer

Gesundheits- und sozialpolitische Agenda 2007 bis 2011

Im Jahr 2008 führte der Deutsche Bundestag eine 20prozentige Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein (Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-OrgWG). Damit konnte die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verbessert werden. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) konnte 2007 empirisch eindrücklich belegen, dass nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird, auch eine Behandlung bekommt.

rapeuten wäre es allerdings notwendig gewesen, dass Psychotherapeuten z. B. Ergotherapie und Logopädie verordnen können. Eine Aufhebung dieser Befugniseinschränkung konnte im Kontext des 15. AMG nicht erreicht werden.

Ein erster Gesetzentwurf für ein Bundeskinderschutzgesetz scheiterte in der 16. Legislaturperiode, insbesondere weil Jugendämter zu Hausbesuchen verpflichtet werden sollten. Thema des Kinderschutzgesetzes war auch eine Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger, die Psychotherapeuten und Ärzten mehr Sicherheit geben sollte, wenn

2008

01.01.2008

Telekommunikationsüberwachungsgesetz

2009

01.01.2009 Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

25.03.2009

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG

Das GKV-OrgWG brachte auch eine Klarstellung, für die die BpTK seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gestritten hatte. Danach hatte der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, einen vollen Versorgungsauftrag auf einen halben zu reduzieren. Das Bundesgesundheitsministerium ging damals davon aus, dass Ärzte oder Psychotherapeuten, die sich entschließen, einen halben Praxis-sitz abzugeben, diesen über die Zulassungsausschüsse ausschreiben können. Dieser Auffassung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gefolgt. Das GKV-OrgWG stellte schließlich klar, dass zurückgegebene halbe Praxis-sitze ausgeschrieben werden müssen.

Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ermöglicht auch im ambulanten Bereich multiprofessionelle Behandlungsansätze, die insbesondere für Kinder und Jugendliche mit komplexen psychischen Störungen eine wichtige Ergänzung des ambulanten Behandlungsangebotes sind. Die BpTK hatte sich im Rahmen der 15. AMG-Novelle dafür eingesetzt, dass Vertragspartner der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auch Psychotherapeuten und nicht nur Ärzte sein können. Für eine Einbeziehung der Psychothe-

rapen an das Jugendamt weitergeben. In der 17. Legislaturperiode liegt nun ein weiterer Entwurf eines Kinderschutzgesetzes vor.

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), stellte im Jahr 2009 die Weichen für ein neues Entgelt-system für Psychiatrie und Psychosomatik. Ziel der BpTK war, psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, eine leitlinienorientierte Versorgung anzubieten, die in der Regel eine psychotherapeutische Orientierung der stationären Versorgung erfordert. Die BpTK arbeitet deshalb an der Entwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zur Leistungserfassung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit und ist in die Beratungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Konkretisierung der Grundstrukturen des neuen Entgeltsystems einbezogen.

Bei der Beratung des KHRG und der Entwicklung des OPS hat die BpTK immer wieder auf die Versorgungsleistungen der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) hingewiesen. Diese werden in der Regel nicht vergütet. Letztlich schei-

terte die BpTK mit dem wichtigen Anliegen, für PiA eine angemessene Vergütung zu sichern, da PiA nach dem Psychotherapeutengesetz eine „praktische Tätigkeit“ erbringen, für die keine verbindlichen Vergütungsregeln möglich sind. Die BpTK setzte sich für mehr Transparenz insbesondere im Vorfeld einer stationären Behandlung ein. In einem Patientenrechtegesetz sollten u. a. die Rahmenbedingungen für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung festgelegt werden. Patienten müssen mit einem Krankenhaus vereinbaren können, welche Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden sollen, wenn sie in einer psychischen Krise aufgenommen werden und ihren Willen nicht mehr artikulieren können. Gerade Patienten, die aufgrund der Schwere und/oder Chronizität ihrer Erkrankung damit rechnen müssen, erneut stationär behandelt zu werden, könnten von einem klaren gesetzlichen Rahmen für Behandlungsvereinbarungen profitieren.

lung gehört damit zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In der Behandlung von Schwerstopiatabhängigen hat sich die Kombination einer heroingestützten Behandlung mit intensiver psychosozialer Begleitung als erfolgreiche Behandlungsoption herausgestellt. In einem großen Modellprojekt mit über 1.000 Schwerstkranken erwies sich die Substitutionsbehandlung mit Diamorphin im Vergleich zu Methadon als wirksamer. Es kam insbesondere zu einem starken Rückgang des illegalen Drogenkonsums und der Kriminalität. Die BpTK setzte sich daher dafür ein, dass Diamorphin nun als verschreibungspflichtiges Betäubungsmittel eingestuft wird und der Zugang zur Substitutionsbehandlung mit Diamorphin gesetzlich geregelt ist.

Seit Januar 2011 erleichtert das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) den Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung

2011

15.07.2009 Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung

23.07.2009 Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften – 15. AMG-Novelle

01.01.2011 Gesetz zur Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (Therapieunterbringungsgesetz – ThUG)

26.01.2011
Anhörung zum Patientenrechtegesetz

Mit zwei Gesetzen hat der Deutsche Bundestag im Jahr 2007 und 2009 in äußerst problematischer Weise den Vertrauensschutz von Patienten in einer psychotherapeutischen Behandlung relativiert. Mit dem Telekommunikationsüberwachungsgesetz wurde u. a. das staatliche Abhören von Telefongesprächen möglich, obwohl Psychotherapie unbestritten ein Kernbereich der privaten Lebensgestaltung ist, bei dem die Bürger auch bei der Verfolgung schwerer Straftaten vor verdeckten staatlichen Ermittlungen geschützt sein müssen. Mit dem Gesetz zur Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus durch das Bundeskriminalamt (BKA) wurde es seit 1. Januar 2009 außerdem möglich, präventiv ohne konkreten Tatverdacht in die Privatsphäre von Patienten und Psychotherapeuten einzugreifen und z. B. online auf Praxiscomputer zuzugreifen. Gegen das BKA-Gesetz läuft eine Verfassungsbeschwerde, an der sich Jürgen Hardt (Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Hessen) als Beschwerdeführer beteiligt. Seit einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 1968 sind Süchte als Krankheit anerkannt. Deren Behand-

(PKV). Dieser wird künftig schon möglich sein, wenn das Jahreseinkommen der Versicherten ein Jahr lang über der Versicherungspflichtgrenze liegt (bisher drei Jahre). Diese neue Regelung kann die GKV in den nächsten drei Jahren bis zu einer Milliarde Euro kosten. Die BpTK sieht darin eine Entscheidung zulasten der Versorgung psychisch kranker Menschen, denn die PKV bietet Menschen mit psychischen Vorerkrankungen in der Regel keinen Versicherungsschutz an.

Mit dem „Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter“ (ThUG) soll es künftig möglich sein, Straftäter, die bisher in Sicherungsverwahrung untergebracht waren, in „geschlossene medizinisch-therapeutische Einrichtungen“ einzuweisen. Der Gesetzgeber unterstellt nun, dass diese Straftäter „psychisch gestört“ seien, um der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zu entsprechen. Auch wenn das politische Ziel, die Allgemeinheit vor gefährlichen Gewalt- und Sexualtätern zu schützen, uneingeschränkt richtig ist, bleibt aus Sicht der BpTK eine Psychiatrisierung des Strafrechts inakzeptabel.

Zukunft der Versorgung

Chancen einer Reform der Bedarfsplanung

Glaubt man den gesetzlichen Krankenkassen, dann herrscht in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland eine flächendeckende Überversorgung. Nach ihren Berechnungen haben sich in fast allen Planungsbereichen mehr Psychotherapeuten niedergelassen als notwendig, in einigen Bereichen sogar fünfmal so viele. Kein Patient dürfte also Schwierigkeiten haben, einen Behandlungsplatz zu bekommen.

Tatsächlich finden psychisch Kranke nur selten innerhalb akzeptabler Zeit einen Behandlungsplatz bei einem Psychotherapeuten. Die Zahl der Menschen, die eine psychotherapeutische Behandlung suchen, nimmt ständig zu. Es ist die Regel, dass psychisch kranke Menschen bei vielen niedergelassenen Psychotherapeuten nachfragen und doch nur auf einer Warteliste vermerkt werden können. Selbst in angeblich gut versorgten Großstädten warten die Patienten häufig wochenlang auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten und monatelang auf den Beginn der Therapie. In der Versorgung psychisch kranker Menschen herrscht de facto eine gravierende Unterversorgung. Patienten mit psychischen Krisen und schwer psychisch Kranke, die nicht warten können, müssen auf stationäre Behandlungsangebote ausweichen und erhalten vielfach nur Pharmakotherapie, obwohl Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie das Mittel der Wahl ist. Die BPTK setzt sich daher dafür ein, die Bedarfsplanung grundlegend zu reformieren. Ziel muss sein, dass psychisch Kranke in der Regel nicht länger als drei Wochen auf einen Behandlungsplatz warten.

Bisherige „Bedarfsplanung“

Woran liegt es, dass die bisherige „Bedarfsplanung“ den Bedarf so offensichtlich nicht deckt? Der Grund ist, dass ihre Systematik, wie der Name vermuten lässt, überhaupt nicht darauf angelegt ist, den Bedarf an medizinischen Leistungen zu ermitteln.

Die Bedarfsplanung wurde eingeführt, um die gesetzliche Krankenversicherung vor einer „Ärztenschwemme“ zu schützen, also zu verhindern, dass sich immer mehr Ärzte niederlassen. Hierzu wurde festgelegt, dass sich kein weiterer Arzt mehr in einem Planungsbereich niederlassen darf, wenn der so genannte Versorgungsgrad dort bereits

mehr als 110 Prozent beträgt. Der Versorgungsgrad von 100 Prozent beschreibt ein bestimmtes Verhältnis von Ärzten zu Einwohnern, das als ausreichend gilt. Diese Soll-Zahl wurde aber nicht etwa auf der Basis des tatsächlichen Behandlungsbedarfs ermittelt, indem fachlich festgelegt wurde, wie viele Ärzte für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in den Planungsbereichen benötigt werden. Vielmehr wurden die Planungsbereiche in verschiedene Stadt- und Kreistypen eingeteilt und festgestellt, wie viele Ärzte es dort im Jahr 1990 durchschnittlich gab. Diese Ist-Zahl der Ärzte wurde als notwendig akzeptiert und galt fortan als ausreichend (100 Prozent). Später diente sie dazu, eine Obergrenze von 110 Prozent zu definieren, ab der sich in einem Planungsbereich kein weiterer Arzt niederlassen darf.

Dieses Prozedere wurde 1999 auch auf die Psychotherapeuten angewendet. Heraus kam, dass in Großstädten ein Psychotherapeut für 2.577 Einwohner notwendig sein soll und in ländlichen Kreisen ein Psychotherapeut für 23.106 Einwohner. Das entsprach in etwa der faktischen Verteilung der niedergelassenen Psychotherapeuten in der Stadt und auf dem Land kurz nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Die bisherige Bedarfsplanung geht somit davon aus, dass das historische Niederlassungsverhalten von Vertragsärzten und -psychotherapeuten der zentrale Indikator für den Versorgungsbedarf ist.

Verhältniszahlen für Psychotherapeuten besonders ungünstig

Die Verhältniszahlen für die Zulassung psychotherapeutischer Praxen basieren auf dem Versorgungsangebot vom 31. August 1999. Dieses Angebot wurde dem tatsächlichen Versorgungsbedarf bei psychischen Krankheiten nicht gerecht. Anders als Vertragsärzte arbeiteten Psychotherapeuten bis 1999 im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren. Die dadurch bedingte gravierende Unterversorgung war Anlass für die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und die Integration der Psychotherapeuten in die Kassenärztliche Vereinigung. Die vor dem Psychotherapeutengesetz herrschende Unterversorgung wurde jedoch in der Bedarfsplanung festgeschrieben.

Hinter der Angabe eines Versorgungsgrades von 100 Prozent stehen in absoluten Zahlen sehr unterschiedliche Relationen von Psychotherapeuten zu Einwohnern. Während sich in einer Kernstadt 38,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner niederlassen können, sollen in ländlichen Kreisen 4,3 Psychotherapeuten für 100.000 Einwohner ausreichen. Wenn in einem ländlichen Kreis aber mehr als 4,3 niedergelassene Psychotherapeuten 100.000 Einwohner versorgen, gilt dieser bereits als überversorgt. Im Landkreis Garmisch-Partenkirchen haben sich bis heute 19,7 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niedergelassen. Aus Sicht der Krankenkassen ist dieser Kreis damit erheblich überversorgt. Sein Versorgungsgrad beträgt jetzt 519,6 Prozent. Angeblich sind dort also fünfmal so viele Psychotherapeuten tätig wie notwendig. Dagegen gilt Dresden als einer der Planungsbereiche, der in Deutschland am schlechtesten mit Psychotherapeuten versorgt ist. Dort arbeiten immerhin 35,5 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Das sind fast doppelt so viele wie in Garmisch-Partenkirchen. Grund für die Unterversorgung in Dresden ist, dass Dresden zu den „Kernstädten“ zählt und deshalb nach der Logik der Bedarfsplanung erheblich mehr Psychotherapeuten benötigt als ein ländlicher Kreis.

Dieses Gefälle in der psychotherapeutischen Versorgungsdichte entspricht nicht der regionalen Verteilung der psychischen Morbidität in Deutschland. Das zeigen die Daten des Bundesgesundheitsveys. In ländlichen Kreisen sind die Menschen demnach um 23 Prozent weniger häufig psychisch krank als in Städten. Die bisherige Bedarfsplanung nimmt aber an, dass die Menschen dort um 89 Prozent seltener psychisch krank werden. Auch die Zahl der Nervenärzte und Psychiater, die in ländlichen Kreisen für notwendig erachtet werden, ist in der bisherigen Bedarfsplanung im Vergleich zu Großstädten um bis zu 75 Prozent abgesenkt. Dies verdeutlicht, dass die regionalen Spreizungen der Verhältniszahlen für die beiden zentralen Leistungserbringergruppen massiv von den tatsächlichen regionalen Morbiditätsunterschieden abweichen.

Versorgungsbedarf wächst

Der Versorgungsbedarf in einer Region hängt davon ab, welche Krankheiten die Menschen dort haben, wie alt sie sind, ob sie in der Familie oder allein leben und welche Behandlung sie nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen benötigen und in Anspruch nehmen wollen. Ob eine Versorgung gut oder schlecht ist, hängt auch davon ab, ob die Kooperation zwischen niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern funktioniert, ob Ärzte, Psy-

Sonderbedarf für Migranten

Voraussetzung für eine Psychotherapie ist u. a. eine gute sprachliche Verständigung. Menschen mit Migrationshintergrund, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, sollte deshalb eine muttersprachliche Psychotherapie angeboten werden. Das Instrument der lokalen Sonderbedarfsregelung bietet eine Möglichkeit, dies bei einem hohen Anteil einer Migrantengruppe, z. B. in einem Stadtviertel einer Großstadt, sicherzustellen. Dabei werden Sonderbedarfszulassungen nur an Psychotherapeuten erteilt, die die Muttersprache der Patienten sprechen.

Der Anteil von Menschen beispielsweise mit türkischem Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung beträgt durchschnittlich ca. drei Prozent. In Ballungsgebieten liegt dieser Anteil um ein Vielfaches darüber. Als Kriterium für einen Sonderbedarf könnte z. B. ein Anteil von mindestens zehn Prozent festgelegt werden. Dadurch entstünde beispielsweise in Berlin ein Sonderbedarf für Psychotherapie in Türkisch in drei Bezirken: in Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln. 2009 lebten in Berlin-Neukölln 34.780 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, was einem Anteil von 11,3 Prozent der Bevölkerung entspricht. Davon sprechen die Meisten Deutsch. Der lokale Sonderbedarf errechnet sich nur für die ca. 18 Prozent der türkischen Bevölkerung in Deutschland, die nicht über mindestens „mittelmäßige deutsche Sprachkenntnisse“ verfügen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge). Dies betrifft in Neukölln ca. 6.200 Menschen. Da in Berlin nach der allgemeinen Bedarfsplanung für 2.557 Einwohner ein Psychotherapeut zur Verfügung stehen soll, ergäbe sich in Neukölln ein lokaler Sonderbedarf von zwei bis drei Psychotherapeuten, die ausschließlich in türkischer Sprache behandeln, in gesamt Berlin von sieben Psychotherapeuten.

chotherapeuten und Pflegekräfte miteinander oder aneinander vorbei arbeiten.

Die Menschen haben außerdem heute nicht mehr die gleichen Krankheiten wie in früheren Zeiten. Sie haben weniger akut verlaufende Infektionskrankheiten und mehr chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sie leiden nicht mehr in erster Linie an körperlichem Verschleiß, sondern zunehmend an psychischen Belastungen. Eine Gesellschaft mit einem wachsenden Anteil älterer Menschen braucht mehr Ärzte und Pflegekräfte, die chronische Krankheiten behandeln und Pflegebedürftige versorgen. Geändert haben sich aber auch die Schwerpunkte in der Behandlung, z. B. von psychischen Krankheiten. Psycho-

therapie ist in der Regel allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie das Mittel der Wahl.

Bedarfsplanung mittels Versorgungszielen

Notwendig ist daher eine Bedarfsplanung, die sich tatsächlich am steigenden Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen orientiert. Deshalb ist zukünftig eine prospektive und sektorenübergreifende Planung notwendig, die als ersten Schritt Versorgungsziele für ausgewählte Patientengruppen oder für bestimmte Krankheitsbilder festlegt. Aus diesen Versorgungszielen lassen sich Empfehlungen für Kollektiv- und Selektivverträge und vor allem für die notwendigen Versorgungskapazitäten im ambulanten und stationären Bereich ableiten. Vorrangig sind Bereiche, in denen aufgrund des demografischen Wandels Versorgungsdefizite bekannt sind oder eine bes-

sere integrierte Versorgung besonders notwendig ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss könnte – wie bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – turnusmäßig prioritäre Handlungsfelder benennen und dazu ein Verfahren festlegen. Auf Landesebene sollten Arbeitsgemeinschaften per Gesetz damit beauftragt werden, regionale Versorgungsziele zu vereinbaren und zu operationalisieren. Die Arbeitsgemeinschaften könnten z. B. beschließen, innerhalb eines definierten Zeitraums den Anteil von Menschen mit mittleren oder schweren Depressionen, die leitliniengerecht versorgt werden sollen, auf einen bestimmten Prozentsatz zu erhöhen. Wie hoch der Anteil der leitliniengerecht versorgten Patienten sein sollte, kann vor dem Hintergrund der regionalen Varianz vereinbart werden. Dafür wird der Status quo der Zielerreichung landes- oder planungsbereichsübergreifend dargestellt.

GKV-Planungsbereiche

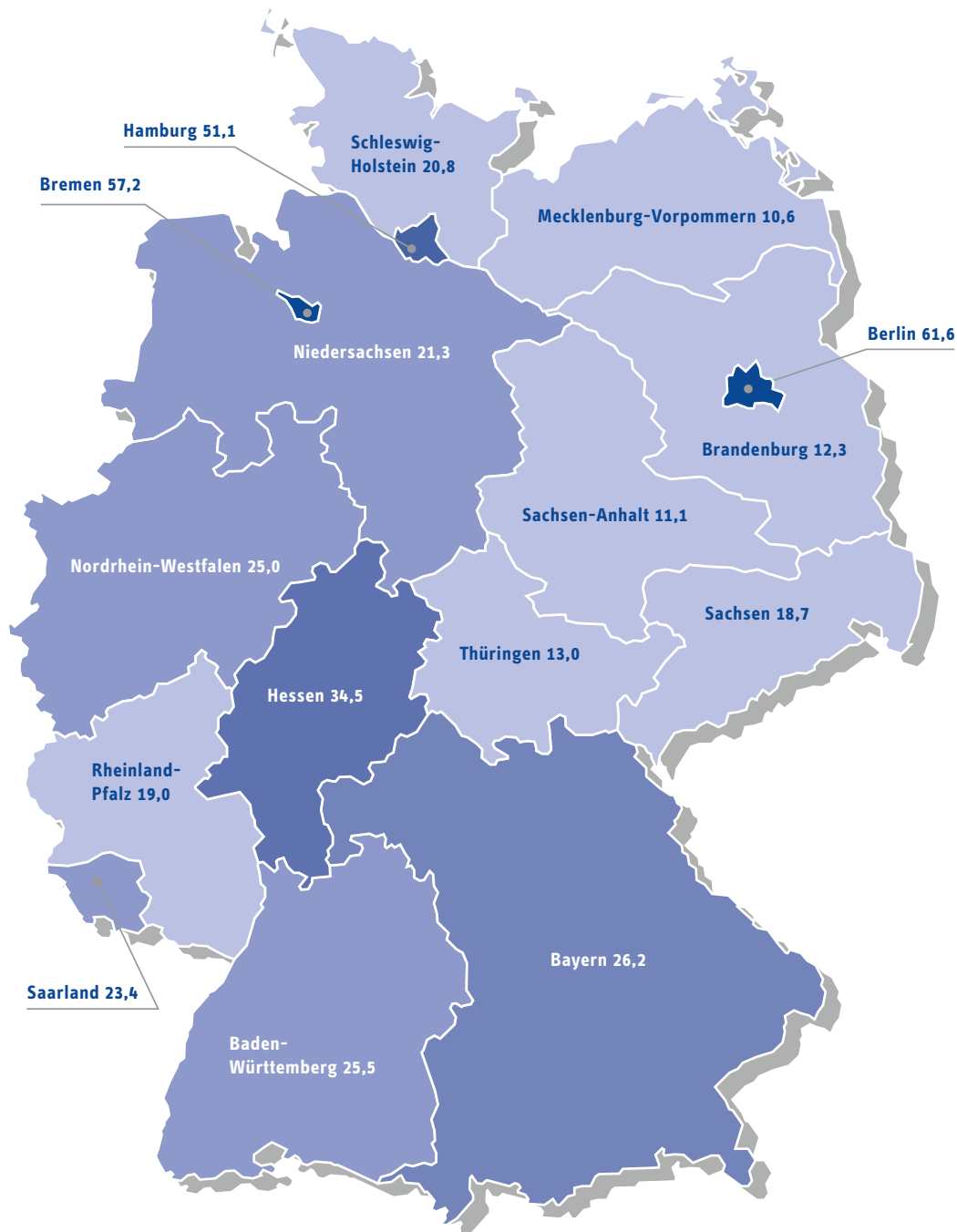
Vergleich: Versorgungsgrade und Anzahl von Psychotherapeuten

Planungsbereiche mit höchsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad (Prozent)	Tatsächliche Anzahl der Psychotherapeuten (je 100.000 Einwohner)
Tübingen	584,0	69,61
Dachau	567,2	55,94
Garmisch-Partenkirchen	519,6	22,49
Göttingen	465,7	55,52
Lüchow-Dannenberg	463,2	20,05
Marburg-Biedenkopf	460,4	54,89
Starnberg	460,1	45,38
Uelzen	439,7	19,03
Gießen	434,3	51,78
Freiburg im Breisgau	377,4	117,83

Planungsbereiche mit niedrigsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad (Prozent)	Tatsächliche Anzahl der Psychotherapeuten (je 100.000 Einwohner)
Zwickauer Land	74,6	6,47
Stollberg	90,1	5,84
Aue-Schwarzenberg	100,8	8,01
Ingolstadt	104,2	31,72
Heilbronn	104,9	26,52
Erfurt	105,3	25,99
Göppingen	105,6	12,99
Fürth	106,1	37,11
Miltenberg	107,0	11,60
Annaberg	107,5	6,86

Quelle: Kleine Anfrage der SPD-Bundtagsfraktion zur Versorgung psychisch kranker Menschen im ländlichen Raum (BT-Drs. 17/4643)

Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner



Quelle: BPTK 2011

Deutscher Psychotherapeutentag 2007 bis 2011

Zukunft der Profession: Das Schwerpunktthema der Deutschen Psychotherapeutentage (DPT) war in den Jahren zwischen 2007 und 2011 die Zukunft der Profession. Dabei ging es um die zentralen Fragen: Wie sichert die Profession, dass der Masterabschluss die Voraussetzung für die postgraduale Ausbildung ist, und wie kann es gelingen, die prekäre Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit nachhaltig zu verbessern?

Gesundheitspolitische Verantwortung: Die Deutschen Psychotherapeutentage begleiteten konstruktiv die gesundheitspolitische Arbeit des BPTK-Vorstandes. Zentrale Themen dieser Amtsperiode waren die Reform der Be-

darfsplanung, insbesondere die Einführung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, das neue Entgeltssystem für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sowie das wachsende Engagement der BPTK im Feld der Versorgungsforschung.

Proklamation gegen Folter: Angesichts der Tatsache, dass nach dem 11. September 2001 insbesondere psychische Folter selbst für demokratische Staaten wieder denkbar wurde, verabschiedete der 12. DPT eine Proklamation gegen Folter. Für Psychotherapeuten gebe es keine Rechtfertigung, sich an Folter oder der Erforschung und Entwicklung von Foltertechniken zu beteiligen. Psychotherapeuten arbeiten nicht als Berater in Verhören, in

Der DPT ist das Parlament der deutschen Psychotherapeutenchaft. Sie ist die Versammlung der Bundesdelegierten, die in den Psychotherapeutenkammern der Länder gewählt werden. Die DPT finden mindestens einmal im Jahr statt, in der Regel jedoch zweimal jährlich. Seit dem 14. DPT finden die Delegiertenversammlungen im Frühjahr in Berlin statt. Für die Herbst-DPT sind wechselnd die Landespsychotherapeutenkammern Gastgeber. Der Bundesvorstand kann aus einem wichtigen Grund eine außerordentliche Bundesdelegiertenversammlung beschließen.

Dr. Lothar Wittmann,
BPTK-Vizepräsident von
2003 bis 2005, Delegierter
der DPT von 2003 bis 2010



Wahl des BPTK-Vorstandes 2007:
v. l. Peter Lehndorfer,
Andrea Mrazek, M.A., M.S.,
Prof. Dr. Rainer Richter,
Monika Konitzer,
Dr. Dietrich Munz



Bild oben: Prof. Dr. Rainer Richter, BPTK-Präsident seit 2005

Bild links: 16. DPT in Berlin 2010 stimmt mit großer Mehrheit für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung



DPT-Versammlungsleitung:
v. l. Gerd Hoehner,
Wolfgang Schreck (Leiter),
Bertke Reiffen-Züger



Michael Krenz,
Präsident der PtK Berlin



Alfred Kappauf,
Präsident
LPK Rheinland-Pfalz



Karl Heinz Schrömgens,
Präsident der PtK Bremen



Juliane Dürkop,
Präsidentin der
PtK Schleswig-Holstein



Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der
PtK Niedersachsen



17. DPT in Hannover,
Redner:
Dr. Nikolaus Melcop

17. Deutscher Psychotherapeutentag

Thema	Ordnung	Raum
11.00-13.30	Raum 1-4	
13.30-14.00	Raum 1-3	
14.00-18.30	Raum 1-4	
14.00-18.30	Raum 1-2	
18.00-19.00	Raum 1-3	
18.00-19.00	Raum 1-3	
17.00-19.00	Raum 1-3	
17.00-19.00	Raum 1-1	
17.00-19.00	Raum 1-2	
17.00-19.00	Raum 1-3	
17.00-19.00	Raum 1-4	
18.00-21.00	Raum 1-4	
19.00-22.00		



Bild rechts:
v. l. Anne Springer,
Dr. Dietrich Munz,
Susanne Walz-Pawlita,
Albrecht Stadler



10. DPT in Berlin 2007 tagt erstmals mit Delegierten der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK). Der 13. DPT (2008) war Gast der OPK in Leipzig.



Bilder oben: Monika Konitzer diskutiert mit Peter Lehndorfer den richtigen Weg in der Ausbildungsreform

Bild unten: Inge Berns, stellvertretende DPT-Versammlungsleiterin (2005 bis 2009)



denen Foltertechniken angewendet werden. Psychotherapeuten fordern unbedingten Verzicht der Polizei, der Geheimdienste und des Militärs auf physische und psychische Folter.

Patientenrechte: Der DPT brachte sich in die Debatte um ein Patientenrechtegesetz ein. Ein Patientenvertreter machte deutlich, dass es neben mehr Transparenz der Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis insbesondere um eine patientenorientierte Darstellung der Behandlungsqualität gehe. Für Patienten sei Dokumentation keine überflüssige Bürokratie, sondern bei den heutigen komplexen Behandlungsprozessen und der häufigen Beteiligung mehrerer Behandler Teil des Behandlungsgeschehens.

Keine Psychopharmaka für Gesunde: Die Delegierten beobachteten mit Sorge die Debatte um die angeblich leistungssteigernde Wirkung von psychotropen Substanzen. Der 15. DPT forderte, nicht an der Rezeptpflichtigkeit psychotroper Substanzen zu rütteln und deutlich zu machen, dass es trotz mehrerer Studien keine überzeugenden und konsistenten Nachweise für eine objektive Wirksamkeit beim Menschen gebe. Es bestehe die Gefahr, dass sich der Druck, insbesondere am Arbeitsplatz, erhöhe, solche Substanzen einzunehmen.

Versammlungsleitung: Dem DPT standen als Versammlungsleiter seit dem 11. DPT Wolfgang Schreck und als seine Stellvertreter Inge Berns und Gerd Höhner vor. Inge Berns verabschiedete sich auf dem 15. DPT von den Delegierten, da sie sich aus der aktiven berufspolitischen Arbeit zurückzog. Als ihre Nachfolgerin wurde auf dem 16. DPT Bertke Reiffen-Züger als Vertreterin der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewählt.

Übersicht „Deutsche Psychotherapeutentage“ (DPT) – 2007 - 2011

DPT	Datum	Ort
10. DPT	12. Mai 2007	Berlin
11. DPT	10. November 2007	Mainz
12. DPT	31. Mai 2008	Bremen
13. DPT	15. November 2008	Leipzig
14. DPT	9. Mai 2009	Berlin
15. DPT	14. November 2009	Lübeck
16. DPT	8. Mai 2010	Berlin
17. DPT	13. November 2010	Hannover

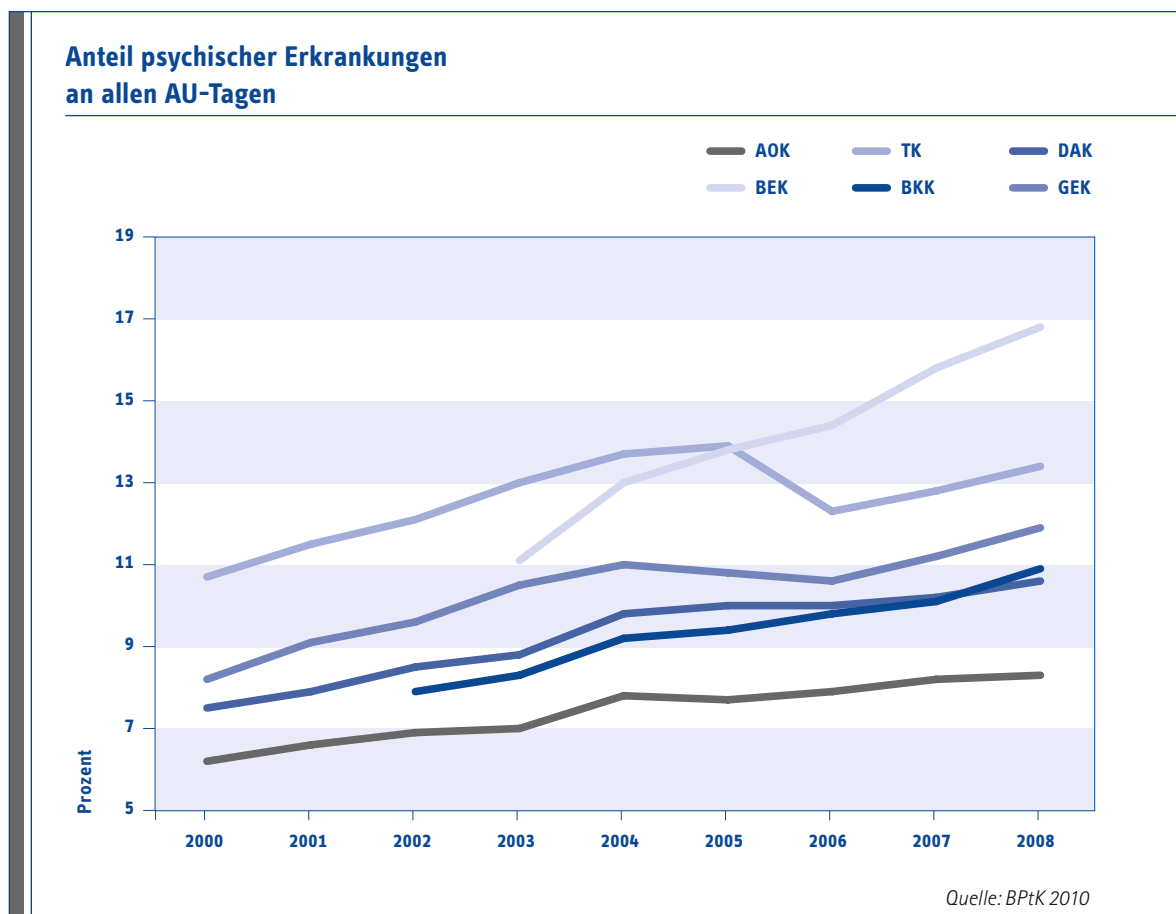
Arbeit und psychische Gesundheit

Die BPTK hat in einer Synopse die Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen seit dem Jahr 2000 ausgewertet und wissenschaftliche Studien gesichtet, die untersuchen, welchen Einfluss die moderne Arbeitswelt auf die psychische Gesundheit hat. Seit 1980 besteht der Trend, dass deutsche Arbeitnehmer immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig sind (siehe Abbildung). Seit 1990 haben sich die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt. Im Jahr 2008 war jeder sechste bis zwölfte Arbeitnehmer in Deutschland aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. Psychische Erkrankungen verursachen überdurchschnittlich lange Fehlzeiten in den Betrieben: bei AOK-Versicherten durchschnittlich ca. drei Wochen, bei DAK-Versicherten vier Wochen und bei BARMER-Versicherten sogar 39,1 Tage pro Krankschreibung. Der Ausfall am Arbeitsplatz aufgrund einer Atemwegserkrankung dauerte dagegen durchschnittlich nur rund sechs Tage. Aus dem BARMER GEK Report 2010 geht her-

vor, dass rund 30 Prozent der Versicherten psychisch erkrankt sind. Diese Zahl ist vergleichbar mit Ergebnissen von wissenschaftlich-epidemiologischen Studien. Deshalb ist der wachsende Anteil von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die aufgrund einer seelischen Störung arbeitsunfähig sind, nicht überraschend.

Depressive Episoden und Belastungsreaktionen

Deutsche Arbeitnehmer erkranken am häufigsten an Depressionen, gefolgt von psychischen Erkrankungen, die durch belastende oder traumatische Lebensereignisse hervorgerufen werden („Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen“). Danach folgen unspezifisch-neurotische Diagnosen und somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden, die keine organische Ursache haben. Der hohe Anteil der unspezifisch-neurotischen Diagnosen ist ein Anzeichen dafür, dass Ärzte bei psychischen Erkrankungen immer noch recht unsicher diagnostizieren. Depressionen verursachen deutlich längere Krankschrei-



bungen als Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (siehe Abbildung). Ein depressiv Erkrankter fehlt durchschnittlich 35 bis 50 Tage an seinem Arbeitsplatz. Eine Analyse der BARMER (2009) ergab, dass manche depressiv kranken Menschen sogar 13 Wochen ausfallen.

Dienstleistungssektor

Seelische Erkrankungen sind ein besonderes Merkmal von Angestelltenberufen. Alle Krankenkassen verzeichneten z. B. bei den Beschäftigten in öffentlichen Verwaltungen deutlich mehr Fehltag aufgrund psychischer Störungen als im Bundesdurchschnitt. Bei Angestellten im Gesundheits- und Sozialwesen, in Telekommunikation sowie Erziehungs- und Unterrichtswesen werden ebenfalls überdurchschnittlich viele Krankheitstage aufgrund psychischer Störungen festgestellt. Über besonders betroffene Berufe berichtet die BKK: 2009 fehlten Telefonistinnen 333 Tage pro 100 Versicherte im Vergleich zu 134 Tagen im Bundesdurchschnitt. Ähnlich hohe Fehlzeiten finden sich bei Wächtern/Aufsehern (245), Helfern in der Krankenpflege (267) oder Kontrolleuren (273).

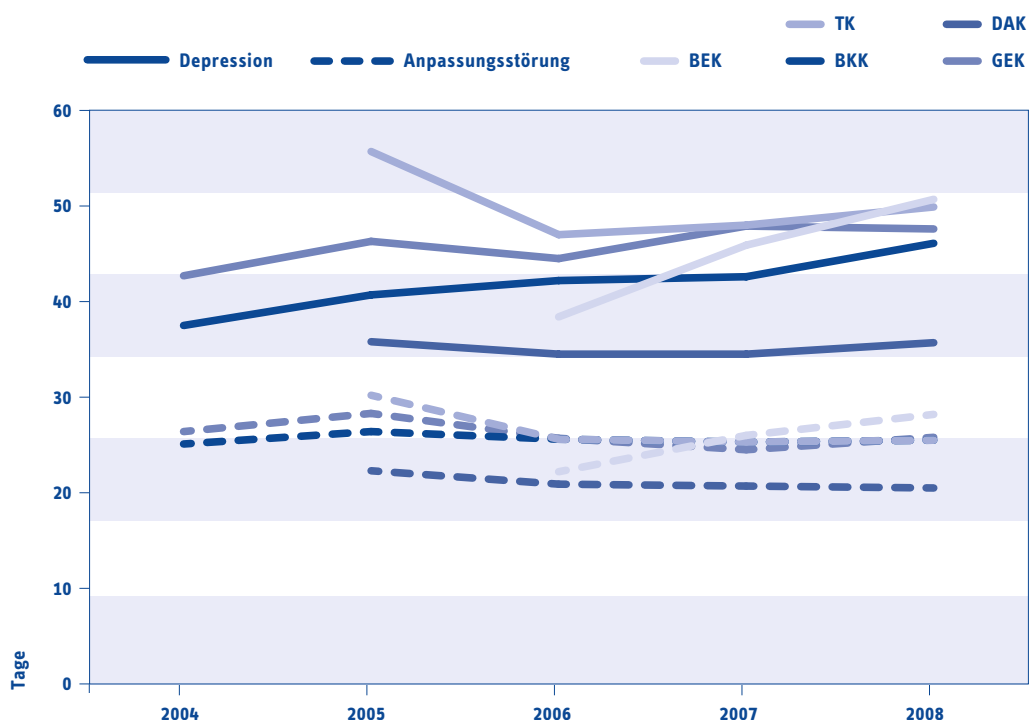
Die wissenschaftlichen Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Erwerbstätige bei der Kombination aus hohen

Anforderungen (z. B. Zeitdruck, Komplexität der Aufgaben, Verantwortung) und geringem Einfluss auf den Arbeitsprozess überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen entwickeln. Weitere Studien zeigen eine Häufung psychosomatischer Beschwerden, wenn ein gravierendes Ungleichgewicht zwischen Einsatz im Beruf („Verausgabung“) und Entlohnung sowie Anerkennung (z. B. Gehalt, Wertschätzung der Person, Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit) besteht. Nach einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin war das Risiko, an einer Depression zu erkranken, bei den Arbeitnehmern erhöht, bei denen eine objektiv hohe Arbeitsbelastung (Zeitdruck, Störung des Arbeitsablaufs und wenig Möglichkeiten, Aufgaben an andere zu delegieren) festgestellt wurde.

Arbeitslosigkeit

Arbeitslose sind drei- bis viermal so häufig psychisch krank wie Erwerbstätige. GEK und BKK berichten zudem, dass Arbeitslose besonders häufig wegen Alkoholabhängigkeit und Depressionen in Krankenhäusern behandelt werden. Arbeitslosigkeit verursacht deutlich häufiger psychische Erkrankungen, als dass Arbeitnehmer umge-

Krankschreibungsdauer



Quelle: BpTK 2010

kehrt infolge einer bestehenden psychischen Erkrankung ihre Arbeit verlieren. Arbeitslosigkeit ist damit ein Risiko für die psychische Gesundheit. Der Verlust der Arbeit kann krank machen, weil dadurch der sinnstiftende Charakter der Arbeit verlorengeht. Mit dem Verlust der Arbeit werden auch der gesellschaftliche Status, die Zeitstruktur des Tages und der Woche, die Kontakte zu Arbeitskollegen und berufliche Zielsetzungen gefährdet. Eine weitere psychische Belastung ergibt sich für Arbeitslose durch das so genannte „Inkongruenzerleben“: Die Berufstätigkeit hat in ihrem persönlichen Wertesystem nach wie vor eine ähnlich hohe Bedeutung wie bei Werkträgern. Durch die fortdauernde Arbeitslosigkeit können sie ihren eigenen Werten nicht mehr entsprechen.

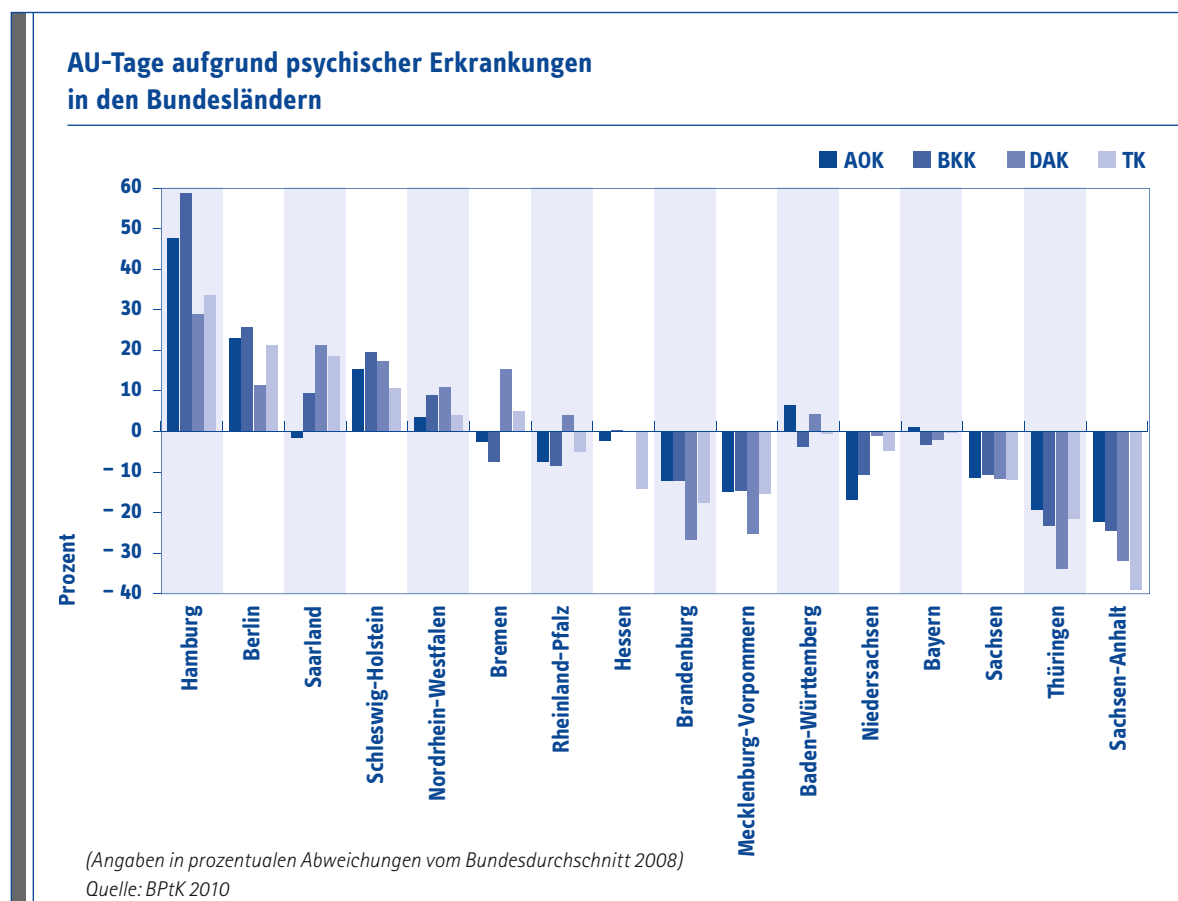
Regionale Unterschiede

Bei den prozentualen Abweichungen der einzelnen Bundesländer vom jeweiligen Bundesdurchschnitt für das Kalenderjahr 2008 fällt auf, dass in Berlin, in Hamburg und im Saarland die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt bei den aufgeführten Krankenkassen um mindestens 20 Prozent erhöht sind (siehe Abbildung). In Schleswig-Holstein und – in geringerem Ausmaß – in Nordrhein-Westfalen

sind die Angaben ebenfalls durchgängig überdurchschnittlich. Auffällig ist zudem, dass in den neuen Bundesländern fast durchgängig ein relativ niedriger Anteil psychischer Erkrankungen im AU-Geschehen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besteht.

Konsequenzen

Die arbeitspsychologischen Modelle bieten in Kombination mit den empirischen Befunden einen guten Rahmen für die Optimierung der Arbeitsbedingungen. Vor allem im Dienstleistungssektor sollten die Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass Arbeitsstakato und Überforderung vermieden werden. Ziel ist es außerdem, dass der Einzelne mehr Kontrolle über seine Arbeitsabläufe gewinnen kann (Verhältnisprävention). Betriebliche Gesundheitsförderung sollte über die Angebote zu Stress- und Ressourcenmanagement hinaus den Arbeitnehmern vermehrt gezielte Resilienztrainings anbieten, die deren psychische Widerstandskraft stärken und mit denen die gesunde Bewältigung von belastenden Situationen gefördert wird (Verhaltensprävention). Letztlich muss man auch die Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung erkennen und psychisch kranken Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem anbieten.



Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

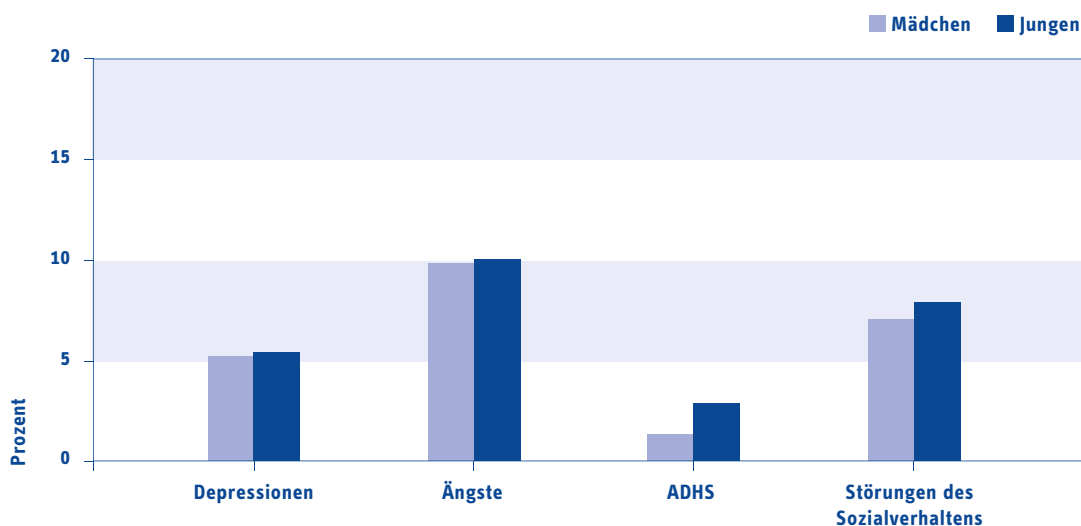
Kinder und Jugendliche

Mehr als 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigen psychische Auffälligkeiten. Etwa jedes zehnte Kind ist psychisch krank, bei weiteren 12 Prozent finden sich zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit. Besonders häufig sind Angststörungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens sowie ADHS. Jedes zehnte Kind leidet unter Ängsten (zehn Prozent), jedes 20. unter Depressionen (5,4 Prozent), jedes 13. Kind unter einer Störung des Sozialverhaltens (7,6 Prozent), rund jedes 50. unter ADHS (2,2 Prozent). Das sind die Ergebnisse des ersten deutschen Kinder- und Jugendlichengesundheitssurveys (KiGGS), die 2007 veröffentlicht wurden. In Deutschland werden jährlich ca. 700.000 Kinder und Jugendliche so schwer psychisch krank, dass sie behandelt werden müssen. Wie die KiGGS-Studie aber auch belegt, wird nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Erkrankung festgestellt wurde, tatsächlich behandelt. KiGGS dokumentiert, dass Kinder und Jugendliche vor-

rangig an Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens leiden. Diese Morbidität spiegelt sich in der Zahl der wegen psychischer Erkrankungen behandelten Kinder und Jugendlichen wider.

In den vergangenen Jahren stiegen insbesondere die Einweisungen in die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zwischen 2008 und 2009 nahm die Zahl der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren, die in Krankenhäusern behandelt wurden, um 23 Prozent und der 15- bis 19jährigen um 42 Prozent zu. Allein im Jahr 2008 wurden rund 120.000 psychisch kranke Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren stationär behandelt. Die steigende Zahl der stationären Behandlungen ist Indiz für eine massive Unterversorgung im ambulanten Sektor. Dort stieg zwar die Zahl der Behandler in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen 2003 und 2008 um ca. 20 Prozent und der Kinder- und Jugendpsychiater um mehr als 40 Prozent. Dennoch konnte der ambulante Sektor den Behandlungsbedarf nicht decken.

Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen



Besonders gefährdet ist die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien. Bei diesen Kindern summieren sich Risikofaktoren, Unfälle, Krankheiten, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung sowie psychische Auffälligkeiten. Kinder mit psychischen Auffälligkeiten kommen deutlich häufiger aus konfliktbelasteten Familien. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt für Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status auf das Doppelte (7,3 Prozent) im Vergleich zu Kindern aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (3,8 Prozent), das Risiko, an ADHS zu erkranken, sogar auf das Vierfache (3,7 Prozent versus 0,9 Prozent). Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status wachsen häufiger in Ein-Eltern-Haushalten auf. Auch ihre Eltern werden häufiger psychisch krank. Bis zur Pubertät sind Jungen stärker gefährdet, danach Mädchen. Während Jungen ein höheres Risiko haben, an ADHS (2,9 Prozent, Mädchen: 1,4 Prozent) oder einer Störung des Sozialverhaltens zu erkranken, sind Mädchen bei Essstörungen gefährdeter. Keine Geschlechtsunterschie-

de gibt es bei Depressionen und Ängsten. Außerdem begünstigen schlechte Wohnverhältnisse, Migration und mangelnde Integration ebenso wie Unerwünschtheit der Schwangerschaft, Gewalterfahrungen der Eltern, psychische oder Suchterkrankungen der Bezugspersonen die Entwicklung einer psychischen Erkrankung.

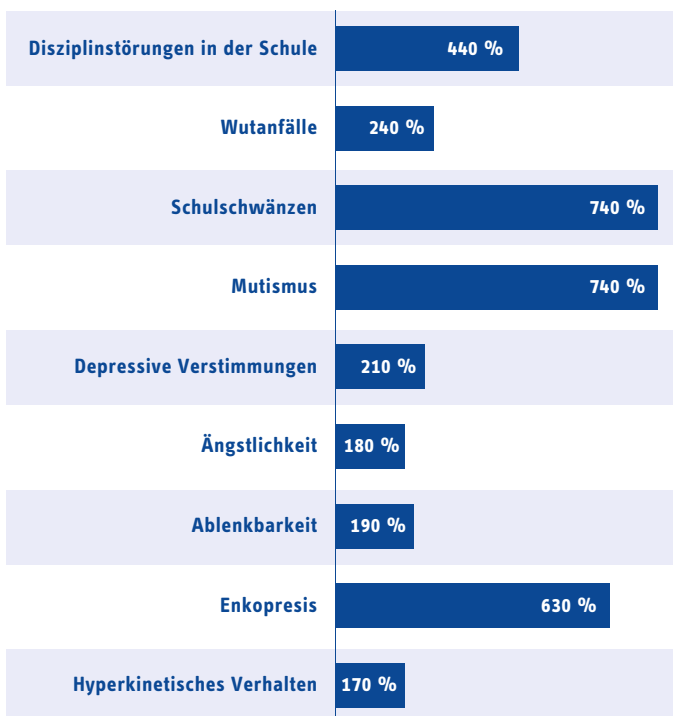
Viele psychische Erkrankungen beginnen schon im Kindesalter, die Hälfte aller Angststörungen beispielsweise schon vor dem elften Lebensjahr. Da psychische Krankheiten eine beträchtliche Persistenzrate aufweisen, muss bei einem bedeutenden Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher eine chronische Störung angenommen werden. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus das Risiko, als Erwachsener psychisch krank zu werden, um ein Vielfaches erhöhen. Ein Achtjähriger, der an einer depressiven Verstimmung leidet, hat ein doppelt so hohes Risiko, als 25jähriger psychisch zu erkranken als ein gesunder Achtjähriger. Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit deutlichen Symptomen reichen oft bis ins Erwachsenenalter. Sie sind Ursache von dauerhaften seelischen Behinderungen und verkürzen die Lebenserwartung. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter führen langfristig zu hohen sozialen Folgekosten. Dazu gehören Gesundheitskosten, schulische Misserfolge, fehlende Berufschancen und Arbeitslosigkeit, Heimaufenthalte und Inhaftierung.

■ ADHS und Methylphenidat

Bei Jungen (2,9 Prozent) wird ADHS doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Mädchen (1,4 Prozent). Im Grundschulalter (sieben bis zehn Jahre) ist die Diagnose besonders häufig (3,5 Prozent). ADHS kommt bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status (3,7 Prozent) etwa viermal so häufig vor wie bei Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status (0,9 Prozent).

Auffälligkeiten lassen sich bei Kindern und Jugendlichen, die an ADHS erkranken, bis ins Säuglings- und Kleinkindalter zurückverfolgen (z. B. Schreibabys). Ab dem Kindergartenalter fallen diese Kinder durch motorische Unruhe und Unfähigkeit zu ruhigen Beschäftigungen oder anhaltendem konzentriertem Spiel auf. Im Grundschulalter können sie sich nur kurz konzentrieren und sind leicht abzulenken. ADHS-Kinder bleiben oft hinter ihrer eigentlichen Leistungsfähigkeit zurück. Im Jugendalter gehen die Symptome der motorischen Unruhe zum Teil zurück, während die Aufmerksamkeitsstörungen weiterhin bestehen bleiben. Bei 30 bis 50 Prozent der Erkrankten setzt sich die Störung im Erwachsenenalter – bei veränderten

Symptome bei Achtjährigen, die das Risiko für eine psychische Erkrankung im Alter von 25 Jahren erhöhen



Quelle: Esser 2009

Symptomen – fort, so die Ergebnisse der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Bei der Behandlung von ADHS-Kindern und -Jugendlichen besteht nach wie vor eine Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die Verordnungen von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen sind nach einer GEK-Studie von 2008 seit Jahren rapide angestiegen. Dies gilt vor allem für Methylphenidat (Ritalin, Medikinet, Concerta), seit etwa drei Jahren auch für Atomoxetin (Strattera). Seit 1990 stieg die Zahl der verordneten Tagesdosierungen um das 150fache.

Der Gemeinsame Bundesausschuss schränkte am 16. September 2010 die Verordnungsfähigkeit von Methylphenidat ein und folgte damit einer Veränderung der Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Für ADHS-Patienten mit schweren Beeinträchtigungen sollten aber weiterhin die evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen umgesetzt werden (z. B. NICE Clinical Guideline, 2009). Für diese Patientengruppe ist eine Arzneimitteltherapie häufig erforderlich, um die erfolgreiche Teilnahme des Kindes an der Schule, seine soziale Integration und eine Entlastung der Familie zu ermöglichen. Gleichzeitig ist es dringend geboten, die Kapazitäten für nicht-medikamentöse Behandlungsbausteine auszuweiten und bestehende Versorgungsdefizite abzubauen.

Ab 2011 gehört ADHS nicht mehr zu den Erkrankungen, deren überdurchschnittlich hohe Behandlungskosten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abgedeckt sind. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einem Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom droht damit für die gesetzlichen Krankenkassen zu einem Verlustgeschäft zu werden. Der krankheitsbezogene Zuschlag in Höhe von 1.335 Euro jährlich wird künftig entfallen. Stattdessen werden die Kassen ab 2011 für einen ADHS-Kranken nur noch eine deutlich geringere krankheitsunabhängige Pauschale aus Grundpauschale sowie alters- und geschlechtsbezogenen Abschlägen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Mit dieser Entscheidung wird die Umsetzung bzw. Fortführung von innovativen Versorgungsmodellen und Verträgen für eine bessere Behandlung von ADHS-Kindern gefährdet. Grund dafür ist ein gesetzgeberischer Fehler, der zu einer systematischen Benachteiligung von Erkrankungen führt, die hauptsächlich in Kindheit und Jugend auftreten.

Durch den Morbi-RSA werden seit 2009 die Kosten für 80 Krankheiten, die besonders häufig und teuer sind, zwi-

schen den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen. Im Morbi-RSA werden jedoch nur Krankheiten berücksichtigt, wenn u. a. die durchschnittlichen Kosten der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten das 1,5fache der durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um eine Kinderkrankheit handelt oder um eine Krankheit, die in jedem Lebensalter auftritt. Aufgrund der selteneren Multimorbidität und der dadurch deutlich niedrigeren Gesamtbehandlungskosten bei jüngeren Versicherten ist das Überschreiten dieses Schwellenwertes für Krankheiten des jüngeren Lebensalters selbst bei hohen krankheitsspezifischen Kosten kaum zu erreichen. ADHS ist im Versorgungsgeschehen insbesondere eine Krankheit des Kindes- und Jugendalters. Über 90 Prozent aller ADHS-Diagnosen erhalten Patienten unter 18 Jahren.

■ Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen braucht einen gesetzlichen Rahmen analog zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Dazu gehört insbesondere eine gemeinsame Finanzverantwortung von Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Bildungswesen. Doch bis heute ist es in Deutschland nicht gelungen, eine sektorenübergreifende Koordination der Maßnahmen zu erreichen, mit der Gesundheitsrisiken verringert, Krankheiten frühzeitig entdeckt und vorgebeugt werden oder mit der verhindert werden kann, dass sich Krankheiten weiter verschlimmern. 2008 scheiterte der letzte Anlauf zu einem Präventionsgesetz bereits mit dem Referentenentwurf. Prävention und Gesundheitsförderung bleiben damit weiterhin ein Flickenteppich von Maßnahmen unterschiedlicher Kostenträger, Initiativen, Netzwerke und einer Vielzahl von Modellprojekten.

Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“

2010 wurde das überarbeitete Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de veröffentlicht. Neben Lebenskompetenz, Ernährung und Bewegung soll künftig ausdrücklich auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert werden. Im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de haben sich politisch Verantwortliche in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie der Wissenschaft zusammengeschlossen, um Nationale Gesundheitsziele und -maßnahmen zu konsentieren. Die BpTK ist Mitglied des Koopera-

tionsverbundes und war an der Überarbeitung von „Gesund aufwachsen“ beteiligt.

Früherkennung bei Grundschulkindern

Das Früherkennungsprogramm für Kinder (U-Untersuchungen) muss nach Einschätzung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages ausgebaut werden. Sie fordert insbesondere, die Vorsorgeelücke im Grundschulalter zu schließen. Bisher gehören die beiden freiwilligen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder von sechs bis zehn Jahren nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die BPtK setzt sich seit 2006 für eine bessere Früherkennung bei Grundschulkindern ein. Das Screening sollte insbesondere auf psychische Auffälligkeiten ausgeweitet werden. Eine Expertise für das Bundesgesundheitsministerium empfiehlt, dass für Kinder von sechs bis zehn Jahren neben einer allgemeinen Anamnese und körperlichen Untersuchungen ADHS, Adipositas, Angststörungen, allergische Atemwegserkrankungen, Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehen sollen. Die BPtK hat in der Sachverständigengruppe an der Empfehlung mitgewirkt.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

2007 gründete das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“. Ziel war der Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens für werdende Eltern sowie Eltern von Säuglingen. Übergeordnetes Ziel ist es, Kinder durch den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens für werdende Eltern sowie Eltern von Säuglingen sowie durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen früher und besser vor Gefährdungen zu schützen. Um dies zu verwirklichen, steht eine verbesserte Erreichbarkeit von Risikogruppen im Vordergrund. Nach einer positiven Bilanz auf dem ersten Bundeskongress des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Oktober 2010 wird das NZFH vier weitere Jahre vom BMFSFJ gefördert. Die BPtK ist Mitglied im Fachbeirat des NZFH.

Kinder psychisch kranker Eltern

In Deutschland leben nach Schätzungen der BPtK auf Basis des Bundesgesundheitsveys rund 1,5 Millionen

Kinder, deren Eltern an einer Psychose oder einer schweren Depression leiden oder alkohol- bzw. drogenabhängig sind. Ihre Zahl ist damit viel höher als bisher angenommen. Ein gesunder Gesprächspartner ist für diese Kinder bereits eine große Hilfe. Viele Familien verschweigen jedoch die psychische Krankheit, kapseln sich ein und finden keinen Ausweg. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die psychiatrische Klinik, der niedergelassene Psychotherapeut oder die Jugendhilfe frühzeitig tätig werden.

Zu den Maßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen bei den Kindern gehören neben einer angemessenen Behandlung der Eltern die altersgerechte Information über die Erkrankung und Behandlung der Eltern, praktische Hilfen für die Familie, Screenings der Kinder auf psychische Auffälligkeiten und Frühförderung. Vielfältige Versorgungs- und Beratungsoptionen garantieren aber in der Praxis keine passgenaue Versorgung im Einzelfall. Gründe sind die Verantwortungsdiffusion zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern bzw. Hilfesystemen, unklare Nahtstellen zwischen Hilfesystemen, fehlendes Fallmanagement zwischen verschiedenen Akteuren und letztlich auch eine psychotherapeutische Unterversorgung, die zur Folge hat, dass vor Ort oft kein Psychotherapieplatz verfügbar ist bzw. nur nach einer langen Wartezeit.

Kinderschutz

Bund und Länder erklärten den Kinderschutz aufgrund eklatanter Fälle von Kindesmisshandlung und -missbrauch 2008 zu einer zentralen gemeinsamen Aufgabe. Einige Bundesländer führten gesetzliche Regelungen ein, die die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sicherstellen sollen („verbindliches Einlade- und Meldewesen“), damit Fälle von Vernachlässigung, Verwahrlosung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch häufiger erkannt werden.

Die Bundesregierung legte ein Bundeskinderschutzgesetz vor, mit dem Lücken im Kinderschutz geschlossen und unterschiedliche Regelungen in den Ländern vereinheitlicht werden sollten. Dazu gehörte eine Befugnisnorm, die Rechtsunsicherheiten von Psychotherapeuten und Ärzten insbesondere bei der Weitergabe von Informationen an das Jugendamt beseitigen sollte, wenn das Kindeswohl gefährdet ist. Gleichzeitig wurde vorgeschlagen, Jugendämter zu verpflichten, sich einen unmittelbaren Eindruck vom Kind und seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen, um eine Kindesgefährdung einzuschätzen. Die BPtK hatte sich zustimmend zu einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger geäußert, aber auch vor einer

schleichenden Aushöhlung der Schweigepflicht gewarnt. Das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit des Psychotherapeuten sei eine wesentliche Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung. Ein verbesserter Kinderschutz könne zudem nur erreicht werden, wenn Eltern ausreichend Beratungs- und Unterstützungsangebote erhielten. Die Länder hatten in den Jahren zuvor in der Familienberatung massive Einsparungen vorgenommen. Der Gesetzentwurf scheiterte kurz vor Ende der Legislaturperiode an unterschiedlichen Positionen der rot-schwarzen Koalition.

Die schwarz-gelbe Bundesregierung hat inzwischen einen neuen Anlauf zu einem Bundeskinderschutzgesetz genommen. Nach einjähriger Beratung mit Fachgremien, an denen auch die BpTK beteiligt war, legte Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder im Dezember 2010 einen Referentenentwurf vor, der auch Empfehlungen des Runden Tisches gegen Sexuellen Kindesmissbrauch umsetzt. Mit dem Gesetz sollen Kinder und Jugendliche besser vor Misshandlungen und Vernachlässigungen sowie – insbesondere in Schulen, Internaten oder Sportvereinen – vor sexuellem Missbrauch geschützt werden. Darüber hinaus sollen Eltern schon während der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt Unterstützung durch beratende Hebammen bekommen.

Aus Sicht der Psychotherapeuten ist ein zentraler Eckpunkt des Referentenentwurfs erneut die Einführung einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger. Die BpTK begrüßt, dass mit dem Gesetz das Angebot früher Hilfen für belastete Familien verbreitert und verstetigt werden soll. Sinnvoll sei, dabei die Heilberufe in Netzwerke für frühe Hilfen einzubinden. Allerdings dürfe der Ausbau von Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder nicht zulasten präventiver Angebote für ältere Kinder und Jugendliche gehen. Die Einführung einer Offenbarungsbefugnis für bestimmte Berufsgeheimnisträger sei sachgerecht. Wegen der besonderen Problematik bei Psychotherapeuten sollten diese jedoch explizit im Gesetzeswortlaut genannt werden, nicht nur in der Gesetzesbegründung. Die Erfolgsaussichten des Gesetzentwurfs sind bisher offen, weil die Kosten nicht vom Bund, sondern insbesondere von Ländern, Kommunen und der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden sollen.

Runder Tisch gegen Sexuellen Kindesmissbrauch

Die Bundesregierung richtete im März 2010 den Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ ein mit dem Ziel, der

gemeinsamen Verantwortung für einen verbesserten Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt gerecht zu werden. Das Gremium wird Handlungsempfehlungen zu verschiedenen Fragestellungen erarbeiten. Ein Zwischenbericht wurde im Januar 2011 vorgelegt. Die BpTK arbeitet in der Arbeitsgruppe „Forschung, Lehre und Ausbildung“ des Runden Tisches gegen Sexuellen Kindesmissbrauch mit. Die Arbeitsgruppe identifiziert bildungswissenschaftliche Forschungsschwerpunkte für eine nachhaltige Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von pädagogisch arbeitenden Fachkräften.

Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen

Im Juli 2008 trat das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls in Kraft, das u. a. mehr Möglichkeiten zum Eingriff in das Sorgerecht schuf, ohne dass gleich ein vollständiger Entzug des Sorgerechts erfolgen muss. Raschere Entscheidungen der Familiengerichte verlangen ferner eine ausreichende Anzahl qualifizierter Gutachter. Die BpTK hatte daher gefordert, dass neben Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie explizit auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Psychologischen Psychotherapeuten, die auf dem Gebiet der psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen besonders erfahren sind, als Sachverständige genannt werden. Diesem Vorschlag ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Allerdings ist nun gesetzlich geregelt, dass das Gutachten dann von Psychotherapeuten erstellt werden kann, wenn sie in Fragen der Heimerziehung ausgewiesen sind.

■ Mindestquote in der Bedarfsplanung

Am 17. Oktober 2008 beschloss der Deutsche Bundestag mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) die Einführung einer Mindestquote für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch versorgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte durch Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie sicherzustellen, dass künftig in jedem Planungsbereich unter den Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent jenen Leistungserbringern vorbehalten ist, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Gleichzeitig musste die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte von 40 auf 25 Prozent abgesenkt werden.

Für die BpTK war die Realisierung der Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein großer Erfolg. Damit konnte ein zentrales Anliegen der deutschen

Psychotherapeutenschaft verwirklicht werden, die gravierende Unterversorgung bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu verringern. Ein Beispiel für die massive Unterversorgung lieferten Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Danach blieb 2007 in Bayern ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS trotz positiven Befundes unbehandelt und über 40 Prozent wurden ausschließlich pharmakologisch behandelt. Eine Psychotherapie erhielt dagegen nicht einmal jedes 30. betroffene Kind, weil nicht genügend Psychotherapeuten zur Verfügung standen. Mit einer Mindestquote von 20 Prozent für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, können bundesweit zusätzlich rund 700 Praxissitze geschaffen werden.

Mindestquote von 20 Prozent

Ursprünglich hatte die Bundesregierung nur einen Mindestversorgungsanteil in Höhe von zehn Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgesehen, damit hätte die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aber kaum verbessert werden können.

Epidemiologische Studien zeigen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in etwa so hoch ist wie bei Erwachsenen. Kinder und Jugendliche machen in Deutschland etwa 20 Prozent der Wohnbevölkerung aus. Um psychisch kranke Kinder und Jugendliche ausreichend versorgen zu können, ist damit eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von 20 Prozent notwendig. Eine Mindestquote von zehn Prozent hätte in elf der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen unter den damaligen Versorgungsanteilen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gelegen, sodass sich dort die Versorgung sogar hätte verschlechtern können. Für die Besetzung der zusätzlichen Praxissitze standen ausreichend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Nachwuchssorgen erwiesen sich als unberechtigt.

Ärzte blockieren Praxissitze

Auch die Absenkung der Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte bis zum 31. Dezember 2013 von 40 auf 25 Prozent wertete die BPTK als Erfolg, obwohl unter Versorgungsgesichtspunkten eine ersatzlose Streichung der Quote notwendig gewesen wäre. Die ärztliche Quote war umstritten, weil es im Gegensatz zu den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht genügend psychotherapeutisch tätige Ärzte gibt, um freie Praxissitze zu besetzen. In

manchen Regionen war es dadurch zu einer beträchtlichen zusätzlichen Unterversorgung mit Psychotherapeuten gekommen. Praxissitze, die aufgrund der Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert waren, werden in der Bedarfsplanung als besetzte Praxissitze gezählt. In Ostdeutschland konnten deshalb gut 500 Praxissitze nicht besetzt werden.

Die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte trägt daher systematisch zur Unterversorgung psychisch kranker Menschen bei. Auf besonders dramatische Weise zeigte sich dieser Effekt in den Ostländern. Von den 85 Planungsbereichen in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen waren Ende 2007 insgesamt 74 gesperrt. Ohne Mindestquote wären dagegen nur 15 Planungsbereiche in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen gesperrt gewesen. Mehr als zwei Drittel der Planungsbereiche würden Versorgungsgrade zwischen 50 und 110 Prozent aufweisen. In mehr als jedem zehnten Planungsbereich wäre kaum die Hälfte der Praxissitze besetzt. 2006 konnte die Gruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte bundesweit etwa jede dritte Niederlassungsmöglichkeit nicht nutzen. In absoluten Zahlen waren dies 1.814 Praxissitze.

G-BA verzögert Umsetzung

Nach dem GKV-OrgWG hätten sich ab 1. Januar 2009 bundesweit etwa 700 Psychotherapeuten zusätzlich niederlassen können, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. In der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hätte es knapp 190 und in Westfalen-Lippe rund 100 weitere Psychotherapeuten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung geben können.

Der G-BA beschloss allerdings eine eigenwillige Umsetzung der Mindestquote. Zunächst benötigte er fast ein Jahr, um die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu ändern. Außerdem schuf er erneut eine Zehn-Prozent-Mindestquote, von der im Gesetz aber keine Rede mehr war. Der G-BA schrieb vor, dass sich die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in allen Planungsbereichen einer Kassenärztlichen Vereinigung zunächst auf zehn Prozent erhöhen müsse, bevor in einem zweiten Schritt die gesetzlich angestrebten 20 Prozent umgesetzt werden können. Mit anderen Worten: Der G-BA-Beschluss blockierte eine 20-Prozent-Quote, solange der Versorgungsgrad in nur einem einzigen Planungsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung unter zehn Prozent lag. Damit verhinderte er das gesetzgeberische Ziel, die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher schnell und flächendeckend zu verbessern.

Der G-BA begründete seine Entscheidung damit, dass sich Psychotherapeuten zunächst in besonders schlecht versorgten ländlichen Gebieten niederlassen sollten. Aufgrund des gravierenden Stadt-Land-Gefälles der Bedarfsplanung sollte daher zunächst die Zahl der Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den vergleichsweise besser versorgten Städten nicht ansteigen. Die BPTK rechnete – ohne Gehör zu finden – vor, dass der G-BA-Beschluss diese selbst gesetzten Ziele verfehlen musste. Tatsächlich lag die Quote z. B. in den ländlichen Planungsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein durchweg über zehn Prozent. Darunter lag sie nur in Städten: Bonn Stadt, Düsseldorf Stadt, Krefeld Stadt, Leverkusen Stadt und Mönchengladbach Stadt.

Doppelte Zulassungen

Die Zahl der neuen Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollten sich allerdings noch weiter durch juristische Hütchenspiele verringern. Nach dem G-BA-Beschluss sollten nicht nur Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, sondern auch Psychotherapeuten, die vorrangig Erwachsene versorgen, auf die Mindestquote angerechnet werden. Psychotherapeuten mit doppelter Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wurden auf die Quote angerechnet, auch wenn sie de facto an der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im gesetzlich vorgegebenen Umfang nicht beteiligt sind.

Die Zahl der doppelt zugelassenen Psychotherapeuten variiert zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen erheblich. Der Grund dafür ist, dass Kassenärztliche Vereinigungen in der Übergangszeit des Psychotherapeutengesetzes über Zulassungen sehr unterschiedlich entschieden. In Westfalen-Lippe ist deshalb der Anteil an doppelt

zugelassenen Psychotherapeuten weit höher als in Nordrhein. Dies hatte bei der Berechnung der neuen Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gravierende Auswirkungen. Während in Nordrhein 163 neue Praxissitze entstanden, waren es in Westfalen-Lippe nur 43. Bei etwa gleicher Bevölkerung konnten sich in Nordrhein viermal so viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusätzlich niederlassen als in Westfalen-Lippe. Auch dieser Effekt widerspricht dem vom G-BA selbst formulierten Ziel einer gleichmäßigen flächendeckenden Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung.

BPTK: G-BA-Beschluss rechtswidrig

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte den G-BA wegen dieser rechtlich problematischen Regelungen im August 2009 um eine Stellungnahme gebeten, beanstandete aber letztlich nicht. Die BPTK hatte sich mit Nachdruck für eine Beanstandung eingesetzt und nahm mit großem Unverständnis zur Kenntnis, dass das BMG damit Regelungen billigte, die den politisch gewollten Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche erheblich verzögern. Dies war Sparen zulasten psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, obwohl die Kassen für 2010 bundesweit 40 Millionen Euro zusätzlich für mehr Psychotherapie bereitgestellt hatten. Nach Einschätzung der BPTK ist es rechtswidrig, auch solche Psychotherapeuten auf die Mindestquote anzurechnen, die nur zu einem geringen Anteil Kinder und Jugendliche behandeln. Das BMG hatte dem G-BA hier lediglich die Auflage erteilt, nach einem Jahr zu berichten, ob und wie diese Leistungserbringer an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt werden konnten. Der G-BA lässt sich hier Zeit. Mit Ergebnissen ist erst im Frühsommer 2011 zu rechnen.

Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Name	Psychotherapeutenkammer
Marion Schwarz (Sprecherin des Ausschusses)	Hessen
Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Alfred Krieger	Hessen
Frank Massow	OPK
Rolf Mertens	Nordrhein-Westfalen
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen
Peter Lehndorfer	Vertreter des Vorstandes der BPTK

gewählt auf dem 11. Deutschen Psychotherapeutentag am 10. November 2007

■ S3-Leitlinie „Esstörungen“

Für die Diagnostik und Behandlung von Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung wurde im Herbst 2010 die S3-Leitlinie „Esstörungen“ konsentiert. Die Leitlinie entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und in Kooperation u. a. mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Sprecher war Prof. Dr. Stephan Herpertz vom Universitätsklinikum Bochum. An dem Konsensusverfahren war auch die BpTK beteiligt, für die

Vizepräsident Dr. Dietrich Munz und von der Geschäftsstelle Timo Harfst an den Konsensuskonferenzen teilnahmen. Die Leitlinie wird voraussichtlich in der ersten Jahreshälfte 2011 veröffentlicht (www.awmf.org/leitlinien). Durch die S3-Leitlinie „Esstörungen“ sollen Patientinnen mit einer Essstörung künftig früher erkannt und mit einer evidenzbasierten multimodalen Therapie behandelt werden. Hierbei spielt auch die umfassende Information über die Erkrankung und anhaltende Motivation der Betroffenen für eine Behandlung eine wichtige Rolle. Aufgrund der vielfältigen körperlichen Risiken der Essstörungen ist außerdem eine umfassende somatische Diagnostik zwingend erforderlich. Bei allen drei Essstörungen stellt die Leitlinie fest, dass eine evidenzbasierte Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl ist. Wegen der Gefahr der Chronifizierung und der damit verbundenen schlechteren Behandlungsprognose sollte insbesondere bei der Anorexie den Patientinnen möglichst frühzeitig eine Behandlung angeboten werden.

Bei Bulimie und Binge-Eating-Störung kann unter der Voraussetzung einer fehlenden oder geringen psychischen Komorbidität eine angeleitete Selbsthilfe mit Behandlungselementen der Kognitiven Verhaltenstherapie eine ausreichende Therapie darstellen. Als Psychotherapie gilt eine Kognitive Verhaltenstherapie als Therapie der ersten Wahl. In Abhängigkeit der Verfügbarkeit und des Patientenwunsches kann auch eine Interpersonelle Psychotherapie oder eine Psychodynamische Psychotherapie angeboten werden. Die unterschiedliche Gewichtung der Verfahren bei den Behandlungsempfehlungen beruht auf der breiteren empirischen Basis von methodisch hochwertigen Studien zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie und nicht auf einer in komparativen Studien nachgewiesenen Überlegenheit der Verhaltenstherapie gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren.

Die psychotherapeutische Behandlung sollte dabei vorwiegend ambulant erfolgen. Die wichtigsten Ziele der Psychotherapie sind zunächst eine Normalisierung des Essverhaltens und Gewichts sowie eine Behandlung der psychischen Beschwerden und Probleme. Besteht eine körperliche Gefährdung, ist es meist notwendig, die Patientin im Krankenhaus zu behandeln. Ein annähernd normales Körpergewicht ist in der Regel die Voraussetzung für eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung.

Eine psychopharmakologische Behandlung von Essstörungen wird aufgrund fehlender Evidenz und zum Teil fehlender Zulassungen in der Leitlinie nicht bzw. nur mit starken Einschränkungen empfohlen.

Entwicklung von NVL/S3-Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte, evidenzbasierte Empfehlungen für eine angemessene Diagnostik und Behandlung von Menschen mit bestimmten Erkrankungen. Sie dienen Ärzten und Psychotherapeuten als fachliche Unterstützung ihrer beruflichen Arbeit. S3-Leitlinien zeichnen sich dadurch aus, dass sie besonders sorgfältig erarbeitet werden. Eine Leitlinie hat dann ein hohes methodisches Niveau, wenn die Entwicklergruppe repräsentativ für den Adressatenkreis ist, die Studienliteratur systematisch und evidenzbasiert recherchiert, ausgewählt und bewertet wurde und die Gruppe ihre Empfehlung in einem strukturierten Konsensusverfahren erarbeitet. Erst wenn alle drei Aspekte der Leitlinienentwicklung gewährleistet sind, handelt es sich um eine S3-Leitlinie.

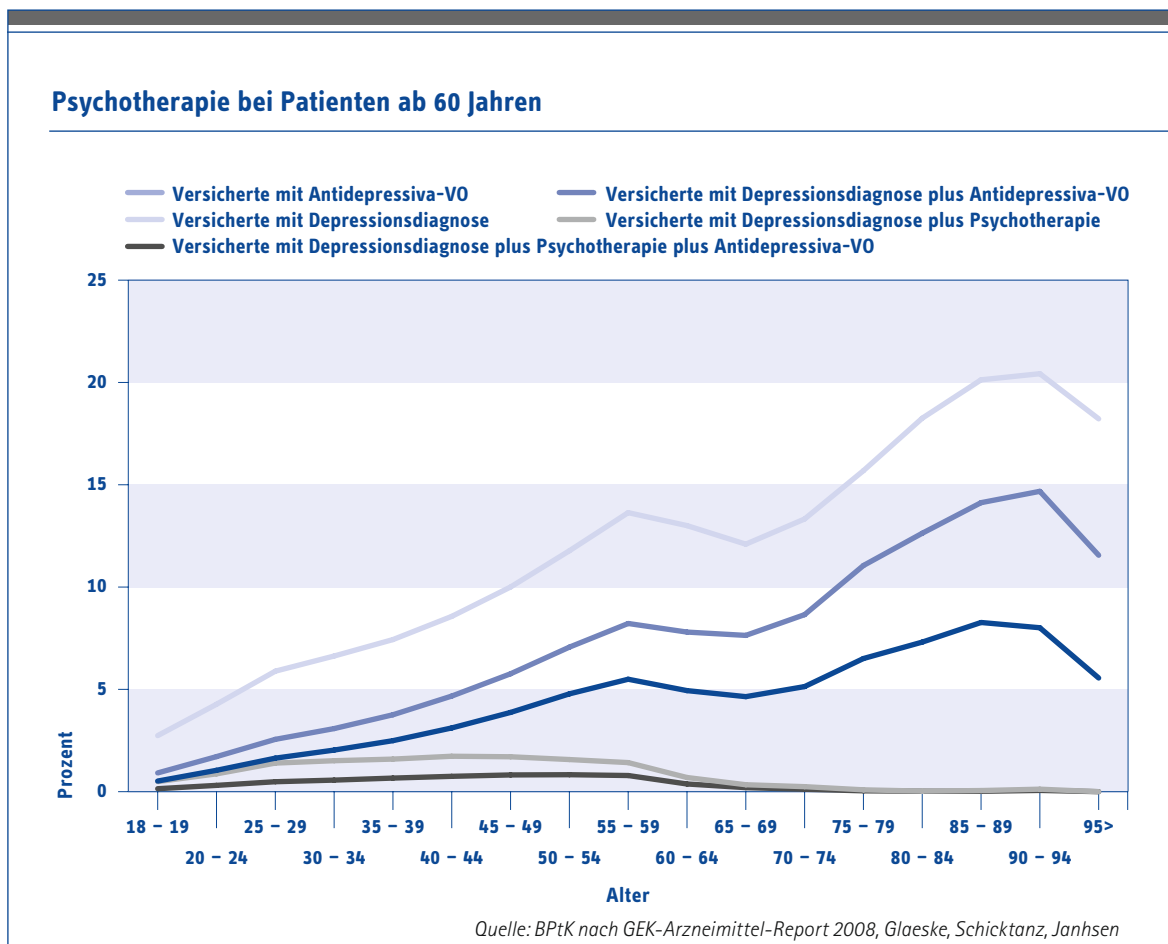
Deshalb sollten Vertreter der relevanten Fachgesellschaften und Organisationen frühzeitig in die Entwicklung einer S3-Leitlinie eingebunden werden. Dabei werden zu Beginn in einem ersten Konsensusprozess die zentralen Arbeitsinhalte und Ziele einer Leitlinie diskutiert und die so genannten Schlüsselfragen, die die Leitlinie beantworten soll, konsentiert. Im Unterschied zur S3-Leitlinie setzen Leitlinien der Klasse S2 neben der Repräsentativität der Entwicklergruppe entweder nur eine formale Konsensfindung (S2k) oder eine formale Evidenzrecherche (S2e) voraus. Die Entwicklung von S3-Leitlinien liegt im Zuständigkeitsbereich der Fachgesellschaften. Die Leitlinienkommission der AWMF, an deren Sitzungen die BpTK teilnimmt, übernimmt dafür eine koordinierende Funktion. In Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) werden darüber hinaus auch Empfehlungen formuliert, die zu einer Verbesserung der Versorgungskoordination beitragen und eine schnittstellenübergreifende Evaluation der Versorgungsqualität ermöglichen sollen. Die organisatorische Umsetzung des NVL-Programmes erfolgt durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Ältere Menschen

■ Psychotherapie im Alter

In einer alternden Gesellschaft steigt auch der Anteil psychisch kranker älterer Menschen an. Depressive Störungen gehören neben demenziellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Fast jeder zehnte Erwachsene über 60 Jahre leidet unter einer Depression. Der Anteil älterer Menschen, die psychotherapeutisch behandelt werden, ist jedoch noch verschwindend gering. Von 100 älteren Menschen, die an einer Depression leiden, erhält nicht einmal ein Patient eine Psychotherapie. Hingegen nimmt jeder vierte Erwachsene über 70 Jahre ein Psychopharmakon, insbesondere Beruhigungsmittel, teils mit gravierenden Nebenwirkungen. Benzodiazepine erhöhen das Sturzrisiko um 55 bis 87 Prozent. Dabei müssen Psychopharmaka gerade bei älteren Menschen, die bereits aufgrund mehrfacher körperlicher Leiden häufig fünf oder mehr Medikamente nehmen, weit sorgfältiger verordnet werden.

Das Symposium „Psychotherapie im Alter“ der BPTk, das am 8. Mai 2009 in Berlin stattfand, hat sich deshalb mit der Frage beschäftigt, wie eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker älterer Menschen in Zukunft ausgestaltet werden sollte. Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier von der Charité in Berlin gab in ihrem Vortrag einen Überblick zum Versorgungsbedarf älterer Menschen. Die größten Versorgungslücken, so Kuhlmeier, bestünden im psychiatrisch-geriatrischen Bereich. Es mangle an einer Umsetzung guter therapeutischer Konzepte in den Pflegeheimen, wie z. B. Validierungsansätzen, aber auch an der Implementierung therapeutischer Ansätze im ambulanten Bereich, die die Heimunterbringung von Demenzkranken hinauszögern könnten. Psychotherapeuten sollten ihr Leistungsspektrum erweitern und beispielsweise auch Angebote für Angehörige Demenzkranker machen sowie Schulungen und Supervision für Pflegekräfte, die in Heimen arbeiteten, anbieten. Die Versorgung psychisch kranker



ker älterer Menschen sollte grundsätzlich interdisziplinär ausgerichtet sein, Psychotherapeuten sollten daher enger mit Hausärzten und Pflegekräften zusammenarbeiten.

Lösungsfokussierte Therapieprozesse

Ältere Patienten seien nicht, wie häufig angenommen, allgemein „schwierigere“ Patienten, betonte Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker von der Universität Zürich. Nach seinen Untersuchungen seien sie in der Regel im Therapieprozess lösungsfokussierter, was häufig schon nach fünf bis sieben Sitzungen deutliche Verbesserungen ermögliche. Maercker forderte, die bestehenden therapeutischen Techniken dem Alter entsprechend zu modifizieren und sich zudem das notwendige Wissen über die häufigsten körperlichen Erkrankungen anzueignen. Im Übrigen sei Psychotherapie mit alten Menschen auch die Chance, für sich selbst und das eigene Altern etwas zu lernen.

In der anschließenden Podiumsdiskussion forderte BPTK-Präsident Prof. Rainer Richter eine größere Bereitschaft insbesondere jüngerer Psychotherapeuten, mit älteren Menschen zu arbeiten. Die Krankenkassen stellten durchaus eine Nachfrage älterer Patienten nach Psychotherapie fest, berichtete Johannes Klüsener von der Techniker Krankenkasse. Selektivverträge wären eine Möglichkeit, die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen gezielt zu verbessern. Hausärzte sollten hierbei vor allem eine Lotsenfunktion im Sinne von Informationsvermittlung und Anbahnung einer Psychotherapie übernehmen. Das Erstzugangsrecht zum Psychotherapeuten müsse aber unbedingt erhalten bleiben, da sich viele Patienten nach wie vor davor scheuten, ihrem Hausarzt von ihren psychischen Beschwerden zu berichten.

Das Abschließen von Selektivverträgen, um die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen zu verbessern, werde aufgrund des geringen Wettbewerbs um diese Patientengruppe wahrscheinlich nicht ausreichen, wurde aus dem Podium eingewandt. Im Rahmen des Kollektivvertragssystems müssten vielmehr Anreize geschaffen werden, sich verstärkt um diese Patientengruppe zu kümmern. In Bayern hätten sie mit einem speziellen Vertrag, der psychotherapeutische Leistungen für ältere Menschen besser vergütet hätte, gute Erfahrungen gemacht. 800.000 Pflegekräfte seien eine wichtige Berufsgruppe, mit der die Lücke zwischen Bedarf und Bedarfserkennung geschlossen werden könne, schloss Prof. Dr. Stefan Görres vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen die Podiumsdiskussion. Psychotherapeuten sollten sich bei der Versorgung psychisch kranker

älterer Menschen verstärkt als Supervisoren begreifen, die enger mit den anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten und entsprechende Versorgungskonzepte erarbeiten, in denen Pflegekräfte durchaus als Co-Therapeuten und Multiplikatoren eingesetzt werden könnten.

Sechster Altenbericht

Auch der 6. Altenbericht, den die Bundesregierung am 17. November 2010 entgegennahm, stellt fest, dass die vorherrschenden Altersbilder auf überholten Vorstellungen beruhen. Die Vielfalt der Lebensformen und gerade auch die Stärken älterer Menschen würden noch zu wenig berücksichtigt. Überholte Altersbilder prägen aber nach wie vor die Versorgung. Nach dem 6. Altenbericht werden in hausärztlichen Praxen nur gut ein Drittel (38,5 Prozent) der Depressionen bei älteren Menschen erkannt. Die Diagnose „Depression“ werde häufig deshalb nicht gestellt, weil deren Symptome bei älteren Menschen mit für das Alter vermeintlich charakteristischen Abbauprozessen und Verlusten erklärt werden. Diese Fehldiagnosen führten dazu, dass depressive Patienten notwendige und sinnvolle Hilfen nicht erhalten.

Der Altenbericht zeigt, dass die Häufigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt. Schon die 60- bis 69jährigen sind mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patienten in Deutschland erheblich unterrepräsentiert. Bei den über 70jährigen erhält jedoch nur noch einer von Hundert eine Psychotherapie (1,3 Prozent). Folgerichtig stellt der 6. Altenbericht fest: „Es kann nicht häufig genug betont werden, dass depressive Symptome bis in das höchste Lebensalter therapierbar sind; gegenteilige Überzeugungen sind als das Ergebnis undifferenzierter, eben nicht an empirischen Befunden orientierter Altersbilder zurückzuweisen.“

Demografiefaktor verschärft Unterversorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Juli 2010 die Einführung eines Demografiefaktors bei der Zulassung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten beschlossen, der Ende November 2010 in Kraft getreten ist. Die Zahl der Praxissitze von Ärzten und Psychotherapeuten wird danach zukünftig an die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung angepasst. „Demografiefaktor“ legt nahe, dass das deutsche Gesundheitssystem an die veränderten Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung angepasst wird. Der G-BA geht allerdings davon aus, dass der zukünftige Bedarf an Psychotherapie daran gemessen werden kann, wie häufig in der Vergan-



Bilder links:
BPTK-Symposium
„Psychotherapie
im Alter“

Bild rechts:
Prof. Dr. Adelheid
Kuhlmei, Freie
Universität Berlin

genheit Psychotherapie in Anspruch genommen wurde. Wenn aber psychische Krankheiten bei älteren Menschen nicht erkannt werden oder gar kein Psychotherapeut verfügbar ist, dann kann auch kein Psychotherapeut in Anspruch genommen werden. Schon jetzt warten Patienten nicht nur in ländlichen Gebieten, sondern auch in Ballungsräumen wochenlang auf eine psychotherapeutische Behandlung. Sie weichen deshalb auf eine einseitige Pharmakotherapie aus oder nutzen verstärkt die Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Der Demografiefaktor des G-BA verstärkt die massive Unterversorgung älterer Menschen, weil er nur den Status quo der Unterversorgung fortschreibt.

Ältere Menschen haben nach wie vor eine große Scheu, sich an einen Psychotherapeuten oder Psychiater zu wenden. Psychische Krankheiten waren jahrzehntelang stigmatisiert und Psychotherapie wurde deshalb insbesondere von den heute älteren Menschen kaum in Anspruch genommen. Der gesellschaftliche Wandel hat jedoch dazu geführt, dass heute insbesondere jüngere Menschen einen offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten gelernt haben. Die Bereitschaft dieser Menschen, sich aufgrund einer psychischen Krankheit behandeln zu lassen, wird auch im Alter deutlich höher sein. Der Demografiefaktor des G-BA berücksichtigt dies jedoch nicht. Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme auf die Defizite des Demografiefaktors hingewiesen und vorgeschlagen, bis zu einer grundsätzlichen Reform der Bedarfsplanung den notwendigen Mehrbedarf an Psychotherapeuten und Ärzten über das Instrument der Sonderbedarfszulassung zu decken. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hatte zunächst Zweifel, ob der Demografiefaktor zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung geeignet ist und das Inkrafttreten des Beschlusses mit Schreiben

vom 9. August 2010 vorläufig verhindert. Der Beschluss konnte deshalb nur mit der Auflage in Kraft treten, über den Stand der Umsetzung bis zum 30. Juni 2011 zu berichten.

Wie negativ sich das Fortschreiben der heutigen Versorgungslage in die Zukunft auswirkt, zeigen die Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Das KBV-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass 2025 in Thüringen 25,6 Prozent weniger Psychotherapeuten benötigt werden als 2007. Dieses Ergebnis errechnete das Institut, indem es die Anzahl dokumentierter Arzt-Patienten-Kontakte nach Alter und Geschlecht der Patienten entsprechend der demografischen Entwicklung fortschreibt. Mit anderen Worten schaut sich das Institut an, wie viele Patienten welcher Altersgruppe heute in psychotherapeutischer Behandlung sind. Sodann stellt es fest, wie nach den Vorausberechnungen die Bevölkerungsstruktur im Jahre 2025 sein wird. Da es dann nicht nur weniger Menschen in Thüringen geben wird, sondern diese im Durchschnitt auch älter sein werden, ältere Menschen sich aber derzeit selten in psychotherapeutische Behandlung begeben, schließt das Institut daraus, dass zukünftig weniger Psychotherapeuten benötigt werden. Das Vorgehen übersieht, dass die Bereitschaft der heute Jüngeren, sich aufgrund einer psychischen Krankheit behandeln zu lassen, auch im Alter deutlich höher sein wird. Diese Beispiele zeigen, wie dringend eine umfassende Reform der heutigen Bedarfsplanung ist. In Zukunft sollte die tatsächliche Krankheitshäufigkeit (Morbidität) der Bevölkerung die Zahl der Praxissitze für Psychotherapeuten und Ärzte bestimmen. Die Planung sollte auf breiter Datengrundlage prospektiv und sektorenübergreifend erfolgen. Die Fortschreibung des Status quo mittels Demografiefaktor vergrößert dagegen die Unterversorgung in der Psychotherapie.

Chronisch und schwer kranke Menschen

■ Prävalenz psychischer Erkrankungen

Mit dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys 1998 wurde erstmals eine verlässliche Datengrundlage geschaffen, um die Verbreitung psychischer Störungen in Deutschland abschätzen zu können. Bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren liegt die Einjahresprävalenz für psychische Störungen bei insgesamt 31,1 Prozent. Diese Häufigkeit entspricht vergleichbaren Industrieländern. Demnach ist davon auszugehen, dass annähernd ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres psychisch erkrankt. Etwa fünf Prozent der Bevölkerung sind aufgrund einer psychischen Erkrankung besonders dringend behandlungsbedürftig, weil sie in den vergangenen zwölf Monaten mindestens vier Wochen arbeitsunfähig bzw. nicht in der Lage waren, ihren täglichen Aufgaben nachzugehen.

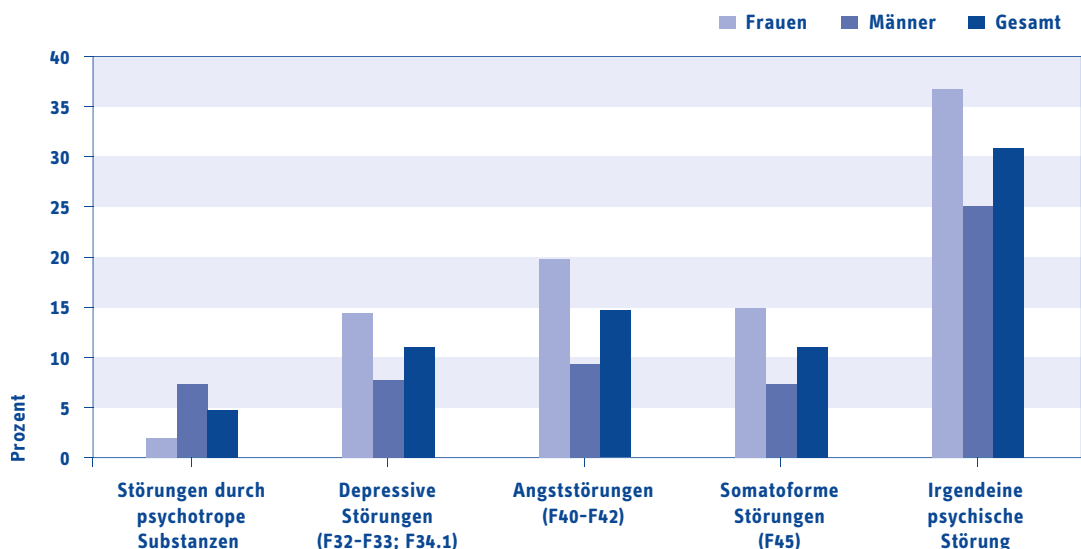
Frauen sind mit 37 Prozent wesentlich häufiger psychisch krank als Männer mit 25,3 Prozent. Über ein Drittel (39,5 Prozent) der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, wies mehr als eine psychische Störung auf. Als häufigste Diagnosen finden sich Angststörungen, affektive Störungen (vor allem Depressionen),

somatoforme Störungen sowie Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit. In der Studie nicht erfasst wurden u. a. Persönlichkeitsstörungen, nicht-organische Schlafstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen, sodass die tatsächlichen Prävalenzraten nochmals höher ausfallen dürften. Soziale Benachteiligung ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung. Personen mit geringem Einkommen und niedrigen Schulabschlüssen haben mit 37 Prozent ein deutlich höheres Risiko, psychisch zu erkranken. Arbeitslose erkranken doppelt so häufig an einer Depression, Alkohol- oder Angststörung wie der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung.

Psychische Erkrankungen sind für den Einzelnen wie für die Gesellschaft mit besonders hohen Einschränkungen und Kosten verbunden, die voraussichtlich noch weiter zunehmen werden. Nach der WHO-Studie „Global Burden of Disease“ finden sich allein sechs psychische Erkrankungen unter den zwanzig Hauptursachen für so genannte DALYs (disability-adjusted life years). Mit DALY wird nicht nur die Sterblichkeit, sondern auch die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Krankheit erfasst und in einer Maßzahl zusammengerechnet.

Häufigkeit psychischer Störungen nach Geschlecht

Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18 – 65 Jahren nach Geschlecht. Aufgeführt sind die vier häufigsten Diagnosegruppen gemäß ICD-10 (Mehrfachnennungen).



Quelle: BPTK-Analysen anhand des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys 1998

Auch die Daten der Sozialversicherungen belegen steigende Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen. So hat sich seit 1990 der Anteil der Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt. Inzwischen gehen knapp elf Prozent aller Fehltag auf psychische Störungen zurück. Werden Arbeitnehmer wegen depressiver Erkrankungen krankgeschrieben, fehlen sie je nach Krankenkasse durchschnittlich zwischen 35 bis 50 Tage pro Jahr.

Psychische Erkrankungen führen darüber hinaus zunehmend zu Erwerbsunfähigkeit. So hat sich der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Berentungen wegen Erwerbsminderung von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 37,7 Prozent im Jahr 2009 mehr als verdoppelt. Seit 2001 sind die psychischen Erkrankungen die häufigste Ursache für eine vorzeitige Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In absoluten Zahlen gab es einen Anstieg von 41.409 Neuberentungen im Jahr 1993 auf 64.469 im Jahr 2009, das bedeutet einen Anstieg von mehr als 50 Prozent, während im gleichen Zeitraum die vorzeitigen Berentungen insgesamt um circa ein Drittel gesunken sind.

Die besondere gesundheitsökonomische Bedeutung unipolarer depressiver Erkrankungen zeigt sich bei den Krankheitskosten, die sämtliche Gesundheitsausgaben berücksichtigen, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung verbunden sind. Nach dem Statistischen Bundesamt vervierfachten sich diese direkten Behandlungskosten für depressive Erkrankungen in Deutschland von 1,3 Milliarden Euro im Jahr 1994 auf 5,2 Milliarden

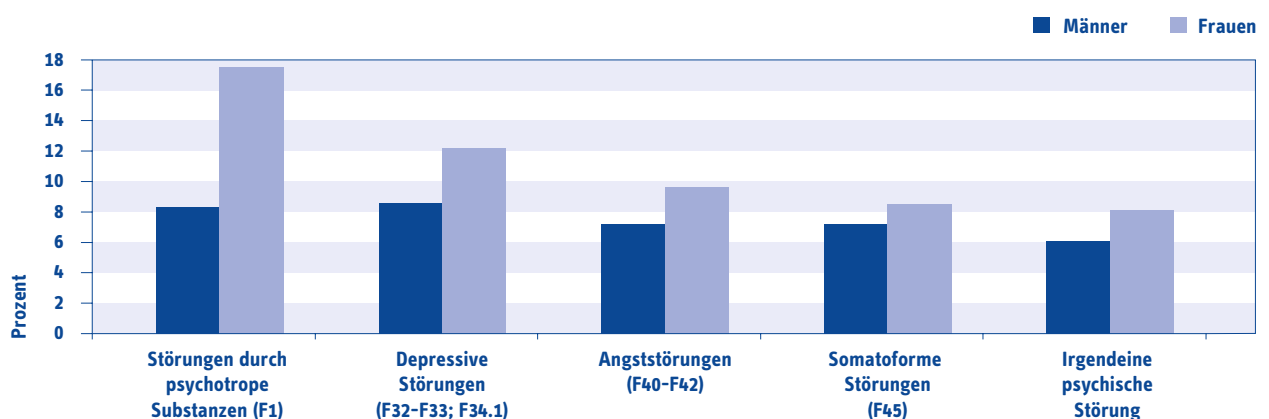
Euro im Jahr 2008. Die Krankheitskosten aller psychischen Erkrankungen stiegen im gleichen Zeitraum von 19,1 Milliarden Euro auf 28,7 Milliarden Euro und machen damit etwa 11,3 Prozent aller Krankheitskosten aus.

Nach epidemiologischen Studien nehmen psychische Störungen nur leicht zu, insbesondere die substanzbezogenen Erkrankungen (z. B. Alkohol) in jüngeren Altersgruppen weisen einen Anstieg auf. Allerdings verdichten sich die Belege dafür, dass Menschen in modernen Gesellschaften immer früher und häufiger an psychischen Störungen erkranken. So beginnen etwa zwei Drittel der psychischen Erkrankungen bereits im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter.

Umso problematischer erscheinen daher die nach wie vor geringen Behandlungsraten bei psychischen Erkrankungen. Re-Analysen des Bundesgesundheitsveys zeigen, dass nur etwa sechs Prozent der Patienten mit einer 12-Monatsdiagnose einer psychischen Störung während der vergangenen 12 Monate wenigstens einen Kontakt mit einem Psychotherapeuten hatten. Dabei fällt die Behandlungsrate bei Frauen für die meisten psychischen Erkrankungen höher aus als bei Männern.

Auch aus aktuellen Routinedaten lässt sich eine massive Unterversorgung psychisch kranker Menschen ableiten. So erhalten nur etwa zehn Prozent der Patienten mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung auch eine angemessene psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung. Ein höherer Schweregrad einer psychischen Erkrankung, z. B. bei der unipolaren Depression, führt ebenfalls nur zu einer geringfügig höheren Behandlungs-

Wie häufig nehmen psychisch kranke Menschen innerhalb eines Jahres einen Psychotherapeuten in Anspruch?



Quelle: BPTK-Analysen anhand des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheitsveys 1998

rate. Eine besonders eklatante Fehl- und Unterversorgung lässt sich dabei für ältere psychisch kranke Patienten über 60 Jahre aufzeigen, die kaum noch psychotherapeutische Behandlungen und dafür umso häufiger psychopharmakologische Behandlungen erhalten.

■ Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie

Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen in besonderem Maße Versorgungsangebote, in denen eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung gesichert ist und Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter eng miteinander kooperieren. Wie diese Versorgungspraxis gelingen kann, die an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist, stand im Mittelpunkt der Tagung „Netzwerke in und mit der Gemeindepsychiatrie – Gemeinsame Zukunft und Herausforderung“, die der Dachverband Gemeindepsychiatrie u. a. in Kooperation mit der BPTK vom 8. bis 10. September 2010 in Gelsenkirchen durchgeführt hat.

Welche Bedingungen aus systemischer Sicht für Netzwerke erfüllt sein müssen, skizzierte Prof. Dr. Jochen Schweitzer von der Universität Heidelberg. Der Aufbau institutioneller Netzwerke lohne sich u. a. dann, wenn Organisationen in anspruchsvolleren Kontexten mitspielen wollten, für die ihnen die interne Kompetenz fehle. In der Gemeindepsychiatrie ist der Netzwerkgedanke nicht neu. Nils Greve stellte bereits existierende Formen von Netzwerkarbeit vor, wie z. B. im „Netzwerk Psychische Gesundheit“. Dieses spezielle Angebot für psychisch Kranke, das bisher in Berlin, Bremen, Augsburg und München realisiert wird, soll bei akuten psychischen Krisen schnelle ambulante Hilfe sicherstellen und so (wiederholte) Krankenhauseinweisungen vermeiden. Für dieses Projekt schloss der Dachverband mit der Techniker Krankenkasse einen Vertrag zur integrierten Versorgung.

Dass psychotherapeutische Interventionen auch eine wirksame Behandlungsoption bei schwer psychisch kranken Menschen sind, ist heute unbestritten. Gemeindepsychiatrie und Psychotherapeuten könnten und sollten sich bei der Versorgung dieser Patientengruppe deshalb ergänzen, betonte Monika Konitzer, BPTK-Vizepräsidentin und Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Im Moment existierten die beiden Versorgungssysteme eher parallel nebeneinander und seien nur in Einzelfällen – meist regional begrenzt – miteinander vernetzt. Gemeindepsychiatrische Träger bemängelten, dass ihre Patienten häufig keinen Psychotherapieplatz erhielten. Der enge Rahmen von Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung, Gebührenord-

nung etc. erschwert häufig kurzfristige und flexible Krisen- und Behandlungsangebote für Akutpatienten.

Der zweite Tagungstag war vor allem der „Netzwerkpraxis“ gewidmet. Dafür könnte die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“, die derzeit von einer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Thomas Becker aus Ulm erstellt wird, einen wichtigen Orientierungsrahmen liefern. Die Leitlinie enthält beispielsweise die Empfehlung, dass multiprofessionell besetzte Krisen- und Behandlungsteams in definierten Versorgungsregionen gut erreichbar und mobil zur Verfügung stehen sollten, wie Katrin Arnold aus der Arbeitsgruppe darstellte.

Aus der Perspektive einer niedergelassenen Psychotherapeutin berichtete Andrea Mrazek (BPTK-Vorstand). Ausgehend von einem konkreten Behandlungsfall stellte sie die Frage, wie sich Psychotherapeuten und gemeindepsychiatrisches Team bei der Versorgung in Zukunft besser unterstützen könnten. Beispielsweise könnte die Übernahme von bestimmten Behandlungsbausteinen durch das gemeindepsychiatrische Team sichern, dass die in der Psychotherapie erreichten Ziele gefestigt und in den Lebensalltag übertragen werden. Diese praktischen Vorschläge, aber auch die Frage, wie Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie strukturell besser zu vernetzen sind, sind auch Themen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der BPTK und des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie.

■ S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“

Psychosoziale und settingbezogene Interventionen, wie z. B. Ergotherapie oder Home Treatment, sind ein wesentlicher Bestandteil in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Diese Interventionen werden in den diagnosebezogenen S3-Leitlinien für psychische Krankheiten meistens nur am Rand behandelt. Für viele psychosoziale Interventionen gibt es jedoch gute Wirksamkeitsnachweise. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ hat das Ziel, diese Evidenz zusammenzustellen und besser für das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem nutzbar zu machen. Sie leistet damit auch einen Beitrag, die Prinzipien evidenzbasierter Medizin sowie des formalisierten Experten- und Stakeholder-Konsenses im Bereich der psychosozialen Dienste, die in der Regel anders finanziert werden als die ambulante und stationäre Krankenversorgung, einzuführen.

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ wird seit März 2009 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie von einer Projektgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Becker aus Ulm erarbeitet. Die BPTK ist durch Prof. Dr. Thomas Bock in der Ex-

pertengruppe und in der Konsensusgruppe vertreten. Zielgruppe der Leitlinie sind Menschen mit schizophrenen, schizoaffektiven oder anderen psychotischen Störungen, bipolar affektiven Störungen, schweren depressiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Die Leitlinie sichtet die Evidenz und wird Empfehlungen u. a. zu den folgenden Interventionen und Therapieprinzipien geben:

Systeminterventionen

- Assertive Community Treatment (ACT)
- Case Management
- Home Treatment
- multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

Spezifische Interventionen

- Psychoedukation
- Training sozialer Fertigkeiten
- Ergotherapie
- Bewegungstherapie und Sport
- Künstlerische Therapien
- Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation
- Versorgung und Interventionen im Bereich Wohnen
- Betroffenenarbeit und Selbsthilfe
- tagesstrukturierende Angebote

Therapieprinzipien

- Empowerment
- Recovery
- Betroffenenarbeit/Selbsthilfe
- Angehörigenarbeit

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ wird im Laufe des Jahres 2011 fertiggestellt und veröffentlicht werden.

■ NVL „Unipolare Depression“

Die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ ist die erste Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) für eine psychische Erkrankung. Dies unterstreicht die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen insgesamt und der depressiven Störungen im Besonderen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die Leitlinie wurde unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und unter Beteiligung von 29 Fachgesellschaften und Berufsverbänden zwischen 2005 und 2009 entwickelt. Die BPTK war hierbei sowohl in der Steuergruppe als auch in der Konsensusgruppe durch ih-

ren Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter vertreten. Der Geltungsbereich der NVL „Unipolare Depression“ bezieht sich ausschließlich auf die unipolare depressive Störung bei erwachsenen Patienten (ICD-10: F32, F33, F34.1, F38.1).

Die NVL „Unipolare Depression“ ist als Lang- und Kurzfassung im Internet veröffentlicht (www.depression-versorgungsleitlinien.de). Eine Patientenleitlinie wurde Anfang des Jahres 2011 als Konsultationsfassung ins Netz gestellt.

Diagnostik

Die Leitlinie hebt den Nutzen eines Screenings zur Früherkennung von depressiven Störungen hervor; dies gilt allerdings nur bei Hochrisikogruppen. Da depressive Patienten nur selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, sollen depressive Symptome aktiv exploriert werden. In der hausärztlichen Versorgung bietet sich als Screening-Instrument bei Risikogruppen insbesondere der „Zwei-Fragen-Test“ an:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen bejaht, sollten alle diagnoserelevanten Haupt- und Nebensymptome durch eine strukturierte Befragung des Patienten erhoben werden.

Patientenbeteiligung

Die NVL setzt neue Maßstäbe bei der Beteiligung von Patienten und Angehörigen an den Entscheidungen einer Depressionsbehandlung. Die Leitlinie betont, dass Patienten mit depressiven Störungen Anspruch auf eine umfassende Information über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeit haben. Hierzu sollten psychoedukative Angebote vorgehalten werden. Die NVL spricht sich für eine partizipative Entscheidungsfindung aus und fordert, dass dem Patienten je nach Indikation bestimmte Behandlungsoptionen angeboten werden. Ferner sollen Patienten und Angehörige über Angebote von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.

Therapie

Bei einer leichten depressiven Episode und günstiger Prognose empfiehlt die NVL zunächst eine aktiv-abwartende Begleitung des Patienten. Erst wenn die Symptomatik bei erneuter Prüfung nach zwei Wochen unvermindert anhält oder sich verschlechtert hat, soll zusammen mit dem

Patienten über den Beginn einer spezifischen Therapie entschieden werden. Die NVL befürwortet eine regelmäßige Wirkungsprüfung und ein Therapiemonitoring. Die grundlegenden Therapieempfehlungen der NVL richten sich insbesondere nach Schweregrad, Verlauf und Komorbidität:

- Bei akuten leichten depressiven Episoden wird eine alleinige Psychotherapie als Behandlungsmethode der Wahl empfohlen.
- Bei akuten mittelschweren depressiven Episoden soll eine alleinige Psychotherapie oder alternativ eine Pharmakotherapie als gleichwertige Behandlungsoption angeboten werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression sollen Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie wirksamer ist als eine alleinige Psycho- oder Pharmakotherapie.
- Bei therapieresistenter Depression (keine Besserung auf mindestens zwei unterschiedliche Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen) sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

Psychotherapie hat im Vergleich zur Pharmakotherapie über die Behandlungsphase hinaus eine länger anhaltende Wirkung. Dabei empfiehlt die NVL weder ein spezifisches Psychotherapieverfahren noch ein bestimmtes Antidepressivum. Die Leitlinie formuliert allerdings Auswahlkriterien für die verschiedenen Antidepressiva. Auch für die einzelnen Psychotherapieverfahren und -methoden finden sich Informationen über die jeweiligen empirischen Evidenzen.

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Therapieerfolge können durch eine Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung entscheidend stabilisiert werden. Patienten soll daher eine psychotherapeutische Erhaltungstherapie angeboten werden. Im Falle einer medikamentösen Therapie in der Akutbehandlung soll das jeweilige Antidepressivum zur Verminderung des Rückfallrisikos mindestens vier bis neun Monate über das Ende der depressiven Episode hinaus eingenommen werden.

Bei Patienten mit einem deutlich erhöhten Rezidivrisiko soll i. d. R. die Kombinationsbehandlung fortgeführt werden. Patienten mit zwei oder mehr depressiven Episoden und erheblichen funktionellen Einschränkungen soll eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie angeboten

werden, wenn möglich als Teil einer Kombinationsbehandlung. Im Falle einer medikamentösen Therapie sollen Patienten mit hohem Rezidivrisiko angehalten werden, das Antidepressivum über mindestens zwei Jahre zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren empfiehlt die NVL nur bei einem eng umgrenzten Indikationsbereich. Die Leitlinie empfiehlt, dass bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden eine Elektrokonvulsive Therapie (EKT) erwogen werden soll. Wegen einer hohen Rückfallrate soll sich dieser Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen. Die Schlafentzugstherapie bzw. Wachttherapie sollte erwogen werden, wenn eine rasche, allerdings kurz anhaltende Therapiewirkung gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll. Die Indikation einer Lichttherapie wiederum beschränkt sich auf leichte bis mittelgradige Episoden rezidivierender depressiver Störungen mit saisonalem Muster. Schließlich empfiehlt die Leitlinie aus klinischer Erfahrung heraus ein körperliches Training zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Linderung depressiver Symptome, unabhängig vom Schweregrad der depressiven Störung.

Komorbidität

Andere psychische Störungen oder somatische Erkrankungen, die zusammen mit depressiven Erkrankungen auftreten, können eine erfolgreiche Behandlung der Depression erschweren. Angst- und Zwangsstörungen zählen zu den häufigsten komorbiden psychischen Störungen und führen zu einer schlechteren Wirksamkeit der antidepressiven Therapie. Dennoch sind unter diesen Bedingungen sowohl die Psychotherapie als auch die Pharmakotherapie wirksame Behandlungsverfahren. Ähnlich stellt sich die Situation bei einer komorbiden Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörung dar.

Bei einer koronaren Herzerkrankung spricht die NVL „Unipolare Depression“ wegen einer unzureichenden Evidenz keine eindeutige Empfehlung für eine psychotherapeutische Behandlung aus. Bei Herzkranken mit einer mittleren bis schweren depressiven Erkrankung empfiehlt die Leitlinie eine Pharmakotherapie vorzugsweise mit Sertralin oder Citalopram, jedoch nicht mit trizyklischen Antidepressiva. Diabetikern mit einer depressiven Erkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Ist eine Pharmakotherapie vorgesehen, empfiehlt die Leitlinie eine Behandlung mit SSRI.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) werden seit 2009 die Kosten für 80 Krankheiten, die besonders häufig und teuer sind, zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen. Dadurch soll eine Krankenkasse nicht benachteiligt sein, die besonders viele Versicherte mit teuren Erkrankungen hat. Die BpTK hat in ihren Stellungnahmen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf ein so genanntes „all-encounter-Modell“ hingewirkt, bei dem für die meisten Diagnosegruppen Zuschläge sowohl für stationäre als auch für ambulante Diagnosen gezahlt werden. Ferner hat die BpTK – zum Teil erfolgreich – dafür plädiert, auf Arzneimittelwirkstoffe zur Bestätigung ambulanter Diagnosen zu verzichten. Damit wären einseitige Anreize für pharmakologische Behandlungen gesetzt worden und leitlinienkonforme nicht-medikamentöse Behandlungsansätze benachteiligt worden. Die gesetzlich geforderte Versorgungsneutralität des Morbi-RSA hätte so nicht erreicht und bewahrt werden können.

ADHS-Zuschläge gestrichen

Das Bundesversicherungsamt hat seit der Einführung des Morbi-RSA zahlreiche Anregungen aus den Stellungnahmen – u. a. der BpTK – aufgegriffen, empirisch überprüft und bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA berücksichtigt. So wurde z. B. für spezifische depressive Störungen eine eigene Morbiditätsgruppe gebildet. Im Morbi-RSA werden jedoch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben Krankheiten u. a. nur dann berücksichtigt, wenn die durchschnittlichen Kosten der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten das 1,5fache der durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten. Dies führte bei der Anpassung des Morbi-RSA für das Jahr 2011 dazu, dass ADHS trotz unvermindert hoher

krankheitsspezifischer Kosten nicht mehr zu den 80 berücksichtigungsfähigen Erkrankungen zählt. Die BpTK setzt sich daher für eine Gesetzesänderung ein, die eine deutliche Erweiterung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten und eine Alters- und Geschlechtsadjustierung der Schwellenwerte vorsieht.

Psychische Erkrankungen im Morbi-RSA 2011	
Morbiditätsgruppe	jährliche Zuweisung pro Versicherten
Morbus Alzheimer, normotensiver Hydrozephalus (HMG 047)	1.152,97 Euro
Sonstige Demenzerkrankungen (HMG 049)	480,64 Euro
Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose (HMG 051)	2.517,63 Euro
Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (HMG 052)	1.629,45 Euro
Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom (HMG 053)	786,82 Euro
Schizophrenie (HMG 054)	5.354,60 Euro
Bipolare affektive Störungen (HMG 055)	3.377,34 Euro
Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen (HMG 056)	1.872,66 Euro
Angststörungen und unspezifische depressive Störungen (HMG 057)	626,46 Euro
Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen, Verhaltensstörungen (HMG 058)	1.328,81 Euro
Anorexia nervosa/Bulimie (HMG 060)	2.623,43 Euro

Quelle: Bundesversicherungsamt

Sucht

Suchterkrankungen gehören in Deutschland zu den häufigsten psychischen Störungen. Über 1,3 Millionen Menschen sind von Alkohol abhängig und über zwei Millionen missbrauchen Alkohol. 3,8 Millionen Menschen sind abhängige Raucher, fast 1,5 Millionen Menschen sind von Medikamenten abhängig. Hinzu kommen 600.000 Konsumenten von Cannabis und 170.000 bis 200.000 Menschen, die andere illegale Drogen nehmen oder von ihnen abhängig sind. Als neue Suchterkrankungen werden pathologisches Glücksspiel und exzessiver PC-Gebrauch diskutiert.

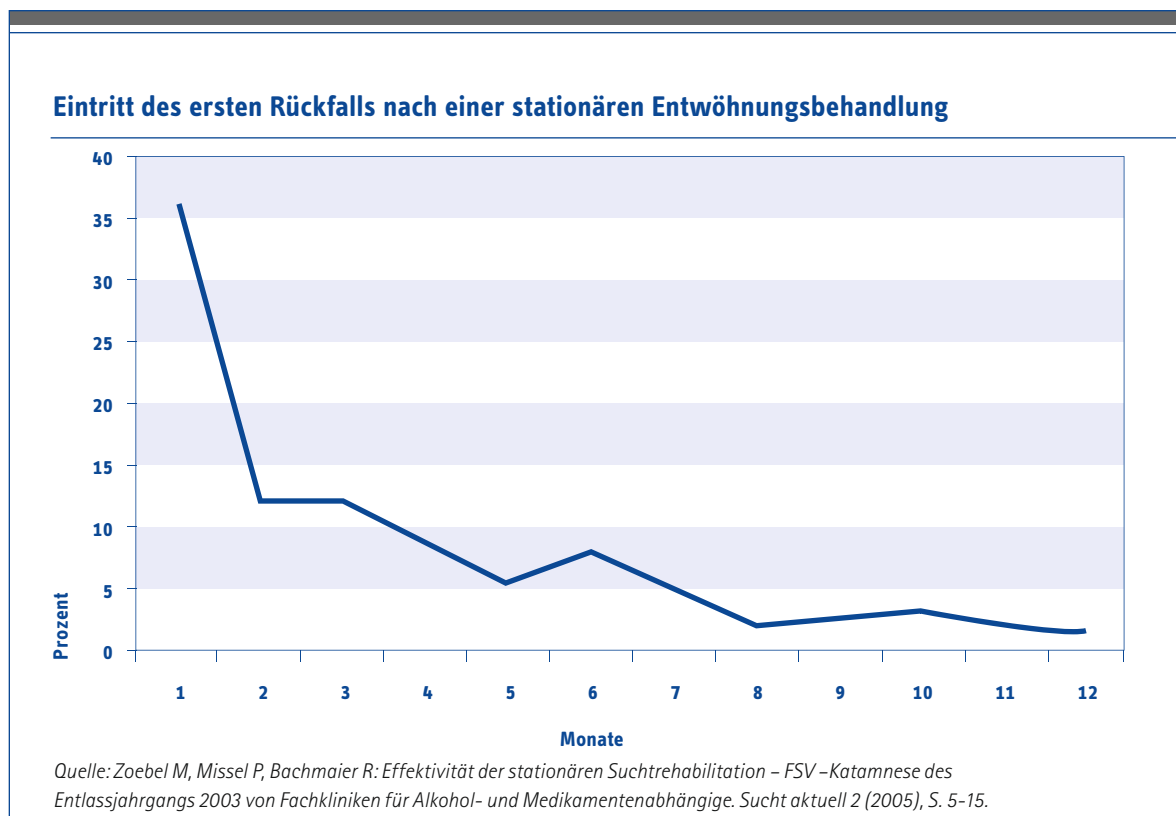
Psychotherapie – Teil der Suchtbehandlung

Psychotherapie ist bereits ein wichtiger Bestandteil der Suchtbehandlung, ihre Wirksamkeit in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist wissenschaftlich nachgewiesen. Ziel der von der BPTK gemeinsam mit dem Fachverband Sucht e.V. veranstalteten Fachtagung „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ am 25. November 2008 in Berlin war es, Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen niedergelassenen Psychotherapeuten und Suchthilfe sowie Lösungen für bestehende Schnittstellenprobleme aufzuzeigen. Hierzu waren Vertreter aus

der Politik, der Leistungserbringer, der Kostenträger und der Wissenschaft eingeladen, gemeinsam mit dem interessierten Fachpublikum zu diskutieren.

In ihrem Grußwort wies Sabine Bätzing, Drogenbeauftragte der Bundesregierung von Dezember 2005 bis Oktober 2009, zunächst darauf hin, dass diese Veranstaltung längst überfällig gewesen sei. Seit zehn Jahren gebe es zwar das Psychotherapeutengesetz, wichtige psychotherapeutische Weiterentwicklungen im Bereich der Suchtbehandlung, wie z. B. das „Motivational Interviewing“, seien jedoch nicht in der Psychotherapie-Richtlinie verankert.

Einen Überblick über die verschiedenen Suchtformen sowie die Zugangswege zur Behandlung gab Prof. Dr. Gerhard Bühringer, Leiter des Instituts für Therapieforschung München und Inhaber der Professur für Suchtforschung an der TU Dresden. Bühringer stellte fest, dass ein Problem in der Suchtbehandlung die unterschiedlichen Finanzierungstöcke seien, aus denen die Suchtbehandlung bezahlt würde und die nahtlose Behandlungsübergänge zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren erschweren würden. Das Suchthilfesystem in Deutschland setze vor allem auf eine tertiäre Versorgung, auf statio-



näre Suchteinrichtungen und Suchtberatungsstellen. Es erreiche aber zu wenig Erkrankte im primären und sekundären Versorgungssektor.

Peter Missel, Leitender Psychologe der Kliniken Daun Am Rosenberg und Vorstandsmitglied des Fachverbandes Sucht, machte deutlich, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker schon aus ökonomischen Gründen lohne. Die Effektivität der Behandlung sei belegt. Kosteneinsparungen ergäben sich durch verringerte akutmedizinische Kosten sowie weniger Krankschreibungen und Frühverrentungen. Ein Jahr nach der Behandlung seien 73,8 Prozent der Behandelten abstinent und lediglich 26,2 Prozent rückfällig.

Evidenzbasierte Psychotherapie der Sucht

In seinem Vortrag beschrieb Prof. Dr. Fred Rist, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Münster, die Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie in der Suchtbehandlung. Wirksame psychotherapeutische Ansätze in der Suchtbehandlung betonten den eigenen Beitrag der Patienten, den Konsum der psychotropen Substanzen zu verringern bzw. aufzugeben, eine Änderungsmotivation aufzubauen sowie soziale Unterstützung in die Behandlung einzubeziehen. Hierbei gehe es vor allem um eine bessere Beziehung zu den Bezugspersonen. Als weniger hilfreich hätten sich Verfahren erwiesen, die erzieherisch oder konfrontierend vorgingen oder den Besuch einer Selbsthilfegruppe forcierten.

Dr. Klaus Bilitza, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor und Dozent in der Suchttherapeutenausbildung, skizzierte die Praxis der ambulanten Psychotherapie bei Suchterkrankungen. Er wies darauf hin, dass nach einer DGPT-Erhebung Suchtpatienten nur 1,1 Prozent der Patienten in ambulanter Psychotherapie ausmachten. Dies sei angesichts der hohen Prävalenzraten und den häufig komorbid vorliegenden weiteren psychischen Erkrankungen nicht nachvollziehbar. Mögliche Gründe hierfür sah er in einer verbreiteten Überpathologisierung dieser Patienten. Den Patienten würde häufig unterstellt, dass sie nicht fähig wären, ein Arbeitsbündnis einzugehen. Außerdem herrsche die Annahme vor, ein Rückfall belege ihre Therapieunfähigkeit. Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht, und Monika Konitzer, BPTK-Vizepräsidentin, wiesen in ihren Statements auf den politischen Handlungsbedarf in der Suchtbehandlung hin. Beide betonten die hohen Raten psychischer Komorbiditäten bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen. Angst- und Panikstö-

rungen träten bei bis zu einem Drittel der alkoholabhängigen Männer und bei bis zu zwei Dritteln der alkoholabhängigen Frauen auf, depressive Störungen bei bis zu 50 Prozent der alkoholabhängigen Patienten (klinische Stichproben) und Persönlichkeitsstörungen bei bis zu 40 Prozent der abhängigen Patienten (klinische Stichproben). Eine umfassende Behandlung müsse sämtliche Störungen behandeln. Die therapeutische Berücksichtigung der Komorbiditäten sei für eine erfolgreiche Behandlung entscheidend.

Beide hoben hervor, dass in Deutschland ein hochwertiges Beratungs- und Behandlungsangebot für abhängigkeitskranke Menschen und parallel dazu ein breites Netz an psychotherapeutischer Versorgung existierten. Es sei davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der Personen, die eine ambulante Psychotherapie beginnen wollen, auch („verdeckte“) Substanzprobleme aufweise. Zudem gebe es einen hohen Bedarf für ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung.

Handlungsbedarf

Handlungsbedarf entstehe vor allem aufgrund ungelöster „Schnittstellenprobleme“ zwischen den Versorgungssektoren. Zukünftig seien notwendig:

- Eine verbesserte ambulante psychotherapeutische Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen bei vorliegender dauerhafter Abstinenz, sofern spezifische Behandlungskompetenzen vorliegen und das Behandlungssetting hierfür geeignet sei.
- Die Möglichkeit zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit schädlichem Gebrauch als Hauptdiagnose oder als Nebendiagnose bei psychischer Komorbidität. Hierzu bedürfe es z. T. entsprechender Anpassungen und Konkretisierungen in der Psychotherapie-Richtlinie.
- Die Möglichkeit, abhängigkeitskranke Personen in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote zu vermitteln, insbesondere auch in Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durch Psychologische Psychotherapeuten.
- Die Möglichkeit, abhängigkeitskranke Personen insbesondere mit komorbiden psychischen Störungen durch



*Sabine Bätzing,
Drogenbeauftragte
der Bundesregierung
(von 2005 bis 2009)*

Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung in die vertragspsychotherapeutische Behandlung zu vermitteln.

- Ein wechselseitiges Schnittstellen- und Entlassungsmanagement zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen.

■ Drogen- und Suchtrat

Im November 2010 berief die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, den Drogen- und Suchtrat zum ersten Mal in der 17. Legislaturperiode ein. Er setzt sich aus Experten und Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Die BPTK ist erstmalig und durch Vizepräsidentin Monika Konitzer vertreten. Sie wird insbesondere in der Arbeitsgruppe „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ mitarbeiten. In der Arbeitsgruppe „Prävention“ wird



Mechthild Dyckmans, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (seit 2009)

sich die BPTK ebenfalls engagieren. Schwerpunktthemen dieser AG sollen die berufliche Qualifikation Suchtkranker, die Integration in das Erwerbsleben sowie die Verbesserung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein. Mechthild Dyckmans will den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der alten Bundesregierung von 2003 durch die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung“ ablösen. Die „Nationale Strategie“ steht unter dem Motto „Der Mensch im Mittelpunkt“ und soll auf neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik reagieren.

Die Internet- oder Mediensucht, zu der bisher nur unzureichende Daten vorliegen, soll weiter erforscht werden. Internationale Studien gehen davon aus, dass zwischen 1,6 Prozent und 8,2 Prozent der Jugendlichen ein problematisches Spielverhalten zeigen. Online- und Mediensucht geht häufig mit anderen psychischen Erkrankungen, z. B. Depressionen und Angst, einher. Weitere Schwerpunkte der neuen Drogenbeauftragten sind die Bereiche „neue Substanzen“, „Legal Highs“, „neue Vertriebswege“ sowie „Veränderungen von Konsummustern“. Als „Legal Highs“ werden z. B. „Badesalze“, „Lufterfrischer“ oder „Kräutermischungen“ deklariert und als an-

geblich legale Alternative zu herkömmlichen illegalen Drogen angeboten. Sie enthalten jedoch meist ebenfalls Betäubungsmittel oder ähnliche chemische Wirkstoffe, die auf den Verpackungen nicht ausgewiesen werden. Konsumenten rauchen, schlucken oder schniefen die Produkte zu Rauschzwecken.

Die am weitesten verbreitete illegale Droge ist Cannabis. Etwa ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland im Alter von zwölf bis 25 Jahren hat schon einmal Cannabis probiert. Der Anteil der regelmäßig illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist in Deutschland rückläufig: 2,5 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben in den letzten 12 Monaten mindestens zehnmal illegale Drogen (zumeist Cannabis) konsumiert. Insgesamt weisen etwa 400.000 Menschen in Deutschland einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Cannabis auf. Das Durchschnittsalter des Erstkonsums liegt bei 16,4 Jahren. Andere illegale Drogen sind weniger weit verbreitet. Nach der Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2008 haben 3,2 Prozent bereits einmal Ecstasy, drei Prozent psychoaktive Pflanzen oder Pilze und 2,2 Prozent Kokain probiert. Andere Substanzen, wie Schnüffelstoffe und LSD, wurden von etwa einem Prozent und Crack und Heroin von deutlich unter einem Prozent konsumiert.

Insgesamt soll die Prävention gestärkt und mehr zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden. Dabei sollen spezifische Risikogruppen identifiziert und gezielt angesprochen werden. Insbesondere benachteiligte Kinder und Jugendliche sollen durch entsprechende Angebote der selektiven Prävention besser erreicht und unterstützt werden. Bei den Maßnahmen soll ein Schwerpunkt auf Frühintervention und ambulante Hilfen gelegt werden. Die Nationale Strategie soll auch dazu beitragen, das Bewusstsein für Suchterkrankungen als behandelbare Krankheiten in der Gesellschaft zu stärken. Wichtig ist die Übernahme von Verantwortung vor allem durch Eltern und die Vorbildfunktion von Erwachsenen gegenüber jungen Menschen. Das Hauptproblem stellen aus suchtpolitischer Sicht die legalen Suchtmittel dar, die daher besonders berücksichtigt werden sollen.

■ Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Auf die Initiative der früheren Drogenbeauftragten, Sabine Bätzing, hin, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 14. April 2011 eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Bereich der Abhängigkeitserkrankun-

gen beschlossen. Nach der gemeinsamen Veranstaltung von Fachverband Sucht und BPTK „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ hatte die Drogenbeauftragte den G-BA gebeten, eine mögliche Änderung der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigen zu prüfen. Psychotherapie sollte nicht erst mit bereits abstinenten Patienten beginnen, sondern auch dazu beitragen können, die Motivation für ein Leben ohne Suchtmittel zu erreichen.

Die nun vorgenommene Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie stellt insbesondere für alkoholranke Patienten, die einen Rückfall erlitten haben und zum Teil keiner Entgiftungsbehandlung bedürfen, eine wichtige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung dar. Positiv hervorzuheben ist, dass der G-BA das Anliegen der Drogenbeauftragten zum Anlass genommen hat, Fragen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit substanzbezogenen Störungen vor dem Hintergrund einer Expertenanhörung umfassender zu diskutieren. Dies führte dazu, dass der G-BA das Indikationsspektrum um den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen erweiterte und zudem die ambulante psychotherapeutische Behandlung erleichterte, wenn eine Abstinenz kurzfristig auch ohne Entgiftungsbehandlung zu erreichen ist.

Kritisch zu bewerten ist dagegen die Vorgabe, dass eine erfolgreiche Suchtmittelfreiheit/Abstinenz nach zehn Behandlungsstunden durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen ist, die nicht von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellt werden darf. Dabei soll der Nachweis in der Regel durch Laborwerte erbracht werden, obwohl die Eignung der existierenden Biomarker hierfür zweifelhaft ist und diese vom G-BA auch nicht eindeutig benannt wurden. Der Psychotherapeut muss die Bescheinigung als Teil der Behandlungsdokumentation vorhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorlegen. Zugleich wird Psychotherapeuten weiterhin keine Möglichkeit eingeräumt, zu diesem Zweck eine Überweisung an einen Arzt vorzunehmen.

Ferner ist es auch fraglich, ob die Abstinenzvorgaben den Besonderheiten von Patienten mit Medikamentenabhängigkeiten gerecht werden, bei denen die psychotherapeutische Behandlung und der Entzug viel stärker als bei anderen Abhängigkeitserkrankungen über eine längere Phase Hand in Hand gehen müssen. Die entsprechenden differenzierenden Vorschläge der BPTK wurden vom G-BA leider nicht aufgegriffen.

Gehirndoping

In Deutschland sind schätzungsweise 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen medikamentenabhängig. Ungefähr ebenso viele Menschen gelten als gefährdet. Neu ist der zunehmende Gebrauch von psychotropen Substanzen zur Leistungssteigerung oder Verbesserung der Stimmung bei Gesunden („Gehirndoping“). Der DAK-Gesundheitsreport 2009 stellte in einer repräsentativen Befragung von 3.000 Arbeitnehmern fest, dass bereits fünf Prozent von ihnen chemische Mittel zur Verbesserung ihrer psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit eingenommen haben. Die BPTK schätzt, dass von zwei Millionen Menschen ca. 800.000 regelmäßig Psychopharmaka nehmen, um am Arbeitsplatz leistungsfähig zu sein. Vier von zehn Menschen nehmen die Medikamente täglich bis mehrmals wöchentlich ein. Dabei neigen Männer eher zu aufputschenden und konzentrationsfördernden Präparaten, Frauen bevorzugen beruhigende Mittel gegen depressive Verstimmung oder Ängste. Eine Analyse der DAK-Arzneimittelverordnungen ergab, dass fast ein Viertel der Verschreibungen von Methylphenidat, Modafinil, Fluoxetin und Metopronol ohne Angabe einer nachvollziehbaren medizinischen Begründung erfolgt.

Bei Gesunden konnte bislang weder eine leistungssteigernde noch eine stimmungsausgleichende Wirkung von psychotropen Substanzen nachgewiesen werden. Probanden, die Methylphenidat einnehmen, berichten zwar über eine subjektive Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Trotz mehrerer Studien konnten bislang jedoch keine Nachweise einer objektiven Wirksamkeit bei Menschen, die nicht an ADHS leiden, erbracht werden.

Dabei haben psychotrope Substanzen zum Teil gravierende Nebenwirkungen. Häufige Nebenwirkungen von Methylphenidat sind Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, erhöhte Schweißneigung und eine verstärkte Neigung zu Krampfanfällen. Speziell bei höheren Dosierungen können beispielsweise Herzrhythmusstörungen, suchartige Abhängigkeit oder Wachstumsverzögerungen bei Kindern auftreten. Eine starke Überdosierung kann zu Übererregtheit des Zentralen Nervensystems, Krämpfen, optischen und akustischen Halluzinationen oder einem Kreislaufkollaps führen. Methylphenidat unterliegt aufgrund seines Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzials dem Betäubungsmittelgesetz und dem internationalen Suchtstoffübereinkommen.

Die BPTK hat sich strikt gegen eine Lockerung der Rezeptpflicht für diese Substanzen ausgesprochen.

Körperliche Erkrankungen

■ Nationaler Krebsplan

Pro Jahr erkranken mehr als 436.000 Menschen an Krebs und über 210.000 Menschen sterben daran. Krebs ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Die Überlebenschancen und die Lebensqualität krebserkrankter Menschen in Deutschland haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Dennoch gibt es ungelöste Probleme. Steigende Neuerkrankungsraten führen dazu, dass zunehmend mehr Menschen und ihre Angehörigen von individuellem Leid betroffen sind.

Etwa ein Drittel aller Krebspatienten ist so stark beeinträchtigt, dass sie einer psychoonkologischen Unterstützung bedürfen. Bei Vielen ist die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung (Progredienzangst) eines der häufigsten emotionalen Probleme. Aber auch die Sorge um die Angehörigen, ausreichende Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, Nutzen und Nebenwirkungen der Medikamente, Angst vor Schmerzen und Einschränkungen im alltäglichen Leben belasten die Patienten. Etwa jeder zweite Krebspatient wünscht sich eine psychosoziale oder psychotherapeutische Unterstützung. Etwa 25 bis 30 Prozent aller Krebskranken entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen. Daher ist die psychoonkologische Versorgung von Krebskranken und ihren Angehörigen integraler Bestandteil einer umfassenden Krebsbehandlung. Rund 90 Prozent aller Groß- und Universitätskliniken verfügen über ein psychoonkologisches Angebot. Meist besteht dies aus der Nutzung des psychosomatischen Konsiliardienstes bzw. des Sozialdienstes und/oder der Klinikseelsorge. Nur in 16,9 Prozent der Universitätskliniken wird spezifisches psychoonkologisches Personal eingestellt; in 22 Prozent wird ein psychoonkologischer Dienst vorgehalten. In nur vier Prozent der kleineren Kliniken gibt es psychoonkologische Fachkräfte. Die Universitätskliniken berichten, dass sie im Durchschnitt 42,6 Prozent der Krebspatienten versorgen können; der Anteil liegt bei 25 Prozent in großen Kliniken und bei weniger als 25 Prozent in den kleinen Häusern.

Um die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten besser aufeinander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu fördern, wurde am 16. Juni 2008 der Nationale Krebsplan vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe und der Arbeits-

gemeinschaft Deutscher Tumorzentren ins Leben gerufen. Es wurden zentrale Handlungsfelder identifiziert, für die zahlreiche Ziele und Teilziele zur Weiterentwicklung der Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen formuliert worden sind. Hieraus abgeleitete Maßnahmen sollen Schritt für Schritt umgesetzt werden.

Die BPtK hat am Ziel 9 mitgearbeitet. Ziel 9 lautet: „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung“. Hierzu gehören im Wesentlichen zwei Teilziele:

- Verbesserung der Erkennung psychosozialer Unterstützungsbedarfs und Therapie bedürftiger psychischer Störungen bei Krebskranken und Angehörigen,
- Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen und psychosozialen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich.

Psychoonkologische Versorgung

Psychoonkologische Versorgung ist der Oberbegriff für psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen für Krebskranken und ihre Angehörigen. Psychosoziale Versorgung beinhaltet insbesondere Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung. Psychotherapeutische Versorgung beinhaltet insbesondere Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen.

Psychoonkologische Versorgung leisten verschiedene Berufsgruppen und Organisationen der Selbsthilfe zu verschiedenen Zeitpunkten und in den unterschiedlichen stationären und ambulanten onkologischen Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen für Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen. Eine angemessene psychosoziale und psychoonkologische Versorgung ist bedarfsorientiert, zeitnah, niederschwellig und wohnortnah.

Die Erkennung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs und behandlungsbedürftiger psychischer Störungen kann mithilfe geeigneter Diagnoseinstrumente verbessert werden. Es existieren zwar geprüfte und klinisch relevante Instrumente, allerdings mangelt es derzeit an einem integrierten und flächendeckenden Einsatz. Die Erfassung der individuellen Belastung bzw. Beeinträchtigung sowie die daraus abgeleitete Indikation für eine psychosoziale und psychoonkologische Betreuung muss

einheitlich dokumentiert und innerhalb der beteiligten Versorgungsstrukturen bzw. an den sektoralen Schnittstellen kommuniziert werden.

Vordringlich ist eine bessere Information über das bestehende Versorgungsangebot. Zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten und strukturierten Zugangs zu den Versorgungsangeboten ist auch eine bessere Vernetzung zwischen den Leistungserbringern bis hin zu einer gezielten Zuweisung im Sinne einer Guide- oder Case-Management-Funktion für die Patientinnen und Patienten notwendig. Hierzu empfiehlt die Arbeitsgruppe – auf Basis einer sorgfältigen Bestandsaufnahme – unterschiedliche Strategien in Modellprojekten zu testen und zu evaluieren. Um zugleich eine bessere Qualifizierung des Personals und mehr Transparenz zu erreichen, sollte verbindlich festgeschrieben werden, welcher Personenkreis mit welcher Qualifikation im Bereich der psychoonkologischen Versorgung tätig werden darf.

Für eine Integration der psychoonkologischen Behandlung in das Gesamtbehandlungskonzept ist eine einheitliche, abgestimmte psychosoziale Standarddokumentation wesentlich, deren Kernvariablen in relevante onkologische Leitlinien, Zertifizierungskriterien und klinische Krebsregister integriert werden sollten. Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen müssen sicherstellen, dass psychosoziale und psychotherapeutische Leistungen als fester Bestandteil des Versorgungsangebotes im Krankenhaus realisiert werden können. Zudem kann eine bedarfsgerechte ambulante psychoonkologische Versorgung erfordern, dass die Vergütungsmöglichkeiten für psychotherapeutische Interventionen angepasst werden müssen.

S3-Leitlinie „Psychoonkologie“

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und AWMF wurde im Herbst 2010 begonnen, eine diagnoseübergreifende S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ zu entwickeln. Die wissenschaftliche Leitung und Koordination liegt bei Prof. Dr. Joachim Weis von der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg. Die BPTK arbeitet in der Steuerungsgruppe mit.

■ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Die letzte Lebensphase und das Sterben eines Menschen zu begleiten und Angehörigen zur Seite zu stehen, stellt hohe Anforderungen an eine multiprofessionelle und ver-

netzte ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung, welche insbesondere die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen sowie die Stärkung der Lebensqualität anstrebt.

Das Charta-Projekt ist vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative entstanden, die als „Budapest Commitments“ auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 vereinbart wurde. Ziel war es, die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Aus diesem Grund sollten fünf Bereiche fokussiert und in ihrer Entwicklung gefördert werden: Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung, Politik, Qualitätsmanagement, allgemeine Zugänglichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln.

Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands und der Bundesärztekammer wurde im Jahr 2008 der nationale Charta-Prozess begonnen. Von September 2008 bis September 2010 wurde die Charta unter der Beteiligung von 150 Expertinnen und Experten in fünf Arbeitsgruppen erarbeitet. Seit dem 8. September 2010 liegt die fertige „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ vor Link: <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>). Die BPTK war in drei Arbeitsgruppen vertreten und trägt die Ziele der Charta als unterzeichnende Organisation mit.

■ Bündnis für Seltene Erkrankungen

Seit März 2010 besteht das „Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen“ (NAMSE). Trägerorganisationen sind das Bundesgesundheitsministerium (BMG), das Bundesforschungsministerium und die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen, ein Zusammenschluss von Selbsthilfeorganisationen. In dem Bündnis werden anhand europäischer Erfahrungen Vorschläge für einen Nationalen Aktionsplan für Seltene Erkrankungen erarbeitet.

Eine Erkrankung wird als „selten“ klassifiziert, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Aktuell sind ca. 6.000 bis 8.000 Erkrankungen bekannt, die als „seltene Erkrankungen“ gelten. In Deutschland sind damit insgesamt ca. vier Millionen Menschen von seltenen Erkrankungen betroffen und somit vergleichbar viele Menschen wie von den Volkskrankheiten Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale mit jeweils ca. fünf bis sechs Millionen Erkrankten. Seltene Erkrankungen gibt es prinzipiell in allen medizinischen Erkrankungsgruppen, wodurch diese sehr heterogen ausfallen. Beispiele sind angeborene Störungen der Blutbildung, Intersexuali-

tät oder seltene Tumorarten. Psychische Erkrankungen treten in aller Regel häufiger auf, ausgenommen einige Varianten von Autismus- oder Demenzerkrankungen.

Die meisten seltenen Erkrankungen verlaufen chronisch und führen oft zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Häufig ist auch eine Unterstützung der Angehörigen notwendig. Psychosoziale Betreuungsleistungen haben daher eine sehr hohe Bedeutung für die Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Dies geht auch aus einem Forschungsbericht des BMG hervor. 91,5 Prozent der Befragten aus Patientenorganisationen gaben an, dass eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung in der Versorgung bei seltenen Erkrankungen notwendig ist.

In der Psychotherapie und Beratung gibt es seit Längerem bewährte Konzepte für die Unterstützung bei der Bewältigung der mit chronischen körperlichen Erkrankungen verbundenen Belastungen. Diese umfassen einen breiten Bereich von Interventionen und sind auf die seltenen Erkrankungsformen übertragbar. Somit wäre es möglich, die psychosoziale Betreuung trotz der unterschiedlichen und komplexen Erkrankungen angemessen zu gestalten. Von zentraler Bedeutung ist es, diese Angebote zum integralen Bestandteil der Versorgung zu machen.

Viele Patienten mit seltenen Erkrankungen leiden außerdem erheblich unter der andauernden Unsicherheit, überhaupt eine korrekte Diagnose und angemessene Therapie zu erhalten. Sie machen dabei oft die Erfahrung, dass ihre Beschwerden irrtümlich als „psychisch“ diagnostiziert werden, bis eine korrekte Diagnose gefunden wird. Andererseits suchen Menschen mit somatoformen Erkrankungen (d. h. psychische Erkrankungen, bei denen anhaltend oder wiederholt körperliche Symptome auftreten, für die es keine ausreichenden organischen Befunde gibt) fälschlicherweise in den hochspezialisierten Behandlungszentren für seltene Erkrankungen Hilfe. Auf dem Weg zu einer Verbesserung der Diagnostik seltener Erkrankungen sollten deswegen psychopathologisch-psychotherapeutische Kompetenzen rechtzeitig in den diagnostischen Prozess eingebunden werden.

Die BPTK beteiligt sich aus diesen Gründen als Mitglied an der NAMSE-Steuerungsgruppe und bringt ihre Expertise in die Arbeitsgemeinschaften „Wege zur frühzeitigen Diagnose seltener Erkrankungen“ und „Versorgung, Zentren, Netzwerke“ ein.

■ NVL „Kreuzschmerz“

Für die Diagnostik und Behandlung von Kreuzschmerzen steht seit dem 30. November 2010 die Nationale Versor-

gungsleitlinie (NVL) „Kreuzschmerz“ zur Verfügung (www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de). Die Empfehlungen betreffen die Versorgung von Patienten mit „nichtspezifischem Kreuzschmerz“, d. h. Patienten, bei denen keine bestimmten körperlichen Ursachen für die Schmerzen festgestellt werden können. Studien haben gezeigt, dass psychosoziale Faktoren entscheidend dafür sind, dass akute Rückenschmerzen chronisch werden. Die Leitlinie gibt deshalb auch Empfehlungen, wie psychosoziale Risikofaktoren zu erfassen und Patienten aufzuklären sind. An der Erstellung der Leitlinie war Frau Prof. Dr. Monika Hasenbring als Experte für die BPTK beteiligt.

Die zentralen Empfehlungen

der NVL „Kreuzschmerz“ lauten:

- Um gefährliche Verläufe auszuschließen, sollen bestimmte Warnsignale mit dringendem Handlungsbedarf („red flags“) stets erfasst werden.
- Sind gefährliche Verläufe ausgeschlossen, sollen im akuten Stadium keine bildgebenden Untersuchungen durchgeführt werden. Im Vordergrund soll die körperliche Aktivierung der Betroffenen stehen, bei chronischen Rückenschmerzen die Bewegungstherapie.
- Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten.
- Patientinnen/Patienten mit akutem/subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen adäquat, individuell informiert und beraten werden. Schulungsmaßnahmen, die zur Rückkehr zu normalen Aktivitäten ermutigen und dies konkret fördern, sollen für Betroffene mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz in der Regelversorgung kontinuierlich durchgeführt werden.
- Bei anhaltenden Rückenleiden sollen psychosoziale und körperliche Risikofaktoren erfasst werden, die zu chronischen Kreuzschmerzen führen können („yellow flags“).
- Besteht der Verdacht auf psychosoziale Belastungen, können bei zwei Wochen andauernden Kreuzschmerzen nach der ärztlichen Beratung Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Behandlung konsultiert werden.
- Bei subakuten Kreuzschmerzen (keine Besserung nach sechs Wochen trotz leitliniengerechter Behandlung) und Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren soll Kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.
- Bei chronischen Rückenschmerzen (über zwölf Wochen) soll Kognitive Verhaltenstherapie innerhalb eines multimodalen Therapiekonzepts angewendet werden.
- Beim Vorliegen (komorbider) psychischer Störungen soll eine entsprechende leitliniengerechte Versorgung eingeleitet werden.

Trauma und Traumafolgen

Opfer von lebensbedrohlichen Ereignissen

Katastrophen, Unglücke oder Gewalterfahrungen können die individuellen Verarbeitungs- und Bewältigungskompetenzen von Opfern, Angehörigen, Augenzeugen, Helfern, Tätern sowie Berufsgruppen mit erhöhtem Gefährdungsrisiko so überfordern, einschränken oder außer Kraft setzen, dass ein psychischer Notfall eintritt. Ein solcher Notfall kann bei den betroffenen Personen oder Gruppen eine psychische Krise auslösen und gravierende Folgestörungen nach sich ziehen. Daher kann zu verschiedenen Zeitpunkten eine psychotherapeutische Intervention erforderlich werden.

Die psychotherapeutische Erst- bzw. Akutversorgung durch Diagnostik und erste Interventionen liegt in unmittelbarer zeitlicher Nähe zu einem Ereignis. Sinnvoll können dabei Screening-Verfahren sein, die in den ersten Wochen nach dem traumatischen Ereignis helfen, Patienten zu erkennen, bei denen sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelt. Das Risiko einer PTBS ist je nach Ereignis sehr unterschiedlich: Während sich nach Bombenanschlägen und Terrorattacken bei

etwa zwei Dritteln der Betroffenen eine PTBS entwickelt, sind es bei Opfern von Verkehrsunfällen nur schätzungsweise 15 Prozent. Bei professionellem Rettungspersonal finden sich nach einem entsprechenden Einsatz bei sieben bis 14 Prozent Symptome einer PTBS. Bei Rettungskräften geht es insbesondere darum, Einsatzvorbereitung, Durchführung und Nachbereitung präventiv so zu gestalten, dass möglichst wenige langfristige psychische Belastungen oder Erkrankungen entstehen. Manchmal kann auch Tage oder Wochen nach einem Ereignis eine psychotherapeutische Behandlung notwendig sein.

Kriegstraumata bei Soldaten

Bei Soldaten, die mit Kriegstraumata zurückkehren, ist die Versorgung in Deutschland lückenhaft. Die BPTK hat dies in einem Positionspapier zur Versorgung von Soldaten mit PTBS kritisiert. Im Jahr 2009 sind insgesamt 466 Soldaten mit der Diagnose PTBS behandelt worden. Damit hat sich ihre Anzahl gegenüber 2008 (245 Fälle) fast verdoppelt. Ein Grund ist u. a. die Zunahme von Einsätzen in Afghanistan.

Runder Tisch gegen sexuellen Kindesmissbrauch

Im März 2010 hat die Bundesregierung einen „Runden Tisch gegen sexuellen Kindesmissbrauch“ eingerichtet, der die verschiedenen Aspekte des sexuellen Kindesmissbrauchs in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich aufarbeiten soll. BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Forschung, Lehre und Ausbildung“, deren Ziel es ist, bildungswissenschaftliche Forschungsschwerpunkte zu identifizieren und die Übertragbarkeit der Ergebnisse für eine nachhaltige Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von pädagogisch arbeitenden Fachkräften zu thematisieren. Gesetzgeberische Konsequenzen aus dem Runden Tisch sollen mit einem Kinderschutzgesetz vorgelegt werden.

Unabhängige Beauftragte

Ebenfalls im März 2010 wurde die ehemalige Bundesfamilienministerin Dr. Christine Bergmann als Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs eingesetzt. Ihre Aufgabe ist es, Anlaufstelle für Betroffene zu sein, die Bundesregierung zu beraten und den Opfern Empfehlungen für materielle und immaterielle Hilfen zu geben.

Anfang 2011 führte Frau Dr. Bergmann eine anonyme Online-Umfrage bei Psychotherapeuten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sexuellem Missbrauchshintergrund durch. Die BPTK hat die Befragung unterstützt und die Landespsychotherapeutenkammern gebeten, für eine breite Beteiligung unter den Kammermitgliedern zu werben.



Für eine verbesserte Versorgung sollten alle Bundeswehrkrankenhäuser kriegstraumatische Behandlungskonzepte für Soldaten mit PTBS anbieten. Engpässe entstehen insbesondere dadurch, dass die vorhandenen psychiatrischen Stellen nicht besetzt sind. Von 38 Dienstposten „Sanitätsstaboffizier-Psychiater“ waren laut Jahresbericht des Wehrbeauftragten lediglich 22 besetzt. Eine Möglichkeit, die Versorgung zu verbessern, besteht darin, auch auf Psychologische Psychotherapeuten zurückzugreifen. Geprüft werden sollten außerdem Kooperationen zwischen der Bundeswehr und den Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten, damit Bundeswehrpsychologen eine postgraduale Psychotherapeutenausbildung absolvieren können.

Eine Schwachstelle ist zudem die Versorgung der Soldaten durch niedergelassene Psychotherapeuten. Sie müssen wie andere Patienten mit wochenlangen Wartezeiten rechnen. Liegt der Truppenstützpunkt bzw. der Wohnort des Soldaten in einem strukturschwachen Gebiet, ist seine Chance, in angemessener Zeit einen Behandlungsplatz zu finden, besonders gering. In ländlichen Gebieten ist die Versorgung mit Psychotherapeuten neunmal geringer als in Kernstädten. Ein Weg, den Zugang für Soldaten zu vereinfachen, ist der Verzicht auf das aufwändige Genehmigungsverfahren durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr. Für die Behandlung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten ist im Rahmen der freien Heilfürsorge sowieso die Überweisung durch einen Truppenarzt erforderlich.

Das psychotherapeutische Angebot ließe sich zusätzlich dadurch verbessern, dass Psychotherapeuten, die über die Approbation, aber nicht über eine Kassenzulassung verfügen, zur Versorgung zugelassen werden. Auch in diesem Fall werden die Behandlungskosten unmittelbar von der Bundeswehr übernommen, allerdings nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet.

Leitlinie für Psychosoziale Notfallversorgung

In Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) eine sehr große Vielfalt der Akteure und Konzepte entwickelt. Die Heterogenität der Angebote birgt allerdings nach Katastrophen, schweren Not- und Unglücksfällen die Gefahr, dass eine bedarfsgerechte und zeitnahe Betreuung und Versorgung von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen und Einsatzkräften erschwert oder sogar behindert wird. Während eines dreijährigen Konsensusprozesses haben Vertreter aller relevanten und bundesweit vertretenen Akteure der PSNV, darunter auch die BpTK, unter

der Federführung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe an gemeinsamen Leitlinien und Qualitätsstandards gearbeitet.

2008 wurden auf einer ersten Konsensuskonferenz „Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland“ verabschiedet. Damit sollen bundesweite Mindeststandards der Qualitätssicherung in der PSNV etabliert werden. Weil bis dahin erwartungsgemäß noch nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden konnten, stellen die Empfehlungen erst einen Zwischenschritt in der Leitlinienentwicklung und Definition von Standards dar. Die Gutachten, die den Leitlinien zugrundeliegen, betonten, dass die Rolle der Heilberufe und damit auch der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch nicht endgültig geklärt bzw. ihre Fachkompetenz in der derzeitigen PSNV noch nicht ausreichend berücksichtigt ist.

Die BpTK hatte dem Zwischenergebnis unter der Voraussetzung zugestimmt, dass es in der Weiterarbeit zu einer erneuten und vertieften Beschäftigung mit den Schnittstellen zwischen Psychotherapeuten und den anderen Akteuren kommt. Die BpTK hatte deshalb das Einholen eines Rechtsgutachtens nachdrücklich unterstützt, musste am Ende des Konsensverfahrens im November 2010 allerdings zur Kenntnis nehmen, dass die aus ihrer Sicht zentralen Fragen unbeantwortet geblieben waren. Die Vorbehalte der BpTK gegen das Konsenspapier von 2008 waren damit nicht aufgehoben. Die BpTK konnte deshalb dem Abschlusspapier nicht zustimmen, in dem folgende Qualitätsstandards und Leitlinien verabschiedet wurden:

- Informationsmanagement: Grundlagen und Begriffe, Erfassungsstandards, Dokumentation und Evaluation,
- Psychosoziales Krisenmanagement und strukturelle Regelungen: Führungs- und Organisationsstrukturen PSNV, PSNV-Führungskräfte,
- Einsatzalltag: psychosoziale Akuthilfe, psychosoziale Prävention für Einsatzkräfte,
- Schnittstellen, Zuständigkeiten und Vernetzung: Kommunale Zuständigkeit, Fachaufsicht und Weisungsbefugnisse, Schnittstelle Betreuungsdienst, interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit,
- Aus- und Fortbildung: Tätigkeits- und Kompetenzprofile, curriculare Empfehlungen.

Vor dem Hintergrund der als konstruktiv und kollegial erlebten interdisziplinären Zusammenarbeit im Konsensusprozess hofft die BpTK, dass die Arbeit nach Klärung der noch offenen rechtlichen Fragen weitergeführt werden kann.

Migration

Die psychotherapeutische Versorgung von Migranten in Deutschland ist mangelhaft. Es fehlt an spezifischen Informationen und Angeboten für Migranten, an interkultureller Kompetenz im Gesundheitssystem und auch an Psychotherapie in der Muttersprache. Die BPTK veranstaltete deshalb am 7. Oktober 2010 in Berlin ein Symposium zur psychotherapeutischen Versorgung von Migranten. Im Zeitalter der Globalisierung migrieren immer mehr Menschen in andere Länder. Das deutsche Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, sich auf diese gesellschaftliche Entwicklung einzustellen.

setzung für die Psychotherapie ist. Daher sollte Migranten, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, eine muttersprachliche Psychotherapie angeboten werden. Bei einer entsprechenden regionalen Konzentration kann dies über das Instrument des lokalen Sonderbedarfs gewährleistet werden. Georg Classen vom Flüchtlingsrat Berlin präsentierte die juristischen Grundlagen für Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. Zentrale Verbesserungspunkte seien, dass die Sprachkompetenz von Psychotherapeuten bei ihrer GKV-Zulassung berücksichtigt wird, Dolmetscher- und Fahrtkosten von der gesetzlichen



Georg Classen,
Flüchtlingsrat Berlin



Dr. Maria Gavranidou,
Referat für Gesundheit und Umwelt der
Landeshauptstadt München



Sibel Koray,
Psychologische Psychotherapeutin,
Jugendpsychologisches Institut der Stadt Essen

In Deutschland leben 6,7 Millionen Menschen mit ausländischem Pass. Eine Re-Analyse des Bundesgesundheits-surveys zeigt höhere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Migranten im Vergleich zu Einheimischen. Speziell bei Depressionen und somatoformen Störungen liegen bei Migranten signifikant erhöhte Prävalenzzahlen vor (affektive Störungen, 12-Monatsprävalenz: 17,9 Prozent vs. 11,3 Prozent; somatoforme Störungen: 19,9 Prozent vs. 10,3 Prozent).

BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter erläuterte, dass die sprachliche Verständigung eine grundlegende Voraus-

setzung für die Psychotherapie ist. Daher sollte Migranten, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, eine muttersprachliche Psychotherapie angeboten werden. Bei einer entsprechenden regionalen Konzentration kann dies über das Instrument des lokalen Sonderbedarfs gewährleistet werden. Georg Classen vom Flüchtlingsrat Berlin präsentierte die juristischen Grundlagen für Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. Zentrale Verbesserungspunkte seien, dass die Sprachkompetenz von Psychotherapeuten bei ihrer GKV-Zulassung berücksichtigt wird, Dolmetscher- und Fahrtkosten von der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) übernommen werden, die Eingliederungshilfe unterstützende Hilfe durch sprachkompetente Fachkräfte gewährt, das Deutschenprivileg im Psychotherapeutengesetz gestrichen und das Asylbewerberleistungsgesetz reformiert werden.

Dr. Maria Gavranidou vom Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München beschrieb die Notwendigkeit interkultureller Kompetenz. Sie schilderte anhand zahlreicher Beispiele, dass allgemeine psychotherapeutische Fertigkeiten, wie Empathie, positive Wertschätzung des Patienten oder ein Gespür für angemessene



*Peter Lehdorfer,
Vorstand BPTK*



*Dr. Meryam Schouler-Ocak,
Oberärztin an der Charité in Berlin*



*Cinur Ghaderi, Psychologische
Psychotherapeutin, Psychosoziales
Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf*

nes Handeln, wesentliche Bestandteile interkulturell kompetenten Handelns sind. Sibel Koray, Psychologische Psychotherapeutin vom Jugendpsychologischen Institut der Stadt Essen, referierte zur Praxis der Erziehungsberatung für Familien mit Migrationshintergrund. Sie betonte, wie nachhaltig der institutionelle Kontext das erfolgreiche Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen im Bereich der Erziehungsberatung beeinflusse.

BPTK-Vorstand Peter Lehdorfer berichtete, dass in den meisten deutschen Städten mittlerweile mehr als die Hälfte der Kinder unter sechs Jahren einen Migrationshintergrund aufweist. Die erhöhte Prävalenz psychischer Auffälligkeiten unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sei in vielen Fällen vor allem eine Folge der sozialen Schichtzugehörigkeit. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Oberärztin an der Charité in Berlin, präsentierte Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Auch dort bestehen oft sprachliche Hürden sowie diagnostische und therapeutische Unsicherheiten aufgrund des anderen kulturellen Hintergrunds. Cinur Ghaderi, Psychologische Psychotherapeutin vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf, berichtete, dass ein hoher Prozentsatz der Flüchtlinge an psychischen Erkrankungen infolge von

traumatischen Erlebnissen leide. Dabei handle es sich nicht nur um Posttraumatische Belastungsstörungen, sondern z. B. auch um dissoziative Störungen oder Depressionen. Trotz oft geäußerter Skepsis sei psychotherapeutisches Arbeiten mit Flüchtlingen sehr wohl möglich.

In der Plenumsdiskussion mit Angelika Graf (MdB, SPD) und Stefanie Vogelsang (MdB, CDU/CSU) sahen beide Bundestagsabgeordneten die Notwendigkeit, die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Graf betonte, dass es höchste Priorität habe, kultursensible Inhalte in der Ausbildung der Gesundheitsberufe zu verankern, den Zugang zu ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Berufen zu erleichtern und mehr Anlaufstellen im Gesundheitssystem zu schaffen, an die sich Migranten wenden könnten. Vogelsang fügte an, dass für Migranten vor allem der Zugang zum Gesundheitssystem erleichtert werden müsse. Beide Politikerinnen sahen zwar die fachliche Notwendigkeit, Dolmetscher im Gesundheitssystem einzusetzen, äußerten aber ihre Skepsis, da aktuell unklar sei, wie dies finanziert werden könne. Regionale Spezialisierungen und die Förderung mehrsprachiger Therapeuten über eine lokale Sonderbedarfszulassung seien jedoch ein gangbarer Weg.

Patienteninformationen

■ Patientenrechtegesetz

Die Bundesregierung plant ein Patientenrechtegesetz. Ein Gesetzentwurf dafür soll auf Grundlage der Eckpunkte des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, erarbeitet werden. Bereits am 26. Januar 2011 führte der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung zum Antrag der SPD-Fraktion „Für ein modernes Patientenrechtegesetz“ (BT-Drs. 17/907) durch. Die BPTK war als Sachverständige geladen.

Ein Patientenrechtegesetz kann grundsätzlich dazu beitragen, rechtliche Unsicherheiten weitgehend zu reduzieren, die aufgrund der Vielzahl von Einzelfallentscheidungen und Sonderregelungen bestehen. Es bietet dem Gesetzgeber zudem die Chance, die sich aus der Rechtsprechung ergebenden Rechte zu präzisieren und sich bei widersprüchlichen Gerichtsentscheidungen zugunsten einer Lösung zu entscheiden. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber Rechtsunsicherheiten beseitigen, die bestehen, weil es zu bestimmten Fällen noch keine oder keine eindeutige Rechtsprechung gibt.

Die bisherige Debatte zeigt, dass der Schwerpunkt der Diskussionen auf arzt haftungsrechtlichen Fragen liegt. Die BPTK ist jedoch der Auffassung, dass ein Patientenrechtegesetz darüber hinaus einen Beitrag dazu leisten sollte und kann, die Versorgung von Patienten einschließlich psychisch kranker Menschen konkret zu verbessern, und hat dazu der Politik konkrete Vorschläge unterbreitet.

Behandlungsvereinbarung

Ein Patientenrechtegesetz sollte aus Sicht der BPTK den rechtlichen Rahmen für verbindliche Behandlungsvereinbarungen schaffen. Patientinnen und Patienten haben ein Recht, ihre Behandlung selbst zu bestimmen. Dieses Recht endet nicht an der Grenze der Einwilligungsfähigkeit. Schwer psychisch kranke Menschen müssen damit rechnen, erneut stationär behandelt zu werden. Diese wiederholte Einweisung in eine Klinik kann in einer Phase völliger Hilflosigkeit erfolgen, in der sich der Patient vielleicht sogar selbst gefährdet. Ein Patient sollte deshalb vorab mit der Klinik vereinbaren können, wie er in einer solchen Phase behandelt werden möchte. Eine Behandlungsvereinbarung schafft für viele psychisch kranke Menschen erst die notwendige Sicherheit, um sich recht-

zeitig in Behandlung zu begeben. Durch eine solche verbindliche Vereinbarung mit dem Krankenhaus könnten die Patienten mitentscheiden, was mit ihnen geschieht, wenn sie nicht mehr über eine ausreichende Urteilsfähigkeit verfügen.

Die Möglichkeiten, die eine Behandlungsvereinbarung bietet, gehen über die einer Patientenverfügung hinaus. Mit einer Patientenverfügung kann einseitig in eine bestimmte Behandlung eingewilligt oder diese untersagt werden (§ 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB). Sie bietet aber keine ausreichende Möglichkeit, vertraglich in Bezug auf das konkrete Angebot einer Klinik einen durchsetzbaren Behandlungsanspruch festzulegen.

Eine Behandlungsvereinbarung kommt bereits heute vor allem in psychiatrischen Einrichtungen zur Anwendung. Die derzeitige Rechtslage weist jedoch erhebliche Defizite auf. Zunächst ist es in das Belieben der Einrichtung gestellt, ob sie überhaupt eine solche Vereinbarung anbietet. Des Weiteren unterscheiden sich die Inhalte stark und die Vereinbarungen werden teilweise ausdrücklich als „rechtlich unverbindlich“ bezeichnet. Der Patient sollte jedoch auch das Recht erhalten, zentrale Behandlungselemente verbindlich zu vereinbaren. Es ist daher erforderlich, die Einzelheiten einer Behandlungsvereinbarung in einem Patientenrechtegesetz festzulegen. Bei der Patientenverfügung hat der Gesetzgeber dies bereits erkannt und sie ausdrücklich im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt.

Auswahl des Krankenhauses

Ein modernes Patientenrechtegesetz sollte auch dafür Sorge tragen, dass sich Patienten vor einer stationären Behandlung darüber informieren können, welche Behandlungsangebote von den Kliniken in welcher Strukturqualität vorgehalten werden. Sie sollten das für sie richtige Krankenhaus im Sinne einer echten informierten Entscheidung auswählen können. Stationäre Einrichtungen sollten dazu verpflichtet sein, potenziellen Patienten vor der Aufnahme die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Für psychische Erkrankungen gibt es zwischen den Behandlungskonzepten der Kliniken erhebliche Unterschiede. Ein Einblick in das differenzierte Leistungsgeschehen und die Qualität der Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

ist derzeit – insbesondere im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern – nur sehr begrenzt möglich.

■ Checkliste für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

In Deutschland lassen sich jährlich über eine Million Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus behandeln. Behandlungskonzepte und -qualität unterscheiden sich in den verschiedenen Kliniken erheblich. Die BPtK hat deshalb eine „Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik“ herausgegeben, die Patienten hilft, das richtige Krankenhaus für ihre psychische Erkrankung zu finden.

Bisher gibt es zu wenige Informationen darüber, was in Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen passiert. Aus Patientensicht besteht ein erhebliches Informationsdefizit. Patienten brauchen dringend mehr Transparenz, z. B. einen besseren Überblick über die Behandlungsangebote. Dafür ist wichtig, dass die Krankenhäuser doku-

mentieren, welche Behandlungen (Einzel-, Gruppenpsychotherapie, Medikamente, Ergotherapie etc.) durchgeführt wurden und wie erfolgreich die Behandlung war. Alle stationären Einrichtungen arbeiten mit multimodalen Behandlungskonzepten, zu denen Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Kunst- oder Musiktherapie, Physiotherapie, Sport-/Bewegungstherapie sowie Medikamente gehören können. Art und Umfang der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen sind von Krankenhaus zu Krankenhaus jedoch sehr unterschiedlich.

Für die meisten psychischen Erkrankungen gibt es inzwischen störungsspezifische Behandlungskonzepte, z. B. für Depressionen oder Borderline-Störungen. Einige Krankenhäuser bieten entsprechende Behandlungsprogramme, die entweder auf speziellen Stationen oder stationsübergreifend angeboten werden. Darüber hinaus gibt es wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien, auf die sich alle beteiligten Fachleute geeinigt haben. Ein wichtiges Qualitätskriterium ist deshalb, ob sich die Behandlungsangebote einer Klinik an solchen Leitlinien ausrichten. Insbesondere bei Depressionen ist wichtig, dass sich die Behandlungsangebote einer Klinik an der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ orientieren. Diese empfiehlt z. B. bei akuten schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Medikamenten. Eine Behandlung nur mit Psychotherapie oder nur mit Medikamenten ist weniger wirksam und entspricht nicht den Leitlinien.

Psychisch kranke Menschen können bisher viel zu selten eine informierte Entscheidung treffen, wenn sie sich stationär behandeln lassen wollen. Die „BPtK-Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik“ gibt eine erste Orientierung und Antworten auf grundlegende Fragen wie:

- Welche Krankenhäuser gibt es für psychisch kranke Menschen?
- Wie finde ich ein Krankenhaus in meiner Nähe?
- Wann ist eine Krankenhausbehandlung ratsam?
- Kann ich das Krankenhaus wechseln?

Diese BPtK-Checkliste soll Patienten helfen, das richtige Krankenhaus zu finden, wenn sie sich wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandeln lassen wollen oder müssen. Die Checkliste kann aber auch von Angehörigen, Freunden, einweisenden Ärzten, Psychotherapeuten oder anderen Personen genutzt werden, die ein passendes Krankenhaus für einen psychisch kranken Menschen suchen.

Die Behandlung in einem Krankenhaus sollte erwogen werden, wenn die Erkrankung besonders schwer ist und/oder die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht

BPtK-Checkliste – Fragen an das Krankenhaus

Die BPtK-Checkliste für Patienten hilft, beim ersten Kontakt mit einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus wichtige Informationen zu erfragen:

- Wie sieht ein typischer Behandlungsplan für meine Erkrankung aus?
- Gibt es eine spezielle Abteilung oder ein spezielles Behandlungskonzept für meine Erkrankung?
- Welche Behandlungsalternativen habe ich?
- Welchen Stellenwert hat Psychotherapie im Behandlungsplan? Wie viele Stunden Psychotherapie werden im Durchschnitt in der Woche angeboten?
- Kann ich mitentscheiden, mit welchen Medikamenten ich behandelt werde?
- Welche anderen Therapien bekomme ich angeboten?
- Werden Angehörige auf Wunsch mit in die Behandlung einbezogen?
- Wie hilft mir das Krankenhaus nach der Entlassung?

■ Besondere Fragen zu Behandlungsvereinbarungen und Zwangsmaßnahmen

Diese Fragen sind nur relevant, wenn eine Erkrankung so schwerwiegend ist, dass das eigene Leben oder die Gesundheit und das Leben von Anderen ernsthaft gefährdet sein könnten:

- Kann ich mit dem Krankenhaus eine Behandlungsvereinbarung abschließen?
- Wie geht das Krankenhaus mit Zwangsmaßnahmen, wie z. B. Fixierungen, um?

mehr ausreichen. Der Vorteil einer stationären Behandlung liegt vor allem darin, dass sie besonders intensiv durchgeführt werden kann und sich aus verschiedenen Bausteinen zusammensetzt. Patienten können in der Klinik ggf. auch intensiver Psychotherapie erhalten und Psychotherapie kann besser mit anderen Therapieangeboten, wie z. B. störungsspezifischen Gruppenangeboten, Sporttherapie oder Ergotherapie, kombiniert werden.

■ Patienteninformationen

Patienten und Gesunde haben ein Recht auf umfassende Informationen zu Fragen, die ihre Gesundheit und Krankheit betreffen sowie auf eine verständliche Vermittlung dieser Informationen. Diese Grundsätze sind im Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“, der gemeinsam von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz herausgegeben wird, verankert.

IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stellt seit Anfang 2006 Patienteninformationen auf seiner Homepage zur Verfügung (www.gesundheitsinformation.de). Mit dem Internetportal will das IQWiG sowohl die Ergebnisse der eigenen Arbeit dokumentieren als auch nach und nach eine internationale Bibliothek des Wissens aufbereiten. Das Institut hat dabei die folgenden allgemeinen Ziele:

- das Verständnis von physischer, psychischer und seelischer Gesundheit zu verbessern,
- das Verständnis von medizinischen und wissenschaftlichen Sachverhalten einschließlich der Konzepte der evidenzbasierten Medizin zu verbessern,
- gesunde Verhaltensweisen zu fördern,
- die Unterstützung durch Angehörige und Freunde zu fördern,
- die Fähigkeit zu fördern, Qualität selbst beurteilen zu können,
- Patienten zu helfen, zum Beispiel um bei der Wahl zwischen Therapien besser die eigenen Vorstellungen verwirklichen zu können (partizipative Entscheidungsfindung).

Das IQWiG hat auch zu psychischen Krankheiten Patienteninformationen erstellt, z. B. „Helfen Entspannungsverfahren bei Depressionen?“. Eine der am häufigsten abgerufenen Gesundheitsinformationen ist der „Wegweiser Psychotherapie“, in dem umfangreich über das Versorgungssystem im Bereich psychische Krankheiten informiert wird. Die BpTK beteiligt sich regelmäßig an den Stellungnahmeverfahren zu den Gesundheitsinformationen.

■ BpTK-Homepage modernisiert

Die BpTK hat ihren Internetauftritt modernisiert. Ihr Informationsangebot hat seit Jahren stetig zugenommen. Auf der neuen Homepage finden sich die Informationen für Psychotherapeuten, Patienten und die Gesundheitspolitik ansprechender, übersichtlicher und neu strukturiert.

Auffälligstes Merkmal ist die neue Fotoleiste, die zusammen mit der Hauptnavigation das Gesicht der neuen Homepage prägt. Die Fotos zeigen Personen im Gespräch, einzeln als auch miteinander. Die Personen sind in ein ernstes, konzentriertes Gespräch vertieft. Bewusst bleibt es dem Betrachter überlassen zu entscheiden, wer Patient und wer Psychotherapeut ist.

Im Textbereich wurde das dreispaltige auf ein zweispaltiges Layout verringert. Die Seite wirkt dadurch aufgeräumter, für die Mitteilungen stehen nun zwei Drittel der Seitenbreite zur Verfügung. Die rechte Spalte bietet Platz für Infoboxen. Hier können kontextsensitiv zusätzliche Informationen und Links zum gerade aufgerufenen Seiteninhalt dargestellt sowie Informationen eingebliendet werden, die der Nutzer ständig im Blick haben soll (Psychotherapeutensuche, Termine).

Damit die Informationen für den Nutzer der BpTK-Homepage besser und intuitiver zu finden sind, wurden die Inhalte neu strukturiert. Insgesamt bietet der neue Internetauftritt neun Hauptmenüpunkte sowie einen Zugang zu einem internen Bereich. Im Bereich „Aktuelles“ finden sich die aktuellen News der BpTK. Dazu gehören Berichte von Veranstaltungen, Stellungnahmen der BpTK sowie Pressemitteilungen. Logos erleichtern als optische Marker die Zuordnung der Nachrichten. Ein Newsarchiv sowie eine Suchfunktion ermöglichen das gezielte Suchen von Meldungen nach Datum oder Schlagwort.

Unter dem Menüpunkt „BpTK“ stellt sich die Bundespsychotherapeutenkammer mit ihren Organen und Gremien vor und bietet praktische Informationen zu Anfahrt und Kontaktmöglichkeiten der Geschäftsstelle. Neu hinzugekommen ist die Seite „Diotima“, in dem die aktuellen und vergangenen Preisträger des Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenchaft vorgestellt werden.

Unter „Themen“ bündelt die BpTK Informationen zu besonders wichtigen und aktuellen Themen, um dem Nutzer einen möglichst direkten Zugriff auf relevante Informationen zu geben. Dies können News, Pressemitteilungen oder Stellungnahmen der BpTK sein, aber auch Links zu externen Seiten und Dokumente anderer Organisationen. Komplette überarbeitet wurde der Bereich „Patienten“. Die Seite „Wege zur Psychotherapie“ wendet sich in erster

Linie an Menschen, die noch nicht bei einem Psychotherapeuten waren und sich darüber informieren möchten, welche Hilfen es bei psychischen Erkrankungen gibt. Sie bieten verständliche und wissenschaftlich überprüfte Informationen zu grundsätzlichen Fragen einer therapeutischen Behandlung. Gezielte Informationen zu einzelnen Krankheitsbildern sind unter „Psychische Krankheiten“ knapp und übersichtlich dargestellt. Beim Relaunch der BPTK-Homepage sind zunächst fünf psychische Krankheiten aufgeführt, geplant ist, diese Liste noch zu erweitern – auch um einen Bereich für Kinder und Jugendliche. Die „Stellungnahmen“ der BPTK haben nun einen eigenen Menüpunkt, da sie zu den meist genutzten Informationen der alten Homepage gehörten. Dort finden sich insbesondere die Stellungnahmen der BPTK zu neuen Gesetzen und Verordnungen. Damit die Stellungnahmen einfacher zu finden sind, sind sie sowohl chronologisch als auch thematisch sortiert, zusammen mit den dazugehörigen News und PDF-Downloads.

Im Bereich „Presse“ haben Journalisten direkten Zugriff auf die Pressemitteilungen der BPTK, grundlegende Zahlen und Fakten zum Bereich Psychotherapie sowie Kontaktinformationen zum Ansprechpartner für Presse und Öffentlichkeit der BPTK.

Unter „Recht“ werden diejenigen BPTK-News einsortiert, die wichtige Urteile zum Bereich Psychotherapie beinhalten.

Des Weiteren finden sich hier Satzungen und Geschäftsordnungen der BPTK und ihrer Organe sowie die Musterordnungen zu Berufsrecht, Fortbildung und Weiterbildung. Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen für die psychotherapeutische Berufsausübung stehen ebenfalls, unterteilt in verschiedene Kategorien, zum Download bereit.

Der Bereich „Publikationen“ bietet alle Ausgaben des BPTK-Newsletters, des BPTK-Spezials und der BPTK-Studien zum Download an. Daneben besteht die Möglichkeit, alle Ausgaben des Psychotherapeutenjournals komplett oder als einzelne Artikel abzurufen.

Neben den öffentlich zugänglichen Informationen verfügt die Homepage der BPTK auch über einen internen Bereich. Zugriffsberechtigt sind die Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages, die Mitglieder des Länderrates, die Mitglieder der Gremien der BPTK sowie Vorstände und Geschäftsführungen der Landespsychotherapeutenkammern. Dabei steht für jede Gruppe ein eigener Bereich zur Verfügung, in dem zum Beispiel Protokolle und Sitzungsunterlagen hinterlegt werden können. Ein eigenes Forum bietet den Zugriffsberechtigten des internen Bereichs eine Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen.

Die Homepage der BPTK versteht sich als ein Angebot an Psychotherapeuten, Patienten und fachlich Interessierte.

Homepage der BPTK:
seit Mai 2011 im
neuen Design

The screenshot shows the homepage of the BundesPsychotherapeutenKammer (BPTK). At the top, there is a search bar, a 'Kontakt' button, and a 'Login' button. The BPTK logo is prominently displayed on the left. Below the logo, there are five small portrait images of people. A navigation menu is located below the images, with 'AKTUELL' highlighted. Under 'AKTUELL', there are links for 'BPTK', 'THEMEN', 'PATIENTEN', 'STELLUNGNAHMEN', 'PRESSE', 'RECHT', 'PUBLIKATIONEN', and 'LINKS'. The main content area features an article titled 'Wege zur Psychotherapie' with a sub-header 'Einführung | Wege zur Psychotherapie | Psychische Krankheiten'. The article text discusses the prevalence of mental illness in Germany and the reasons why people might be hesitant to seek therapy. On the right side, there is a 'Menü' dropdown menu with several options: 'Was ist Psychotherapie?', 'Wann bin ich psychisch krank?', 'Wer behandelt psychische Krankheiten?', 'Wie werden psychische Krankheiten behandelt?', 'Was passiert in einer Psychotherapie?', 'Wirkt Psychotherapie?', and 'Wer übernimmt die Kosten?'.

Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

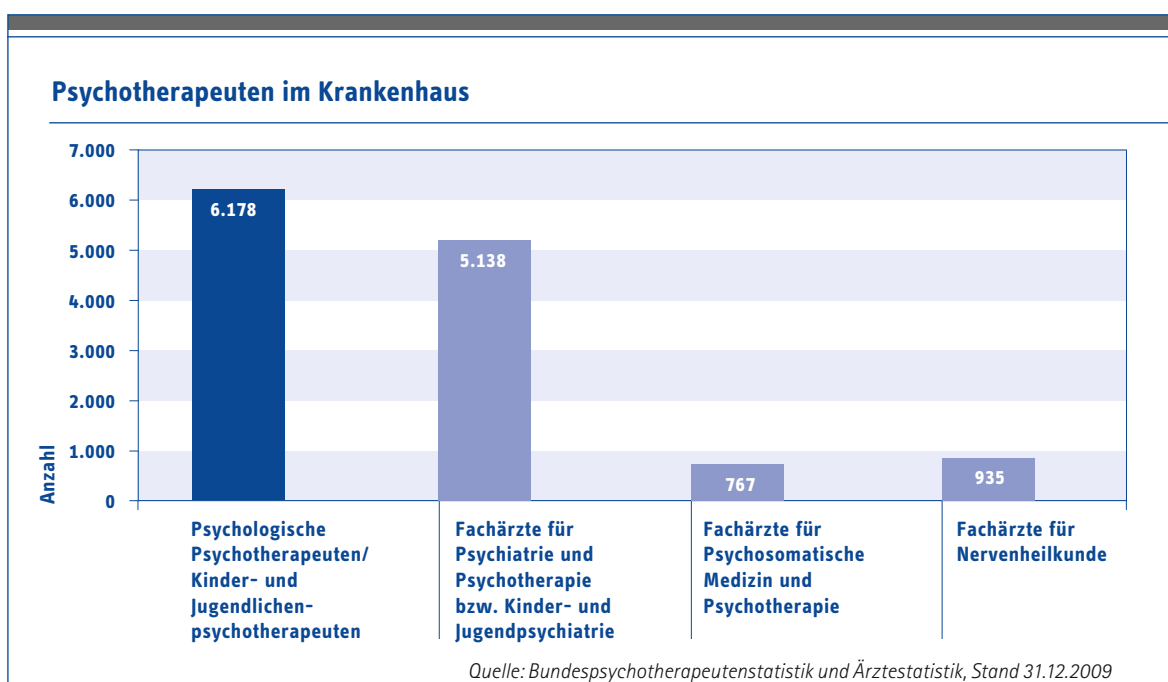
Neue Krankenhausfinanzierung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), das am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist, wurde der Startschuss für die Einführung eines einheitlichen pauschalierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik gegeben. Fallpauschalen (DRGs) wie in somatischen Krankenhäusern soll es aber nicht geben.

Für das neue Entgeltsystem werden Patientengruppen gebildet, die wie die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) einen ähnlichen Therapieaufwand erfordern. Die Kostenintensität der verschiedenen Patientengruppen wird über Bewertungsrelationen abgebildet, die multipliziert mit einem Basistageswert die konkreten Entgeltpauschalen ergeben. Beispielsweise könnte ein Patient mit der Diagnose einer leichten Depression das Gewicht 1 erhalten und ein Patient mit einer schweren Depression das Gewicht 1,5. Neben der ausreichenden Höhe der Basistageswerte geht es also in erster Linie darum, dass die Bewertungsrelationen den Behandlungsaufwand für unterschiedliche Patientengruppen adäquat wiedergeben. Hier wird sich ent-

scheiden, ob die Krankenhäuser über ausreichend monetäre Ressourcen verfügen, um die unter Evidenzgesichtspunkten empfohlene stärkere psychotherapeutische Ausrichtung der Krankenhausversorgung zu finanzieren. Gleichzeitig sollen die Krankenhäuser die Option erhalten, mit den Krankenkassen Budgetvereinbarungen zu treffen, die eine bessere Umsetzung der Psych-PV und eine anteilige Berücksichtigung der Tariflohnerhöhungen ermöglichen. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass die künftigen Entgeltpauschalen nur dann nicht zu einer Unterfinanzierung führen, wenn sie auf Budgets aufsetzen, die in etwa den Versorgungsbedarf widerspiegeln. Unter dieser Voraussetzung eröffnet die Abkehr von der Psych-PV Chancen, die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern.

Die Psych-PV wurde über 20 Jahre nicht aktualisiert und bildet den wissenschaftlich-therapeutischen Fortschritt daher nicht ab. Insbesondere der Stellenwert der Psychotherapie wird unterschätzt. Die Einführung der Berufe Psychologischer Psychotherapeut (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) hat sich in der



Psych-PV nicht niedergeschlagen. Vor allem jedoch behindert die Psych-PV im Zusammenspiel mit den Regelungen der Krankenhausbedarfsplanung Bemühungen der Krankenhäuser, die eigentlich notwendige stärkere Ausrichtung der Krankenhausversorgung in den teilstationären und ambulanten Bereich konsequent zu verfolgen. Aus Sicht der BPTk sollte das neue Vergütungssystem ausreichend Anreize für eine integrative, multiprofessionelle, teilstationär und ambulant orientierte Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen setzen.

Praktische Tätigkeit

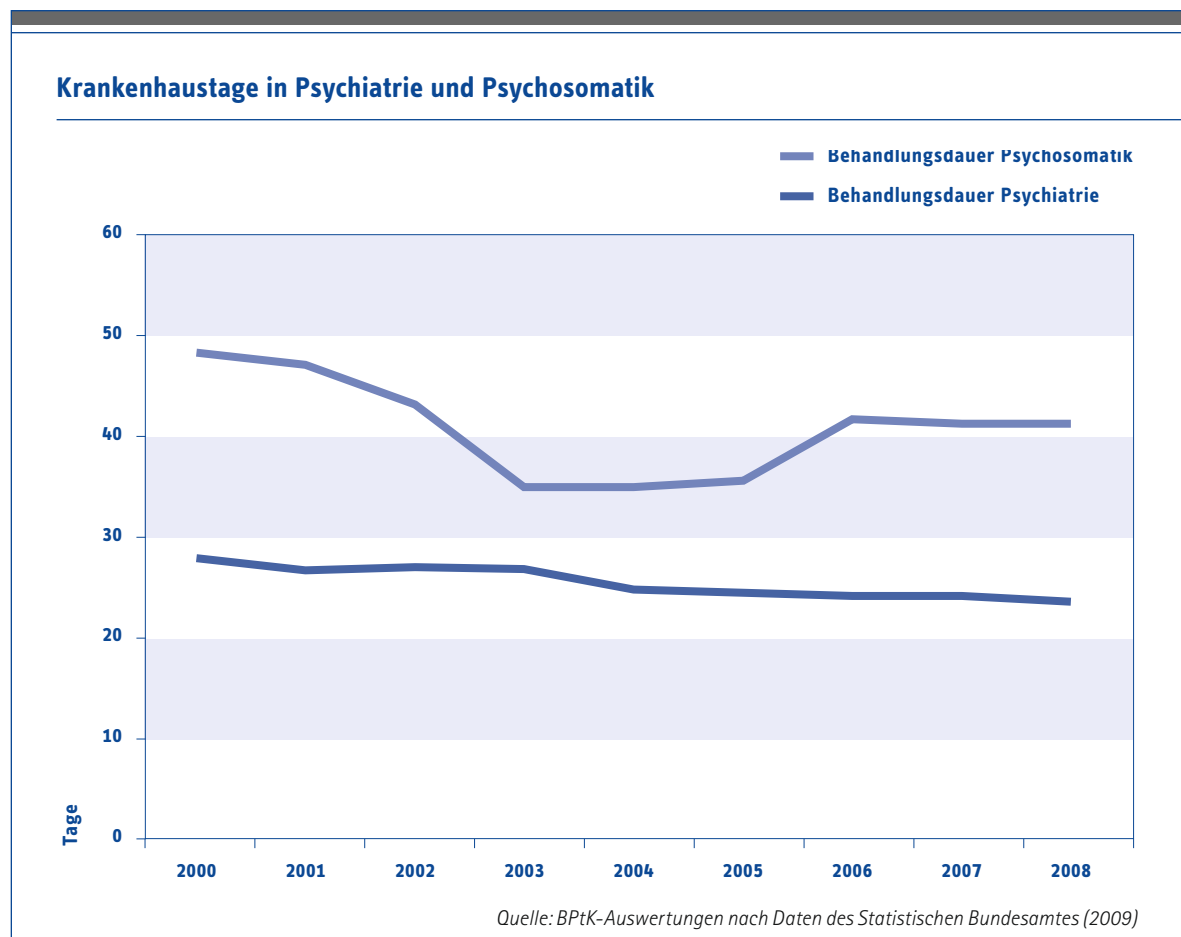
Der Gesetzgeber hat im KHRG nicht für eine ausreichende Finanzierung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychotherapeuten gesorgt, wie sie die BPTk in ihrer Stellungnahme gefordert hatte. PP oder KJP müssen während ihrer Ausbildung eine praktische Tätigkeit von 1.800 Stunden in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Klinik absolvieren. Dies bedeutet, dass Psychologen oder Pädagogen mit Hochschulabschluss mindestens eineinhalb Jahre ohne einen Anspruch auf Vergütung in einer Klinik arbeiten müssen. Dies ist umso

weniger akzeptabel, als die Ausbildungsteilnehmer schon die hohen Kosten ihrer Ausbildung alleine tragen. Eine Ausbildung zum PP kostet im Durchschnitt 30.000 Euro.

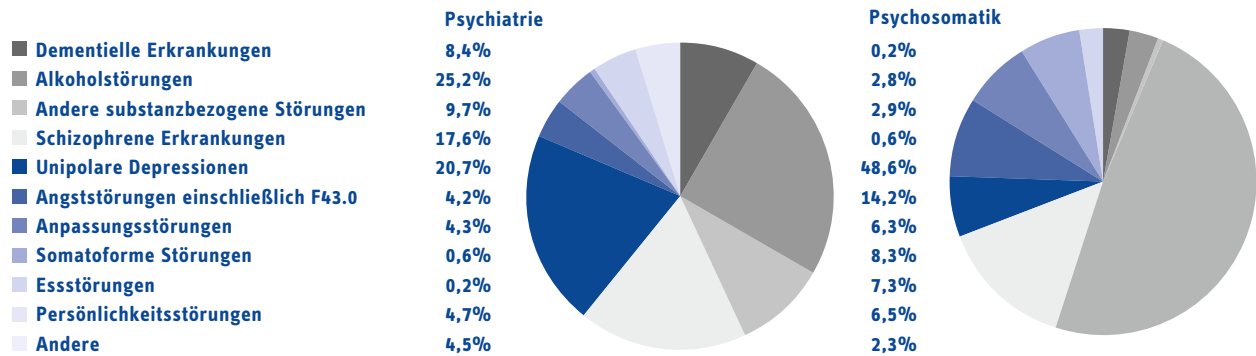
BPTk: Round-Table-Gespräch

Um eine Idee davon zu bekommen, wie ein pauschaliertes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ausgestaltet werden kann, veranstaltete die BPTk im Frühjahr 2009 ein Round-Table-Gespräch mit Experten aus der Schweiz und Österreich, die bereits über Erfahrungen mit pauschalierenden und leistungsbezogenen Entgeltsystemen verfügen.

Voraussetzung für die Kalkulation von Fallpauschalen ist, dass sich Patientengruppen bilden lassen, deren Behandlungskosten möglichst homogen sind. Prof. Dr. Wulf Rössler von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich berichtete, dass nach empirischen Studien die Länge eines stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie weitgehend unabhängig von der Diagnose des Patienten sei. Auch der Versuch, statt Diagnosen Syndrome zu erfassen, die den Schweregrad einer Erkrankung besser abbilden (AMDP-System), führte nur zu unbefriedigenden Ergebnissen.



Diagnosen in Psychiatrie und Psychosomatik



Quelle: BPTK-Auswertungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2009)

Rössler bemerkte, dass die Länge eines stationären Aufenthaltes deshalb letztlich auch normativ festgesetzt werden könne. Empirische Untersuchungen zeigten, dass sich die Gesundheit eines Patienten nur noch wenig verbessere, wenn er länger als 15 bis 30 Tage stationär behandelt wird.

Martin Rumpf, Projektleiter in der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern, stellte die Finanzierung der Psychiatrie im Kanton Bern vor. Dort ermittele man auf der Basis der deutschen Psych-PV leistungsbezogene Pflegepauschalen (LPP) – also Pauschalen pro Tag und Behandlungsbereich. Auch in Bern unterschieden sich ursprünglich die Behandlungskosten zwischen verschiedenen Kliniken erheblich. Zentrales Ziel sei es deshalb gewesen, eine gerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen zwischen den Spitälern herzustellen. Die LPP setzen sich zum einen aus Leistungspauschalen zusammen, die auf der Grundlage der Psych-PV plus Zuschlägen für Nacht- und Bereitschaftsdienste etc. ermittelt werden, und zum anderen aus einer Grundpauschale, in der die Kosten für die Infrastruktur wie Wäscherei, Transportdienste und andere Sachkosten enthalten sind. Finanziert werden die LPP je zur Hälfte aus Kantonsteuern und Krankenkassenbeiträgen.

Im Herbst 2005 begann auch die Schweiz die Arbeit an einer nationalen, leistungsbezogenen Tarifstruktur für die Psychiatrie (psysuisse), die ab dem Jahr 2012 für alle stationären und teilstationären Psychiatriebehandlungen gelten soll. Über deren Eckpunkte berichtete Martin Buser, Projektleiter von psysuisse. Vorläufige Auswertungen hätten gezeigt, dass die Eingruppierung der Patienten in

die verschiedenen Behandlungsbereiche zwischen den Spitälern stark divergiert. So wurden in einer Klinik lediglich 14 Prozent der Patienten in den Intensivbehandlungsbereich eingruppiert, wohingegen in anderen Kliniken ungefähr die Hälfte aller Patienten dort eingestuft wurde. Diese Varianz sei als ein Indiz gewertet worden, dass die Kriterien für die Einstufung der Patienten in die unterschiedlichen Behandlungsbereiche nicht eindeutig genug operationalisiert seien. Es müsse daher sichergestellt werden, dass die Zuordnung der Patienten nach einheitlichen Kriterien erfolge und vergleichbar sei. Deshalb habe man versucht, eindeutige und einfache Zuordnungsregeln, wie z. B. die Gruppenfähigkeit eines Patienten, zu formulieren, die mit einem vertretbaren Schulaufwand eine eindeutige Eingruppierung der Patienten in die verschiedenen Behandlungsbereiche ermögliche.

Einen anderen Weg beschreitet Österreich. Diesen stellte Universitätsdozent Primar Dr. Werner Schöny von der Gesundheits- und Spitals AG vor. In Österreich seien so genannte leistungsbezogene Diagnosefallgruppen (LDF) eingeführt worden. Ursprünglich seien neben den Diagnosen zwei umfassende Leistungsziffern maßgeblich gewesen: „Therapie psychiatrisch Schwerstkranker“ und „Komplexe psychiatrische Therapie“. Die Kodierung dieser Komplexleistungen sei aber nicht dem Anspruch einer geringen Manipulationsanfälligkeit gerecht geworden. Deshalb seien, so berichtete Schöny, die beiden umfassenden Leistungsziffern wieder gestrichen und durch eine neue Abrechnungseinheit ersetzt worden, die über die Mindestpersonalausstattung definiert sei.

OPS

Ein zentrales Element zur Bildung kostenhomogener Patientengruppen und zur Berechnung von Tagespauschalen ist die Leistungserfassung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). In der Diskussion um das neue Entgeltsystem für die stationäre Versorgung von psychisch kranken Menschen hatte die BpTK gefordert, dass die Behandlungsleistungen, die Patienten in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik erhalten, transparent erfasst werden. Sie hatte deshalb dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einen überarbeiteten OPS zur Leistungserfassung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorgeschlagen. Bisher ist nicht nachvollziehbar, welche Leistungen ein Patient im Einzelnen erhält, wenn er sich in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus behandeln lässt. Es ist allerdings ein wichtiges Qualitätsmerkmal, ob und wie häufig ein Patient einzel- und gruppenpsychotherapeutische Behandlungen erhält.

BpTK-Workshop „Neues Entgeltsystem“

Psychotherapie ist bei allen psychischen Erkrankungen allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie indiziert. Aus diesem Grund ist die Entwicklung des neuen Entgeltsystems auch für Psychotherapeuten ein wichtiges Thema. Um Psychotherapeuten, die in Krankenhäusern arbeiten, über die Entwicklung des neuen Entgeltsystems zu informieren, veranstaltete die BpTK am 17. März 2010 einen Workshop.

Dr. Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband gab einen Überblick über die Entwicklung des Entgeltsystems, die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz am 1. Januar 2009 initiiert wurde. Ziel eines pauschalierten Entgeltsystems sei es, den gleichen Preis für gleiche Leistungen zu bezahlen. Aktuell unterschieden sich die Kos-

ten beispielsweise für eine Depressionsbehandlung, je nachdem in welchem Krankenhaus oder Bundesland der Patient behandelt werde. Auch die durchschnittlichen Verweildauern in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wichen stark voneinander ab – auch dies sei aus Krankenkassensicht ein Problem, dem nachgegangen werden müsse. Die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems erfordere parallel auch die Einführung von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. In einem pauschalierten Entgeltsystem könnten sonst Anreize entstehen, Behandlungskosten zu senken, indem das Qualitätsniveau abgesenkt oder die Aufnahme der Patienten beeinflusst (Risikoselektion) werde.

Einen konkreten Einblick in die Methode der Kostenkalkulation gab Dr. Holger Hänsch von der AMEOS Gruppe. Er erläuterte, dass die Aufgabe des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) darin bestehe, anhand von Krankenhausdaten auf empirischem Weg kosten- oder aufwandshomogene Patientengruppen zu ermitteln. Die Kostenkalkulation durch das InEK erfolge auf der Basis einer Kostenträgerrechnung. Hierzu würden alle pro Behandlungsfall anfallenden Kosten einbezogen (Vollkostenrechnung) und nicht nur – wie häufig angenommen – die Leistungen, die mit dem OPS dokumentiert werden können. Aufgabe des OPS sei es, besonders aufwändige Leistungen bzw. solche Leistungen zu erfassen, die zur Einstufung in verschiedene Kostenpauschalen führen („Trigger“-Funktion).

Den Entwicklungsprozess und die Leistungsziffern des neuen OPS stellte Dr. Birgit Krause vom DIMDI vor. Dass die Leistungen, die durch Psychotherapeuten in Ausbildung erbracht werden, nicht erfasst würden, habe rein ökonomische Gründe, erläuterte Dr. Krause. Wenn diese Leistungen vergütet würden, könnten sie durchaus erfasst werden. Solange bestehe allerdings die Gefahr einer

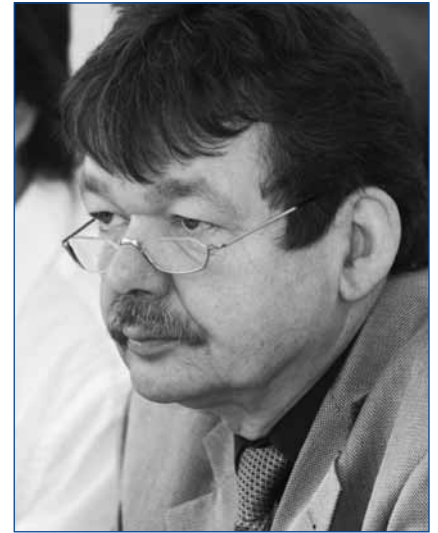
Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Name

Hermann Schürmann (Sprecher der Kommission)**Dr. Thomas Guthke****Bernhard Morsch****Dr. Roland Jürgen Straub****Silke von der Heyde****Andrea Mrazek, M.A., M.S.**

Psychotherapeutenkammer

Nordrhein-Westfalen**OPK****Saarland****Baden-Württemberg****Bayern****Vertreterin des Vorstandes der BpTK**



*Bild links:
Martin Buser,
Projektleiter psysuisse*

*Bild Mitte:
Prof. Dr. Wulf Rössler,
Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich*

*Bild rechts:
Hermann Schürmann,
Moderator*

systematischen „Unterbewertung“ der psychotherapeutischen Leistungen. Weitere wichtige Hinweise zur Anwendung des OPS bezogen sich darauf, dass Therapieeinheiten nicht zusammengezählt werden könnten, um auf 25 Minuten zu kommen. Führen zwei Therapeuten eine Gruppentherapie gemeinsam durch, könne jeder Therapeut die eigene Leistung kodieren.

Im letzten Vortrag berichtete Hermann Schürmann, Sprecher der BPTK-Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“, von der konkreten Umsetzung der Dokumentationsvorgaben im Krankenhaus. Er betonte, dass der OPS in seiner jetzigen Form gut geeignet sei, die Psychotherapie im Krankenhaus sichtbar zu machen, und warb bei seinen Kollegen dafür, den Umsetzungsprozess konstruktiv zu begleiten. „Mit der entsprechenden Unterstützung durch ein Klinikinformationssystem ist der Mehraufwand, der durch die Dokumentation entsteht, gut zu schultern.“

DIMDI veröffentlicht OPS 2011

Am 27. Oktober 2010 hat das DIMDI die Version 2011 des OPS veröffentlicht. Die Grundstruktur des OPS bleibt bestehen. Veränderungen ergeben sich bei folgenden Punkten:

- Die Leistungen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen sowie die der Spezialtherapeuten und der Pflegekräfte werden in Zukunft gemeinsam erfasst. Hiermit wird zum einen der Dokumentationsaufwand etwas reduziert, zum anderen macht dies deutlich, dass sich die Leistungen der beiden Berufsgruppen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen inhaltlich und im Aufwand nicht wesentlich voneinander unterscheiden.

Ausgenommen von dieser Änderung sind die Leistungen innerhalb des psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexcodes. Hier werden auch in Zukunft ärztliche und psychotherapeutische Leistungen getrennt voneinander erfasst. Dies ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und kann letztlich als ein Ergebnis überholter Standespolitik gewertet werden, die darauf abzielt, ärztliche und Psychologische Psychotherapie künstlich voneinander abzugrenzen.

- Der psychotherapeutische Komplexcode kann zukünftig auch dann verschlüsselt werden, wenn die Indikation für die psychotherapeutische Komplexbehandlung von einem Psychologischen Psychotherapeuten gestellt wird. Damit erfolgt zumindest in diesem Behandlungsbereich eine Gleichstellung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, wie sie die BPTK in ihren Änderungsvorschlägen für den OPS 2011 für alle Codes gefordert hatte.
- In der Intensivbehandlung wird der Behandlungsaufwand anhand von Patientenmerkmalen grob differenziert. Abhängig davon, wie viele der Patientenmerkmale, wie z. B. Suizidalität, Fremdgefährdung oder schwere Antriebsstörung, im Einzelfall vorliegen, werden unterschiedliche Codes verschlüsselt. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, inhaltlich jedoch noch nicht ausgereift, da diese Merkmale aus klinischer Sicht nicht beliebig kumuliert werden können. Der Vorschlag der BPTK für eine differenziertere Verschlüsselung dieser Patientenmerkmale wurde nicht in den OPS 2011 aufgenommen.

Die BPTK war in den Beratungen beim DIMDI zum OPS 2011 vertreten.

Warum ein Diotima-Ehrenpreis?

Mit dem Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft werden Personen oder Organisationen geehrt, die sich in besonderem Maße um die Versorgung psychisch kranker Menschen verdient gemacht haben oder sich durch ein herausragendes berufspolitisches oder wissenschaftliches Engagement auszeichnen.

Anlass für die Einführung und die erstmalige Verleihung des Preises waren „10 Jahre Psychotherapeutengesetz“. Mit dem Gesetz hatte sich nach einem konfliktreichen Prozess von Abgrenzung und Dialog eine gemeinsame Identität der Psychotherapeuten herausgebildet. Der Diotima-Ehrenpreis will u. a. das Gelingen dieses Prozesses würdigen, den Schritt von einer Negativ-Identität als „nichtärztliche“ Psychotherapeuten zu einer eigenständigen Identität der Profession, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse mit psychischen Mitteln Heilkunde ausübt, um Krankheiten vorzubeugen und zu heilen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten und Leiden zu lindern.

Der Ehrenpreis trägt den Namen der Diotima aus Mantinea – einer mystischen Priesterin der Antike. Sie gilt als Lehrerin des Sokrates. In Platons Dialog „Symposion“ schildert Sokrates, was Diotima ihn über das Wesen des



Eros lehrte: Eros ist ein Dämon und ein gewaltiger Trieb zum Zeugen im Schönen. Grund ist die Sehnsucht des Liebenden nach Unsterblichkeit im Weiterleben seiner Kinder. Dabei ist die geistige Zeugung die wertvollere: Seelische Kinder sind schöner als leibliche, wie generell die Schönheit der Seele herrlicher ist als die des Leibes. So liegt nahe, dass es Diotima war, die den jungen Sokrates dazu inspirierte, als erster Philosoph die Seele des Menschen in den Mittelpunkt seines Denkens und Lehrens zu stellen. Diese Gedanken gelten als Ursprung der abendländischen Seelenkunde und damit auch der Seelenheilkunde oder Psychotherapie. Weil die Inspiration dazu von Diotima kam, wurde sie als Namensgeberin des Ehrenpreises ausgewählt.

Diotima 2009



Verleihung des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenchaft am 8. Mai 2009



BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter bedankt sich bei Dr. Klaus-Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, für seine Grußworte



Preisträger 2009



Annelies Arp-Trojan



Prof. Dr. Hans-Volker
Werthmann



Hans-Joachim Schwarz



Für den verstorbenen Detlev Kommer nahmen seine Kinder den
Diotima-Ehrenpreis entgegen

Diotima 2010



v. l. BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter und Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler



Bild oben:
Prof. Dr. Harald Rau,
Zieglersche Anstalten e.V.
Bild rechts:
Wlady-Ginzburg-Quartett





Prof. Dr. Thomas Bock, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Wolfgang Faulbaum-Decke, Dachverband
Gemeindepsychiatrie



Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Preisträger 2009

Detlev Kommer † war der erste Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, deren Gründung und Aufbau er mit unermüdlichem Einsatz und großem strategischen Weitblick vorangetrieben hat.

Annelies Arp-Trojan war langjährige Vorsitzende der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP). Sie hat sich in bewegten Zeiten für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingesetzt.

Hans-Joachim Schwarz war lange Präsident der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). Leitmotiv seines berufspolitischen Engagements war die bestmögliche Versorgung von Patienten auf wissenschaftlich-psychologischer Grundlage.

Prof. Dr. Hans-Volker Werthmann war viele Jahre Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Sein besonderer Verdienst war es, dass er ausgleichend und integrierend wirkte – vielleicht gerade in Kenntnis der Unterschiede und Grenzen.

Preisträger 2010

Mit **Prof. Dr. Thomas Bock** wurde ein Psychotherapeut ausgezeichnet, der sich seit mehr als 30 Jahren für ein anthropologisches Verständnis psychischer Erkrankungen und eine stärkere Integration von Psychotherapie in die Versorgungsangebote für schwer psychisch kranke Menschen einsetzt. Vorbildlich umgesetzt ist dies in der Sozialpsychiatrischen Psychosenambulanz der Universitätsklinik Hamburg, in der verschiedene Berufsgruppen im Team unter der Leitung von Prof. Bock kooperieren.

Chronisch psychisch kranke Menschen können nur dann ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen, wenn ambulante Hilfsstrukturen vorhanden sind. Die im **Dachverband Gemeindepsychiatrie** zusammengeschlossenen Träger, Hilfsvereine, Bürgerinitiativen und die Selbsthilfe leisten hierzu seit über 30 Jahren einen unverzichtbaren Beitrag. Zu den Besonderheiten des Dachverbandes gehört es, dass Betroffene, Angehörige, Bürger sowie Professionelle in seinen Gruppierungen und Vereinen beteiligt sind.

Gemeinsamer Bundesausschuss

■ Gesprächspsychotherapie

Im November 2006 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach einer mehr als vierjährigen Beratungszeit beschlossen, die Gesprächspsychotherapie nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen – entgegen der Voten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, der Landespsychotherapeutenkammern und nicht zuletzt der BpTK. Der G-BA-Beschluss wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet, das insbesondere eine unzureichende Transparenz des Beschlusses kritisierte. Der G-BA hatte den seinem Beschluss zugrundeliegenden HTA-Bericht der BpTK im Stellungnahmeverfahren nicht zur Verfügung gestellt. Daraufhin wurde der HTA-Bericht der BpTK und der Bundesärztekammer vom G-BA zur Verfügung gestellt und ein ergänzendes Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Die BpTK berief dazu eine Expertenkommission ein, deren Mitglieder Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universität Jena), Prof. Dr. Martin Hautzinger (Universität Tübingen), Prof. Dr. Harald J. Freyberger (Universität Greifswald), Prof. Dr. Jochen Eckert (Universität Hamburg) und Prof. Dr. Rainer Richter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) waren. Auch die Expertenkommission kam zu dem Ergebnis, dass „die Gesprächspsychotherapie bei einer Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wirksam und nützlich ist. Aufgrund der klinischen Breite dieser Anwendungsbereiche ist die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass die Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie insgesamt positiv ausfällt. Diese Bewertung aufgrund empirischer Evidenz steht überdies im Einklang mit einer jahrzehntelangen Bewährung in Forschung und Versorgung.“ Die BpTK stellte fest, dass die Gesprächspsychotherapie sämtliche Kriterien der Psychotherapie-Richtlinie für neue Psychotherapieverfahren erfüllt und in der GKV-Versorgung zuzulassen ist.

Der G-BA lehnte am 24. April 2008 jedoch die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinie erneut ab. Nach seiner Ansicht seien Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie „nicht in ausreichender Breite wissenschaftlich belegt“. Ausreichende Belege sah er lediglich für die Behandlung der unipolaren Depression. Die Gesprächspsychotherapie

verfüge damit aber über keine „ausreichend breite Versorgungsrelevanz“. Dieser Beschluss des G-BA wurde vom BMG nicht erneut beanstandet, aber mit der Auflage verbunden zu prüfen, ob die Gesprächspsychotherapie ggf. als Methode zur Behandlung depressiver Erkrankungen zuzulassen ist. Diese Prüfung sei laut BMG auch deshalb geboten, um zu gewährleisten, dass die durch Artikel 12 Grundgesetz geschützte Berufsfreiheit nicht über das erforderliche Maß hinaus eingeschränkt werde.

Diese Auflage des BMG führte im Sommer 2008 zu einem erneuten Stellungnahmeverfahren. Die BpTK machte deutlich, dass eine Nutzenbewertung nicht dazu führen darf, dass ein Psychotherapieverfahren zu einer Psychotherapiemethode umdefiniert und ggf. sogar einem anderen Psychotherapieverfahren zugeordnet wird. Ebenso wenig dürfe eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gemäß § 135 SGB V deshalb ausgeschlossen werden, weil sie sich einem der etablierten Behandlungsverfahren nicht zuordnen lässt. Seither hat der G-BA nichts unternommen, um den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Zugang zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung der depressiven Erkrankungen sicherzustellen.

Zwar stellte das Bundessozialgericht (BSG) am 28. Oktober 2009 in letzter Instanz fest, dass die ablehnende Entscheidung des G-BA zur Gesprächspsychotherapie rechtlich einwandfrei sei. Auch sei es nicht zu beanstanden, dass der G-BA seine Entscheidung dabei vor allem auf den Aspekt der fehlenden Versorgungsrelevanz stützte. Allerdings entschied das BSG damit ausdrücklich nicht darüber, ob ein Versicherter, der depressiv erkrankt ist, einen Anspruch auf Kostenerstattung (§ 13 Absatz 3 SGB V) von gesprächspsychotherapeutischen Leistungen hat. Denn die Entscheidung des G-BA, die Gesprächspsychotherapie kategorisch aus dem Leistungskatalog der GKV auszuschließen, könnte dazu führen, dass der Behandlungsanspruch der Versicherten in besonders gelagerten Fällen in diesem System nicht mehr erfüllt werden könne. Dann stehe den Versicherten der Weg offen, sich nach vorheriger Anfrage an die Krankenkasse die gesprächspsychotherapeutische Behandlung selbst zu beschaffen und sich die Kosten nach § 13 Absatz 3 SGB V erstatten zu lassen.

■ Prüfung der Richtlinienverfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss am 24. April 2008 eine erneute Prüfung der bereits zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Prüfung der Gesprächspsychotherapie hatte der G-BA im Bereich der Psychotherapie zum ersten Mal die Kriterien der evidenzbasierten Medizin gemäß seiner Verfahrensordnung angewendet. Um dem Einwand zu begegnen, nicht alle psychotherapeutischen Verfahren nach den gleichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu prüfen, entschied der G-BA, nochmals die tiefenpsychologisch fundierte, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie zu bewerten. Das Bewertungsverfahren wurde mit der Veröffentlichung des Beratungsthemas „Prüfung der Richtlinienverfahren“ am 2. Juli 2009 im Bundesanzeiger eröffnet. Damit erhielten die Fachöffentlichkeit und die BpTK die Möglichkeit, bis zum 11. November 2009 anhand von zwei Fragenkatalogen Stellung zu nehmen. Die Fragen betrafen die psychoanalytisch begründeten Verfahren und die Verhaltenstherapie jeweils bei Erwachsenen. Eine Bewertung der Verfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurde von der Fragestellung des G-BA explizit ausgenommen. Die Fragen des G-BA bezogen sich auf die Definition der Verfahren einschließlich ihrer Methoden und Techniken, die Belege für den Nutzen des Verfahrens sowie auf Aspekte der medizinischen Notwendigkeit und der Kosten-Nutzen-Bewertung.

Hierzu erarbeitete die BpTK mithilfe von Experten aus dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) und nach Beratung mit den betroffenen Fachgesellschaften und den Landespsychotherapeutenkammern ausführliche Stellungnahmen. Wie schon der WBP kommt die BpTK zu dem Ergebnis, dass der Nutzen der Richtlinienverfahren für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen belegt ist, einschließlich der zur Zulassung eines Verfahrens besonders relevanten Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ und „Angststörungen und Zwangsstörungen“. Hierfür wurden zahlreiche Metaanalysen, systematische Reviews und Originalstudien zur Wirksamkeit der Psychotherapieverfahren gesichtet.

Bei der Frage der Definition der Richtlinienverfahren hat die BpTK in ihren Stellungnahmen deutlich gemacht, dass sich diese gemäß § 135 Absatz 1 SGB V an dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu orientieren hat. Die derzeitigen Definitionen in der Psychotherapie-Richtlinie sind veraltet, da sie wesentliche Weiterentwicklungen der Verfahren nicht berücksichtigen und schon lange überholte Annahmen, wie z. B. die regelhafte Unvereinbarkeit von

Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren, beinhalten.

Die BpTK hält auch die Abgrenzung von analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für nicht mehr dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend. Die BpTK sprach sich deshalb in ihrer Stellungnahme dafür aus, beide Verfahren als ein Verfahren „Psychodynamische Psychotherapie“ zu prüfen. Diese Auffassung hatte der WBP bereits in seiner Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 11. November 2004 vertreten. Dies hätte dann ggf. auch die Konsequenz, dass künftig die Fachkunde in Psychodynamischer Psychotherapie erworben wird.

Derzeit ist noch nicht absehbar, bis wann ein vollständiger Nutzenbericht zu den Richtlinienverfahren abgeschlossen sein wird und die Beratungen des G-BA zu einem Beschlussentwurf führen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat das Vorgehen des G-BA zur Bewertung von Psychotherapieverfahren in einem Urteil vom 23. Juni 2010 sogar grundsätzlich infrage gestellt (Aktenzeichen B 6 KA 22/09 R). Das Urteil befasst sich im Kern mit der Rolle der Psychotherapieverfahren bei der Fragestellung der Sonderbedarfszulassung. Nach Auffassung der Richter ist es möglich, eine Sonderbedarfszulassung darauf zu stützen, dass es nicht genügend Psychotherapeuten gibt, die in einer Region ein bestimmtes Psychotherapieverfahren anbieten. In einem „obiter dictum“ geht das Urteil jedoch auch auf das Bewertungsverfahren zu den Richtlinienverfahren ein und bezieht sich dabei auch auf Aussagen aus der Urteilsbegründung zu der Entscheidung zur Gesprächspsychotherapie vom 28.10.2009. Das BSG bezweifelt darin die Kompetenz des G-BA, die psychoanalytisch begründeten Verfahren und die Verhaltenstherapie auf ihre Qualität und Wirksamkeit hin zu überprüfen. Sie seien kraft Gesetzes als Gegenstand der psychotherapeutischen Versorgung anerkannt. Daher sei auch kein Raum für eine Überprüfung anhand der Anforderungen der Verfahrensordnung durch den G-BA. Mit obiter dictum wird eine von einem Gericht in einem Urteil geäußerte Rechtsansicht bezeichnet, die nicht direkt zur Urteilsbegründung dient.

Das BSG-Urteil spräche auch dafür, die Prioritäten des G-BA bei der Prüfung der psychotherapeutischen Verfahren anders zu setzen und vorrangig die Systemische Therapie und neue Psychotherapiemethoden zu bewerten, um eine zügige Weiterentwicklung des Leistungskatalogs zu ermöglichen.

■ Neuropsychologische Psychotherapie

Die Neuropsychologische Psychotherapie gilt als der einzig wirksame Behandlungsansatz bei psychischen Störungen, die hirnganisch bedingt sind. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) erkannte bereits im Jahr 2000 zunächst mit Einschränkung auf die Funktionstherapien und im Jahr 2008 uneingeschränkt an, dass die Neuropsychologische Therapie bei der Diagnosegruppe F0 nach ICD-10 (organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen) wirksam ist. Der WBP bestätigte, dass die Neuropsychologische Therapie insge-

samt bei hirnganischen Störungen als wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode gelten kann.

Die Anerkennung durch den WBP hatte im Jahr 2004 dazu geführt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Neuropsychologische Therapie als psychotherapeutische Methode prüfte. Hierzu hatte die BpTK eine umfassende Stellungnahme vorgelegt. Die Krankenkassen hatten zuvor die Bewilligung der ambulanten Neuropsychologischen Therapie im Kostenerstattungsverfahren so stark eingeschränkt, dass diese praktisch nur noch in der stationären Rehabilitation zur Verfügung stand. Fachlich nicht nachvollziehbar war die Entscheidung des G-BA, die Neuropsychologische Psychotherapie zunächst im damaligen Unterausschuss Heilmittel und nicht beim Unterausschuss Psychotherapie anzusiedeln. Schließlich wurden die Beratungen im Unterausschuss Methodenbewertung fortgeführt. Eine Entscheidung steht bis heute aus. Der 8. Deutsche Psychotherapeutentag hatte bereits im Mai 2006 die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) mit dem Bereich Klinische Neuropsychologie beschlossen. In der psychotherapeutischen Profession bestand Einigkeit darin, dass die Neuropsychologische Therapie eine besondere Qualifikation voraussetzt, die das Maß einer curricularen Fortbildung deutlich übersteigt. Eine entsprechende Weiterbildungsordnung analog der MWBO wurde inzwischen von neun der zwölf Landespsychotherapeutenkammern beschlossen. Der G-BA erhielt damit ausreichend berufsrechtliche Festlegungen dafür, welche Qualifikationen notwendig sind, um die Neuropsychologische Therapie in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen.

Um die Neuropsychologische Therapie mit den relevanten Professionen und Kostenträgern zu diskutieren, veranstaltete die BpTK am 7. Dezember 2009 ein Round-Table-Gespräch zu diesem Thema. In seinem Einführungsreferat betonte BpTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter die Dringlichkeit einer Regelung der ambulanten Neuropsychologischen Therapie durch den G-BA, um nach einem Prüfverfahren von über fünf Jahren endlich für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung der Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen zu sorgen. Im nachfolgenden Beitrag illustrierte Dr. Sebastian Bodenbunrg aus der Perspektive eines ambulanten Psychotherapeuten anhand von Falldarstellungen das psychotherapeutische Vorgehen und die Effekte der Neuropsychologischen Therapie. Prof. Dr. Siegfried Gauggel referierte die aktuellen Wirksamkeitsbelege der Neuropsychologischen Therapie. Er verdeutlichte dabei die besondere Bedeutung der psychologischen und neurowissenschaftli-

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten. Die Bedeutung von psychosozialen Faktoren und komorbiden psychischen Störungen bei chronischen Erkrankungen ist in der Regel unbestritten. Sie sollten deshalb in DMP berücksichtigt werden. Die BpTK hat sich mit folgenden Stellungnahmen dafür eingesetzt:

• Brustkrebs

Stellungnahme zum Empfehlungsentwurf des G-BA zu DMP für Patientinnen mit Brustkrebs am 4. April 2005

Stellungnahme zu den Empfehlungen des G-BA zur Aktualisierung von Anlage 3 der 13. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung am 18. Oktober 2010

• Asthma Bronchiale und COPD

Stellungnahme zum Empfehlungsentwurf des Unterausschusses DMP des G-BA am 16. August 2004

Stellungnahme zu Anforderungen an DMP für Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD am 29. April 2009

Stellungnahme zum Referentenentwurf einer 11. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung am 3. November 2004

• Diabetes mellitus Typ 2

Stellungnahme zum Empfehlungsentwurf des Unterausschusses DMP des G-BA zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 am 30. Juli 2004

Stellungnahme zum Referentenentwurf einer 12. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung am 17. Juni 2005

• Koronare Herzkrankheit

Anforderungen an DMP für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit am 30. April 2008

• Chronische Herzinsuffizienz

Anforderungen an ein Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ des DMP für Koronare Herzkrankheit am 10. Dezember 2007

chen Grundlagenforschungen für die Entwicklung der neuropsychologischen Behandlungsstrategien und die Verzahnung der restitutiven, kompensatorischen und integrativen Therapieansätze innerhalb einer Gesamtbehandlung. Im abschließenden Beitrag plädierte der Justiziar der BPTK, Dr. Martin Stellpflug, für eine sozialrechtliche Verankerung der Neuropsychologischen Therapie in der Psychotherapie-Richtlinie. Mit der Neudefinition der Psychotherapiemethode und den Kriterien für die Zulassung neuer Psychotherapiemethoden in der Psychotherapie-Richtlinie seien dafür alle Voraussetzungen geschaffen worden.

■ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 hat der Gesetzgeber grundlegend neue Maßstäbe in der Qualitätssicherung (QS) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesetzt, die zukünftig sektoren- und einrichtungsübergreifend weiterentwickelt werden soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss nach mehr als zweijährigen Beratungen, in die auch die BPTK einbezogen war, die notwendige Richtlinie, die am 2. Dezember 2010 in Kraft trat.

Mit dem Methodenpapier des AQUA-Instituts, in der ersten gültigen Fassung (Version 2.0) am 30. Juni 2010 veröffentlicht, wurde eine weitere Grundlage für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen. Wenngleich die ersten Themen, mit denen das AQUA-Institut vom G-BA beauftragt wurde, sämtlich aus dem Bereich der somatischen Erkrankungen stammen, ist doch zu erwarten, dass dieser neue Ansatz in absehbarer Zeit auch für die Versorgung psychischer Erkrankungen zum Tragen kommen wird. Vor diesem Hintergrund veranstaltete die BPTK am 28. Juni 2010 einen Workshop zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der dem Austausch zwischen den Akteuren und der Information der deutschen

Psychotherapeutenkammer zu diesem Thema diene.

G-BA-Vorsitzender Dr. Rainer Hess umriss die gesetzlichen Grundlagen der Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser. Die Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität müssten nach §§ 137 und 137a SGB V einrichtungsübergreifend und möglichst sektorenübergreifend angelegt sein. Dabei seien die vom AQUA-Institut zu entwickelnden Indikatoren, Instrumente und Dokumentationsanforderungen zu beachten. Künftig gehe es um die sektorenübergreifende Bewertung von Behandlungsabläufen und -ergebnissen. Hierfür seien eine länderübergreifende Zusammenführung pseudonymisierter Daten, eine sektorenübergreifende Datenauswertung und Einsetzung von QS-Maßnahmen erforderlich. Dabei müssten vom G-BA künftig noch stärker Schwerpunkte gesetzt und QS-Themen nach einem strukturierten Verfahren priorisiert werden.

Eine wesentliche Aufgabe der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung werde es sein, die Transparenz des Leistungsgeschehens zu verbessern. Die Aussagekraft der Ergebnisse werde dabei nicht zuletzt auch von einer angemessenen Risikoadjustierung der Daten zur Ergebnisqualität abhängen, damit Fehlanreize im Sinne einer Risikoselektion vermieden und ein konstruktiver Qualitätsverbesserungsprozess angestoßen werden könne.

Karen Pottkämper, Leiterin der Abteilung Politik und Strategie des AQUA-Instituts, stellte die Aufgaben von AQUA dar. Bei der Entwicklung der themenbezogenen Qualitätsindikatoren und Instrumente werde zunächst ein Scoping-Workshop vorgeschaltet, bei dem die Fachöffentlichkeit ihre Anregungen und Positionierungen schon zu Beginn des Entwicklungsprozesses einbringen könne. Dafür hatte auch die BPTK in ihrer Stellungnahme zum AQUA-Methodenpapier plädiert. Dem Scoping-Work-

Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“

Name

Dr. Heiner Vogel (Sprecher des Ausschusses)

Johannes Broil

Wolfgang Dube

Jürgen Golombek

Thomas Merz

Dr. Dietrich Munz

Psychotherapeutenkammer

Bayern

Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen

OPK

Hessen

Vertreter des Vorstandes der BPTK

gewählt auf dem 11. Deutschen Psychotherapeutentag am 10. November 2007

shop schließe sich eine systematische Literaturrecherche und die Erstellung eines Qualitätsindikatorenregisters an. Die Bewertung der Qualitätsindikatoren, die Entwicklung der Dokumentation und die Auswahl der Patientenfragebögen erfolgten mittels der RAND/UCLA-Methode. Neben der Entwicklung der Qualitätsindikatoren zählten die Datenspezifikation, -validierung und -auswertung sowie die Beforschung und Evaluation der Instrumente zu den zentralen Aufgaben des AQUA-Instituts.

Aus ihrer Perspektive sei das Neue an der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere die Betrachtung des Behandlungsverlaufs und damit die Datenauswertung von verschiedenen Behandlungsphasen im Gegensatz zur bisherigen Fokussierung auf die Behandlungsergebnisse von Einrichtungen. Damit werde die Qualitätssicherung stärker auf die Patientenbedürfnisse ausgerichtet. Wegen der fehlenden Eineindeutigkeit, welche Behandlungsergebnisse welchen Leistungserbringern zuzuschreiben sind, komme der gemeinsamen Diskussion der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Leistungssektoren eine besondere Bedeutung zu.

Die besondere Rolle von Qualitätsindikatoren bei der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien wurde von Prof. Dr. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für medizinisches Wissensmanagement an der Universität Marburg, erläutert. Über die langjährigen Erfahrungen mit der externen und vergleichenden Qualitätssicherung in der Rehabilitation berichtete Dr. Here Klosterhuis von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Abgerundet wurde der Workshop durch die Vorstellung von zwei bedeutsamen Indikatorenssystemen für die ambulante Versorgung. Dr. Franziska Diel, Leiterin des Dezernats „Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und -darstellung“ der Kassenärztliche Bundesvereinigung, illustrierte am Beispiel des KBV-Projektes „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK), dass Qualitätsindikatoren ein sinnvoller ergänzender Baustein der ambulanten Qualitätsinstrumente seien, der in das umfassende Qualitätsmanagement integriert werden kann und sollte. Dr. Gerhard Schillinger, Leiter der Abteilung „Medizinische Grundsatzzfragen“ des AOK-Bundesverbandes, stellte in dem abschließenden Referat das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QiSA) vor. QiSA ziele im Vergleich zu AQUIK weniger auf mögliche P4P-Anwendungen ab, sondern sei allen Aspekten der Qualitätssicherung gegenüber offen. Zielgruppe von QiSA seien neben den einzelnen Praxen eben auch Versorgungsnetze und Qualitätszirkel.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Der G-BA hat im Januar 2011 eine Neufassung der Datensatzbeschreibung für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser verabschiedet. Hierbei wurden auch einige Anpassungen vorgenommen, die auf Vorschläge der BPtK zurückgehen. Dies betrifft u. a., dass in den Qualitätsberichten künftig die Zahl der beschäftigten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgewiesen und damit eine Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der personellen Qualität der psychotherapeutischen Versorgung erreicht wird. Die beschlossenen Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht sind bereits für die Berichte über das Jahr 2010 maßgeblich. Der nächste Abgabetermin für die Krankenhäuser ist der 15. Juli 2011.

Alle Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2005 gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten und können daher einen Beitrag leisten, dass Patientinnen und Patienten ihre Wahl des Krankenhauses auf einer breiteren und objektivierbaren Informationsgrundlage treffen können.

Fortbildungspflicht für Psychotherapeuten im Krankenhaus

Im März 2009 hat der G-BA unter Beteiligung der BPtK neue bundeseinheitliche Regeln für die Fortbildung von Psychotherapeuten in Krankenhäusern beschlossen. Die Umsetzung der Fortbildungspflicht für Psychotherapeuten erfolgte dabei in Analogie zu den Fachärzten, die bereits seit 2007 einer entsprechenden Fortbildungspflicht unterliegen. Innerhalb von fünf Jahren müssen die im Krankenhaus tätigen Psychotherapeuten mindestens 250 Fortbildungspunkte sammeln und ihre Erfüllung der Fortbildungspflicht über das Fortbildungszertifikat der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer nachweisen. Davon müssen mindestens 150 Punkte dem Erhalt und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz dienen. Die Fortbildungspflicht für Psychotherapeuten ist rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Für den ersten Fünfjahreszeitraum wurde eine Übergangsregelung vorgesehen, bei der auch Fortbildungen anrechnungsfähig sind, die zwischen dem 1. Januar 2007 und dem 31. Dezember 2008 durchgeführt wurden. Der Umfang, in dem die Fortbildungspflichten von Psychotherapeuten und Fachärzten im Krankenhaus erfüllt wurden, ist im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 Absatz 3 Nummer 4 SGB V anzugeben.

■ Bedarfsplanung

In der zurückliegenden Legislaturperiode des BPTK-Vorstands hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Vielzahl von Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen. Die BPTK hat von ihrem Stellungnahmerecht Gebrauch gemacht. Ihre Stellungnahmen haben zu Änderungen der Beschlussentwürfe durch den G-BA, zur Beanstandung und zu Auflagen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beigetragen sowie den politischen Diskurs angestoßen oder vorgebracht.

Die für die Psychotherapie wohl wichtigste Änderung war die Einführung einer Mindestquote in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Beschluss vom 18. Juni 2009). Mit seinem Beschluss vom 18. Februar 2010 zur redaktionellen Klarstellung zur Feststellung des Versorgungsanteils kam der G-BA einer Auflage des BMG nach. Mit ihrer Stellungnahme hat sich die BPTK insgesamt mit der verzögerten Umsetzung der gesetzlichen Quotenregelung durch den G-BA auseinandergesetzt und Defizite aufgezeigt.

Die Einführung eines Demografiefaktors (Beschluss vom 15. Juli 2010) trägt aus Sicht der BPTK nicht zur Verbesserung der Versorgungssituation bei, sondern wirkt sogar kontraproduktiv (siehe Seite 24).

Die BPTK hatte im Stellungnahmeverfahren zum Entwurf des G-BA-Beschlusses zum Fortbestehen von Planungsbereichen im Falle einer Gebietsreform bereits im September 2008 eine grundlegende Neuregelung der Bedarfsplanung gefordert. Nach dem Beschluss des G-BA ist es möglich, im Falle einer Gebietsreform die bisherigen Planungsbereiche beizubehalten und nicht die größeren Landkreise zugrunde zu legen. Dies stellt eine punktuelle Verbesserung dar, da immer größere Landkreise und damit immer größere Planungsbereiche zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation vor Ort führen können. Diese Maßnahme reicht jedoch nicht aus, um die Bedarfsplanung im notwendigen Umfang zu reformieren.

Der G-BA griff nicht die Anregung der BPTK vom 3. Dezember 2008 auf, als Kriterium für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf die Verfügbarkeit von muttersprachlicher Psychotherapie für Menschen mit Migrationshintergrund aufzunehmen. Die Aufnahme des Kriteriums hatte die BPTK bereits in ihrer Stellungnahme zum Beschluss zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen im Januar 2008 gefordert.

Mit seinem Beschluss vom 20. Dezember 2007 wollte der G-BA zulassungsfähige Arztgruppen und damit die Zulassungsmöglichkeiten einschränkend definieren. In ihrer

Stellungnahme wies die BPTK mit Bezug auf den so genannten Facharztbeschluss des Bundesverfassungsgerichts darauf hin, dass es nicht Aufgabe des G-BA sei, über die Zulassungsfähigkeit zu entscheiden. Es handle sich nämlich bei dieser Frage um eine Berufszulassungsregelung, über die nur der Gesetzgeber entscheiden könne. Der G-BA ließ sich von diesen Argumenten zunächst nicht überzeugen und verabschiedete den Beschluss. Das BMG beanstandete den Beschluss des G-BA als rechtswidrig und begründete dies mit den gleichen Argumenten, die die BPTK bereits in ihrer Stellungnahme angeführt hatte.

Schließlich hatte der G-BA 2007 seine Beschlüsse zur Fachidentität nichtärztlicher Psychotherapeuten, zur regionalen Steuerung, zum qualitativen Sonderbedarf und zur Anstellung von Psychotherapeuten getroffen. Die BPTK kritisierte dabei insbesondere, dass der G-BA nach dem Wortlaut des Beschlusses die Anstellung von Ärzten durch Psychotherapeuten ausschließt. Aus Sicht der BPTK gibt es hierzu keine sachliche Rechtfertigung.

Stellungnahmerecht der BPTK

Die BPTK nutzt ihre gesetzlichen Stellungnahme- und Beteiligungsrechte beim Gemeinsamen Bundesausschuss, um darauf hinzuwirken, dass die Belange psychisch kranker Menschen ausreichend berücksichtigt werden und die Versorgung insbesondere für diese Patienten verbessert wird. Die BPTK konnte dabei ihre fachliche Expertise zu einer Vielzahl von Themen einbringen: von der Bewertung von Psychotherapieverfahren über Maßnahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, über Fragen der Substitutionsbehandlung von Suchtkranken und Disease-Management-Programme bis hin zur Gestaltung der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Die Entscheidungen des G-BA haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Versorgung von gesetzlich Versicherten. Der G-BA bestimmt als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte. Er legt damit fest, welche Leistungen von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Netzwerk Europa

Die BpTK hat die Netzwerkarbeit in Europa verstärkt. Eine zentrale Aufgabe ist die Analyse europäischer Gesundheits- und Sozialpolitik, z. B. in den Themenfeldern Gesundheitsrichtlinie, Berufsanerkenntnisrichtlinie, Patientenrechte, eHealth, Forschungsförderung, psychische Gesundheit, Differenzierung der Gesundheitsberufe und qualitätsgesicherte psychotherapeutische Versorgung. In Europa ist das im deutschen Gesundheitssystem etablierte Modell einer umfassenden psychotherapeutischen Versorgung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weitgehend unbekannt. Für dieses Modell als Beitrag zur qualitätsgesicherten Versorgung und zur Differenzierung der Gesundheitsberufe müssen die deutschen Psychotherapeuten werben und dafür Sorge tragen, dass diese Standards nicht durch Entwicklungen auf EU-Ebene unterlaufen werden, da zunehmend versorgungsrelevante Entscheidungen auf EU-Ebene getroffen werden.

„EuropaNews“

Europäische Politik hat zunehmend Auswirkungen auf die Berufsausübung von Psychotherapeuten und die psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitspolitische Entwicklungen auf europäischer Ebene müssen daher frühzeitig wahrgenommen und interpretiert werden. Nur wer über die Aktivitäten auf europäischer Ebene ausreichend informiert ist, kann nationale Entwicklungen in diesem Kontext richtig einordnen und beurteilen. Die BpTK hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, regelmäßig in ihren „EuropaNews“ über aktuelle europäische Themen zu informieren. Diese reichten in den ersten drei Ausgaben von der Ernennung des neuen Gesundheitskommissars bis hin zu relevanten Inhalten des Lissabon-Vertrags und der Patientenrechte-Richtlinie.

Die BpTK ist zur Frage der Regelung psychotherapeutischer Berufe auf europäischer Ebene mit der Generaldirektion „Binnenmarkt und Dienstleistungen“ (GD MARKT) in einen Dialog getreten. Die Hauptaufgabe der GD MARKT ist die Koordinierung der Binnenmarktpolitik der Kommission und die Beseitigung der verbleibenden Handelshemmnisse, insbesondere im Bereich der Dienstleistungen und Finanzmärkte. Bei einem Gespräch bei der GD MARKT in Brüssel hatte der BpTK-Präsident, Prof. Dr. Rainer Richter, die Gelegenheit, Anliegen und Positionen der deutschen Psychotherapeuten vorzutragen und dafür zu sensibilisieren.

In Gesprächen mit den Europa-Parlamentariern konnte Prof. Dr. Rainer Richter zentrale Anliegen der BpTK vertiefend erörtern: Von den Ausbildungsanforderungen und Zugangsvoraussetzungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Europa über europäische Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bis hin zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz.

Zum Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ hat die EU-Kommission unter Schirmherrschaft der Bundesministerien für Gesundheit und für Arbeit und Soziales im März 2011 die Konferenz „Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces“ im Rahmen der Themenkonferenzen zum „European Pact for Mental Health and Well-being“ veranstaltet. Die BpTK war durch ihren Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter vertreten, der die Veranstaltung „Supporting employees with mental health problems“ leitete.

Mittelfristig ist es für europäische Lobby- und Netzwerkarbeit unerlässlich, dass sich die Psychotherapeuten auf europäischer Ebene organisieren, um mit einer starken Stimme für eine qualitätsgesicherte psychotherapeutische Versorgung eintreten zu können. Bestehende Zusammenschlüsse sind hierfür kein ausreichender Anknüpfungspunkt, weil sie ausschließlich berufsständische Interessen vertreten und entweder zu geringe Qualifikationen für Psychotherapeuten vorsehen oder als Psychologinnenverband die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit (sozial-)pädagogischen Grundberufen nicht mit vertreten.

■ BPtK-Tagung „Psychotherapie in Europa“

Psychotherapeuten aus 20 europäischen Ländern trafen sich auf Einladung der BPtK am 23. Februar 2011 in Berlin. Auf der Tagung „Psychotherapy in Europe – Disease Management Strategies for Depression“ diskutierten rund 60 Experten und Gesundheitspolitiker am Beispiel Depression den Status quo der Versorgung, Leitlinien und Good-Practice-Modelle der psychotherapeutischen Versorgung. Das Europäische Parlament hatte die Mitgliedstaaten 2009 sehr deutlich aufgefordert, das Bewusstsein für die große Bedeutung psychischer Gesundheit nachhaltig zu schärfen.

Nach dem Grünbuch der EU-Kommission zur psychischen Gesundheit ist mehr als einer von vier Europäern im Erwachsenenalter von psychischen Erkrankungen betroffen. Sie sind die Hauptursache für die 58.000 Selbsttötungen pro Jahr und fordern damit in Europa mehr Opfer als Straßenverkehrsunfälle. Die verbreitetsten psychischen Erkrankungen sind Angst und Depression. Nach wie vor kommt es zur Stigmatisierung psychisch kranker Menschen. Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen stoßen auf Ablehnung und Vorurteile, die ihr persönliches Leiden vergrößern und ihre soziale Ausgrenzung verschärfen. Die Kosten psychischer Erkrankungen belaufen sich schätzungsweise auf drei bis vier Prozent des europäischen Bruttoinlandsproduktes, hauptsächlich als Folge von Produktivitätsverlusten und der Kosten für das Sozial- und Bildungssystem sowie das Strafverfolgungs- und Justizsystem. In der Versorgung psychisch kranker Menschen bestehen erhebliche Diskrepanzen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Psychische Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht, daran erinnerte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter in seiner Begrüßung. Ziel der Fachtagung sei es, den Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung in den verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen aufzuzeigen. Für die Psychotherapie sei es wichtig, von Erfahrungen anderer Staaten Europas zu lernen, erklärte der Europa-Parlamentarier Dr. Peter Liese in seinem schriftlichen Grußwort. Neben wirtschaftlichen Einsparungen, die sich durch eine verbesserte Behandlung und Diagnose psychischer Störungen ergeben, gehe es vor allem um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bürger. Dabei müssten die Unterschiede bei Lebenserwartung und Gesundheit innerhalb und zwischen den Mitgliedstaaten verringert werden.

Auch die Europäische Kommission sehe einen dringenden



*Prof. Dr. Glenys Parry,
Universität Sheffield, und
Prof. Dr. Rainer Richter,
Präsident der BPtK*

Handlungsbedarf zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, machte Johanna Schmidt aus der Vertretung der EU-Kommission in Deutschland deutlich. Nach dem im vergangenen Jahr veröffentlichten Eurobarometer „Psychische Gesundheit“ suche innerhalb eines Jahres jeder siebte Europäer wegen eines psychischen Problems professionelle Hilfe und sieben Prozent der Europäer werden im gleichen Zeitraum Antidepressiva verordnet. Der 2008 unter Federführung der Kommission geschlossene Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden habe bereits erste Spuren hinterlassen. Die BPtK habe die Arbeit auf europäischer Ebene von Beginn an stark unterstützt. Damit die EU ihre Strategieziele 2020 für ein intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum erreichen könne, seien aber weitere Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit erforderlich.

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (Technische Universität Dresden) zeigte am Beispiel der depressiven Erkrankungen die weite Kluft zwischen dem Behandlungsbedarf und der Versorgungsrealität. In der Europäischen Union litten jährlich sieben Prozent der Bevölkerung an einer unipolaren Depression, aber nur ein Drittel bis die Hälfte der Betroffenen werde behandelt. Zwischen drei und acht Prozent würden pharmakologisch oder zumindest minimal psychotherapeutisch behandelt, oft jedoch erst mit viel zu großer zeitlicher Verzögerung. Psychotherapie erhielten nur zwei bis drei Prozent der Patienten. In der Versorgung von Depressionen sah Prof. Wittchen eine zentrale europäische Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Versorgungsleitlinien kämen hier eine wichtige Rolle zu, um gesundheitspolitisch die richtigen Weichen zu stellen. Dazu gehöre dann aber auch eine wachsende Zahl qualifizierter Behandler, wobei nicht mit einer wachsenden Zahl von Psychiatern gerechnet werden dürfe. Realistisch sei vielmehr, das Potenzial bei den psychologischen Therapien weiter auszuschöpfen.

Andrea Mrazek,
M.A., M.S.,
Vorstand BPtK,
und Prof. Dr. Hans-
Ulrich Wittchen,
Universität Dresden



In Kurzvorträgen wurden nationale Versorgungsstrukturen und innovative Versorgungskonzepte für Menschen mit Depressionen in Österreich, Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Polen, Portugal und dem Vereinigten Königreich dargestellt. Aus allen europäischen Ländern wurde ein steigender Behandlungsbedarf – insbesondere für junge Menschen – berichtet. In keinem Land reicht das zur Verfügung stehende psychotherapeutische Behandlungsangebot aus, diesem Versorgungsbedarf auch nur annähernd gerecht zu werden. In Bezug auf die beteiligten Professionen, ihre Qualifikationen, Befugnisse und ihre Einbindung in das Gesundheitssystem sowie die angewandten Psychotherapieverfahren und -methoden entstand so ein europaweiter Überblick.

Schneller, breiter Zugang zur Psychotherapie

In mehreren europäischen Staaten werden Versorgungsmodelle gesucht, die einen schnellen Zugang zur Psychotherapie, unabhängig von Alter oder sozialer Schicht, sicherstellen. Dafür werden gestufte Versorgungskonzepte („Stepped Care“) eingesetzt, die Patienten je nach Schweregrad und Komplexität der Erkrankung unterschiedliche Behandlungsangebote unterbreiten. Prof. Dr. Glenys Parry (Universität Sheffield, Vereinigtes Königreich) präsentierte Evaluationsergebnisse des Programmes „Improving Access to Psychological Therapies“, das inzwischen in ganz England angeboten wird. Mit dem Programm habe sich der Anteil der Patienten, die psychotherapeutisch behandelt werden, in Großbritannien versechsfacht. Auch sei die Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankungen gesunken. Unzufriedenheit gebe es jedoch bei den Patienten wegen der als zu kurz bewerteten Behandlungsdauer.

Prof. Dr. Pim Cuijpers (Freie Universität Amsterdam, Niederlande) verglich die Effekte von niedrig- und hochintensiver Therapie im Rahmen von Stepped-Care-Model-

len. Danach seien unter bestimmten Bedingungen niedrig-intensive Maßnahmen, wie die internetbasiert geführte und supervidierte Selbsthilfe, ähnlich wirksam wie Psychotherapie „Face-to-Face“. Als Innovation in der Versorgung psychisch kranker Menschen beschrieb er internetbasierte Therapien, deren Erfolg jedoch von den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten abhängig seien. Niedrig-intensive Versorgungs- und Behandlungsmethoden könnten und sollten die Face-to-Face-Psychotherapie nicht vollständig ersetzen. Man müsse sie aber nutzen, weil es für eine traditionelle Psychotherapie angesichts des Versorgungsbedarfs nie genügend Behandlungsangebote durch qualifizierte Behandler geben könne.

Prof. Dr. Jaakko Seikkula (Universität Jyväskylä, Finnland) berichtete über Untersuchungen aus Finnland zu den Effekten eines bedürfnisangepassten Behandlungsmodells bei der Behandlung von Depressionen. Das ursprünglich für die Versorgung bei schizophrenen Erkrankungen entwickelte Need-adapted Treatment verspreche auch bei Depressionen Erfolge. Er forderte statt einer Einengung durch Behandlungsleitlinien mehr Flexibilität bei der Versorgung von Depressionen, um eine stärkere Passung zwischen Behandlungsmethode, Therapeutenmerkmalen und Bedürfnissen des Patienten zu ermöglichen, was sich z. B. in einem unterschiedlichen Ausmaß der Beteiligung von Familienangehörigen an der Behandlung niederschlagen könne.

Die Beiträge der Wissenschaftler zu möglichen Innovationen in der psychotherapeutischen Versorgung und die Schilderungen zur tatsächlichen Versorgung in Europa warfen in der von BPtK-Vorstand Andrea Mrazek moderierten Podiumsdiskussion drei zentrale Fragen auf. Bei der ersten Frage ging es um das Wesen der Psychotherapie. Provokante Schlüsselmetapher war der Vergleich zwischen der Entwicklung der Psychotherapie und der industriellen Revolution. Auch in der Psychotherapie werde es eine Entwicklung von der individualisierten Heimarbeit hin zur standardisierten, replizierbaren Leistung mit geringen Qualitätsunterschieden geben. Aber können zehn Sitzungen manualisierter Kurzzeittherapie, die in einigen Gesundheitssystemen als Leistungskontingent vorgesehen sind, tatsächlich als Psychotherapie bezeichnet werden und vor allem: Sind sie wirksam? Auf der einen Seite wurde dazu die Position vertreten, dass Psychotherapie evidenzbasiertes Behandeln sei. Auch internetbasierte Interventionen seien daher Psychotherapie, wenn sie eine entsprechende Wirkung nachweisen könn-



Podiumsdiskussion
auf der Europa-
Konferenz der BPTK

ten. Auf der anderen Seite stand die Position, dass Psychotherapie durch die psychotherapeutische Beziehung und die Passung zwischen Behandlungsangebot und den individuellen Bedürfnissen des Patienten gekennzeichnet sei. Effekte zeigten sich insbesondere in längerfristigen Outcomes.

Die zweite zentrale Frage bezog sich auf den Beruf des Psychotherapeuten. Über welche Kompetenzen muss ein Psychotherapeut verfügen und was ist seine Aufgabe? In den Antworten fanden sich naturgemäß die Positionen zum Wesen der Psychotherapie wieder. Für die Einen ist Psychotherapeut, wer umfassend dafür ausgebildet ist, evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungen durchzuführen. Das schließe – so ein Statement – nicht aus, dass psychotherapeutische Behandlungen von anderen Berufen wie Krankenpflegern durchgeführt würden. Für die Anderen kann nur Psychotherapeut sein, wer über die Kompetenzen verfügt, eine an den individuellen Patientenbedürfnissen orientierte Behandlung zu gewährleisten.

Als Drittes wurde schließlich danach gefragt, wie es gelingen kann, die Stärken intensiver Psychotherapie, insbesondere für Menschen mit schweren und komplexen gesundheitlichen Einschränkungen, zu nutzen und gleichzeitig bei begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen einen steigenden Behandlungsbedarf zu decken. Dazu wurde festgestellt, dass man in der psychotherapeutischen Versorgung immer nur zwei der drei Kriterien „zeitnah“, „günstig“ und „gut“ erreichen kann und nie alle drei zusammen. Die begrenzten Ressourcen

würden bestimmen, welche Strategien zur Versorgung psychisch kranker Menschen genutzt werden könnten. Sie könnten auch niedrigschwellige Interventionen und Interventionen über neue Medien und/oder in weitgehend standardisierter Form rechtfertigen.

Europäisches Netzwerk

Der Wunsch nach einer stärkeren Kooperation stand im Mittelpunkt des Fazits von BPTK-Präsident Richter. Die Konferenz habe gezeigt, wie die Potenziale der Psychotherapie noch stärker für die Versorgung genutzt werden könnten. Gleichzeitig müsse man aber feststellen, dass bei den politischen Initiativen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in Europa die Psychotherapie noch nicht den Platz einnehme, den sie nach dem Stand der Wissenschaft haben sollte. Prof. Richter regte die Einrichtung eines Netzwerkes für psychotherapeutische Versorgung in Europa an, um der Psychotherapie eine Stimme und eine Adresse zu geben. Ein solches Netzwerk solle die Erfahrungen und Expertise Aller nutzen können, die in ihren Gesundheitssystemen überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig seien. Der erste Schritt zur Einrichtung dieses Netzwerkes könnte – so sein Vorschlag – in einer Mailingliste bestehen, über die sich alle Interessierten über die Ausgestaltung des Netzwerkes, weitere Initiativen und hoffentlich auch eine Folgekonferenz austauschen könnten. Für die BPTK als Ausrichter dieser Fachtagung bot er an, die Initiative für die Einrichtung dieses Netzwerkes zu übernehmen. Ein Vorschlag, der von den Teilnehmern sehr begrüßt wurde.

Telematik

Die BPTK begleitet die Einführung der neuen Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen von Beginn an. Sie ist in zahlreichen Gremien vertreten, um die Interessen der Psychotherapeuten zu wahren. Im Beirat der Gesellschaft der Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) ist die BPTK durch Vorstandsmitglied Peter Lehndorfer vertreten. Zusammen mit den anderen Leistungserbringern ist sie Herausgeber der HPC- und SMC-Spezifikation, der wesentlichen Festlegungen zur Herstellung von Heilberufsausweisen (HBA, englisch: HPC) und der Institutionenkarte (SMC).

Bereits 2004 schuf der Gesetzgeber im § 291a SGB V die Grundlage für eine neue Kommunikations- und Sicherheitsstruktur im deutschen Gesundheitssystem, der so genannten „Telematik“, einer Abkürzung von Telekommunikation und Informatik. Kern der technischen Neuerungen ist, dass der heutige Versichertenalausweis durch eine leistungsfähigere elektronische Gesundheitskarte (eGK) ersetzt werden soll. Die eGK soll es möglich machen, z. B. Notfalldaten des Versicherten, Arztbriefe, Rezepte und Patientenakten jederzeit im Gesundheitssystem verfügbar zu machen. Datenaustausch und -speicherung erfolgen verschlüsselt über ein spezielles und geschütztes Rechnernetz. Der Zugriff auf die Daten ist streng reglementiert. Nur Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte sowie die Patienten selbst haben die Möglichkeit, über ihre Ausweise darauf zuzugreifen.

Die umfangreichen Tests der neuen Telematikinfrastruktur erwiesen sich als weitaus komplexer und zeitaufwändiger, als ursprünglich geplant. Die Einführung der eGK musste deshalb immer wieder verschoben werden. Ur-

sprünglich für das Jahr 2006 geplant, ist eine flächendeckende Nutzung der Telematik erst ab 2013 realistisch. Die Kostenexplosionen des Projektes, eine unzureichende Information und Diskussion des Datenschutzes sowie die immer wieder verschobene Einführung haben zu erheblicher Skepsis bei den Bürgern und Leistungserbringern geführt.

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat sich bereits mehrfach in seinen Resolutionen mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte befasst. Die Delegierten sehen die Chancen einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Vernetzung der Heilberufe. Die Speicherung von Patientendaten, insbesondere im sehr sensiblen Bereich der psychotherapeutischen Behandlung, wird jedoch kritisch gesehen. Die Vertrauensbeziehung zwischen Psychotherapeut und Patient darf durch den Einsatz der Gesundheitskarte nicht beeinträchtigt werden.

Der Vorstand der BPTK setzte deshalb im März 2008 die Kommission „Auswirkungen der Telematik auf die psychotherapeutische Tätigkeit“ ein. Sie befasst sich mit den Konsequenzen der Einführung der eGK auf die psychotherapeutische Praxistätigkeit. Die Ergebnisse der Kommission fanden direkten Eingang in ein Papier der gematik. Die Kommission legte dem 13. DPT einen umfassenden Bericht vor, den die Delegierten mit großer Zustimmung entgegennahm.

Eine Bestandsaufnahme durch die neue Bundesregierung führte im April 2010 zu einer Neuausrichtung der gematik mit klarer Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten: Die Leistungserbringer übernahmen die alleinige

Kommission „Auswirkungen der Telematik auf die psychotherapeutische Tätigkeit“

Name

Hans Bauer (Sprecher der Kommission)

Helga Planz

Johannes Pabel

Bernhard Morsch

Peter Lehndorfer

Psychotherapeutenkammer

Hessen

Hessen

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Saarland

Vertreter des Vorstandes des BPTK

Vorstandskommission (mit Beschluss vom 11. März 2008)

Verantwortung für die medizinischen Anwendungen und die Kostenträger die alleinige Verantwortung für die administrativen Anwendungen. Bis Herbst 2011 sollen nun die Voraussetzungen für drei Anwendungen der Telematik geschaffen sein: ein onlinegestütztes Versichertenstammdatenmanagement, ein Notfalldatensatz auf der eGK und eine sichere Kommunikation der Leistungserbringer unter Nutzung des Heilberufsausweises. Das ursprünglich als Startanwendung vorgesehene eRezept wird später realisiert.

In der Region Nordrhein konnte bereits 2010 eine flächendeckende Versorgung der niedergelassenen Praxen mit den neuen Lesegeräten für Gesundheitskarte und Heilberufsausweis erreicht werden. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat im August 2009 im Rahmen eines Projektes in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein die ersten elektronischen Psychotherapeutenausweise (ePtA) an ihre Mitglieder ausgegeben.

Mit der Aktivierung der BPtK-Root-Instanz im April 2010 und der Erarbeitung eines vorläufigen Rahmenvertrages hat die BPtK wesentliche Voraussetzungen für die Ausgabe des ePtA durch die Kammern geschaffen. Neben der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen plant auch die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz für 2011 dessen Ausgabe. Wesentliches Merkmal dieser Karten ist die qualifizierte elektronische Signatur,



Gertrud Eckel aus Nordrhein-Westfalen mit dem ersten elektronischen Psychotherapeutenausweis

also die Möglichkeit einer rechtssicheren elektronischen Unterschrift durch den Anwender. Diese wird bereits heute von verschiedenen KVen zur elektronischen Onlineabrechnung genutzt und soll künftig für alle KV-Mitglieder verpflichtend werden.

Mit Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes zum 01.01.2011 müssen die Krankenkassen den neuen Ausweis bis Ende 2011 an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten ausgegeben haben. Gelingt dies nicht, sollen den Krankenkassen zwei Prozent der Verwaltungskosten gekürzt werden. Mit der Gesetzesänderung ist nun für 2011 ein bundesweites Basis-Rollout absehbar.

Deutscher Psychotherapeutentag zur Gesundheitskarte

„Die Delegierten des 5. Deutschen Psychotherapeutentages sehen in neuen Formen der elektronischen Kommunikation eine Chance für eine verbesserte interdisziplinäre und sektorübergreifende Kooperation. Dies ist ein Fortschritt für Patienten und Heilberufler. Allerdings nur, wenn das Recht zur informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Patientendaten gesichert bleibt.“

Resolution „Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“, 5. DPT

„Zu Recht muss bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte Gründlichkeit vor Schnelligkeit gehen. Der Psychotherapeut muss seinen Patienten zusichern können, dass auch elektronisch gespeicherte Informationen über seine Gesundheit absolut vertraulich sind. Der Patient muss sicher

sein, dass nur er selbst entscheidet, wem eine Information, die er dem Psychotherapeuten gegeben hat, offenbart wird. Dieser Grundsatz geht allen Anforderungen Dritter an die Verfügbarkeit der Daten vor.“

Resolution „Elektronische Gesundheitskarte“, 10. DPT

„Die Vertraulichkeit und Intimität psychotherapeutischer Behandlungsdaten ist so groß und deren möglicher Missbrauch so folgens schwer, dass auf eine generelle Verpflichtung zur serverbasierten Abspeicherung verzichtet werden muss. Hierunter fallen bereits die Tatsache, dass eine Behandlung durchgeführt wird, sowie die Weitergabe potenziell stigmatisierender Diagnosen oder Daten.“

Resolution „Auswirkungen der Telematik auf die psychotherapeutische Tätigkeit“, 13. DPT

Zukunft der Ausbildung

In der Ausbildung zum Psychotherapeuten sehen immer mehr Hochschulabsolventen eine Berufsperspektive. Die Zahl der Absolventen der postgradualen Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) steigt seit Jahren kontinuierlich an. 2010 legten rund 1.400 Ausbildungsteilnehmer erfolgreich die Abschlussprüfung ab. Zwölf Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz ist der Psychotherapeut damit einer der attraktivsten Heilberufe. Ein Grund dafür ist die hohe Qualifikation, die es ermöglicht, das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen eigenverantwortlich und wirksam zu behandeln.

Umfassende Reform notwendig

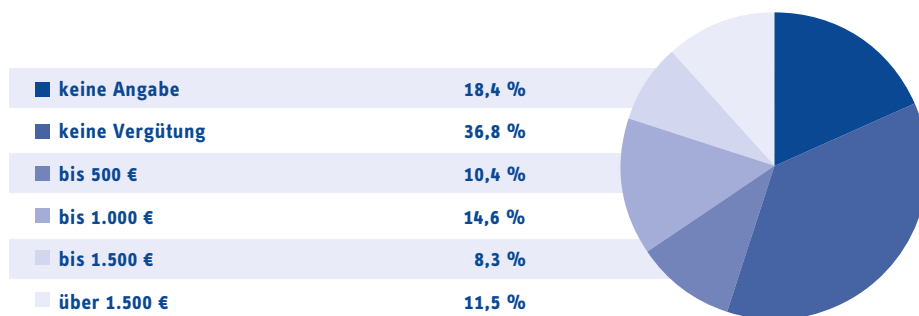
Dennoch ist die Psychotherapeutenausbildung inzwischen dringend reformbedürftig. Aufgrund des Bologna-Prozesses sind die Zugänge zur PP- und KJP-Ausbildung nicht mehr eindeutig und damit unzureichend gesetzlich definiert. Der Gesetzgeber regelte 1999 die Psychotherapeutenausbildung auf Basis der Diplom- und Masterstudiengänge sowie der Unterscheidung zwischen Universitäten und Fachhochschulen. Diese Studiengänge wurden inzwischen weitgehend durch Bachelor- und Masterprogramme abgelöst. Fachhochschulen und Universitäten sind einander in vielen Bereichen gleichgestellt. Damit sind die Kompetenzen, über die ein Hochschulabsolvent verfügen soll, wenn er mit seiner postgradualen Psychotherapeutenausbildung beginnt, nicht

mehr ausreichend definiert. Die Bezeichnung eines Masterprogramms lässt keinen verlässlichen Schluss darauf zu, welche Kompetenzen ein Absolvent erworben hat. Es existiert damit bundesweit kein einheitliches Kompetenzniveau mehr, das für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten qualifiziert. Außerdem bestehen während der postgradualen Ausbildung vor allem in Bezug auf die praktische Tätigkeit von Beginn an gravierende qualitative und finanzielle Strukturdefizite, die dringend behoben werden müssen.

Forschungsgutachten

Ein Forschungsgremium unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universitätsklinikum Jena) erstellte im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ein Gutachten zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung, das eine Reform des Psychotherapeutengesetzes vorbereiten sollte. Für das BMG stand dabei die Frage im Vordergrund, ob die postgraduale Ausbildung von PP und KJP durch eine Direktausbildung in Anlehnung an die Ausbildungsstruktur der anderen akademischen Heilberufe erfolgen kann. Nach diesem Modell erhielten Hochschulabsolventen nach einem Psychotherapiestudium eine Approbation und würden die Fachkunde anschließend im Rahmen einer Weiterbildung erwerben. Die Ergebnisse des Gutachtens belegen, dass infolge der Bologna-Reform insbesondere die hohe Qualität in der

Absolventenangaben zur Vergütung während der Praktischen Tätigkeit I



Quelle: Forschungsgutachten, Strauß et.al. 2009

Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gefährdet ist. Bei etwa der Hälfte der Bundesländer soll der niedrigere Bachelorabschluss ausreichen, um sich für die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ausbilden zu lassen. Für die Behandlung Erwachsener ist dagegen grundsätzlich ein Studienabschluss auf Masterniveau erforderlich. Die Gutachter wie auch die BPTK fordern einheitlich einen Masterabschluss, um für den Beruf des Psychotherapeuten ausgebildet zu werden. Doch seit Vorlage des Gutachtens im Mai 2009 ist die Zahl der Bundesländer, die den Bachelorabschluss als Zugangsvoraussetzung akzeptieren, sogar noch weiter gestiegen.

Prekäre finanzielle Situation

Das Gutachten deckt daneben auch die prekäre finanzielle Situation von Ausbildungsteilnehmern während ihrer einjährigen praktischen Tätigkeit in psychiatrischen Krankenhäusern auf. Für Ihre Tätigkeiten werden sie häufig überhaupt nicht oder nur völlig unzureichend bezahlt. 36 Prozent der Ausbildungsteilnehmer bekommen von den Kliniken keinen einzigen Cent, nur zehn Prozent erhalten eine monatliche Vergütung von maximal 500 Euro brutto. Andererseits erbringen die meisten Ausbildungsteilnehmer bereits umfangreiche Versorgungsleistungen von der Diagnostik bis hin zur Einzel- und Gruppentherapie. Außerdem fehlen für die praktische Tätigkeit curriculare Vorgaben. Dies führt zu einer hohen Varianz der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche und einem sehr unterschiedlichen Spektrum bei den Erkrankungen, die die Ausbildungsteilnehmer kennenlernen und mitversorgen.

Als künftiges Modell empfehlen die Gutachter eine Fortschreibung der postgradualen Ausbildung. Allerdings sollten Modellstudiengänge zur Evaluierung einer Direktausbildung ermöglicht werden. Die Gutachtergruppe empfiehlt zudem eine Erweiterung des Kompetenzprofils. Eine entsprechende Qualifizierung vorausgesetzt, sollten

Psychotherapeuten in Zukunft die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, psychotherapierelevante Heil- und Hilfsmittel verschreiben und Patienten zu (Fach-)Ärzten sowie zur stationären Heilbehandlung (in psychiatrische und psychosomatische Kliniken) einweisen können.

Master für PP und KJP

Die Zulassung von Bachelorabsolventen wird vom BMG und den Ländern damit gerechtfertigt, dass nach dem Psychotherapeutengesetz bei (sozial-)pädagogischen Studiengängen ein Fachhochschulabschluss ausreicht, um eine KJP-Ausbildung zu beginnen, und nach Beschluss der Kultusministerkonferenz Bachelorabschlüsse diesen formal gleichwertig seien. In einem Schreiben an die Bayerische Landesregierung stellte das BMG klar, dass die Frage „Bachelor oder Master?“ in der Verantwortung der Länder liegt, diese sich allerdings möglichst auf eine bundesweit einheitliche Regelung einigen sollten.

BPTK und Landespsychotherapeutenkammern haben sich deshalb an die zuständigen Landesministerien gewandt, um eine bundeseinheitliche Regelung zu erreichen. Nach Auffassung der Kammern ist auch nach der Umstellung auf die Bachelor/Master-Systematik sowohl für die PP-Ausbildung als auch für die KJP-Ausbildung ein Masterabschluss erforderlich. Der Gesetzgeber hat im Psychotherapeutengesetz dafür hohe Qualifikationen festgelegt. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass an die Ausbildung der neuen Heilberufe hohe Anforderungen zu stellen sind. Für eine Absenkung wäre nach Einschätzung der Kammern daher eine Gesetzesänderung erforderlich. Mit Einführung des Bachelor- unterhalb des Masterabschlusses hat der Gesetzgeber aber gerade keine Absenkung der Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapeutenausbildung verknüpft. Die gesetzliche Zugangsvoraussetzung ist somit nur mit einem Masterabschluss erfüllt. Dies gilt auch für den Zugang zur KJP-Ausbildung. Dass bei (sozial-)pädagogischen Studiengängen auch ein

Bundesministerium für Gesundheit schreibt Forschungsgutachten aus, das die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten evaluieren und Vorschläge für die zukünftige Ausbildung von Psychotherapeuten erarbeiten soll. Den Zuschlag bekommt ein Forschernetzwerk unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena.

Auftaktsymposium der BPTK zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung, zehn Jahre nachdem die entscheidenden Gespräche zum Psychotherapeutengesetz stattfanden, mit dem zwei neue akademische Heilberufe etabliert wurden, deren Kompetenzen aus der Versorgung psychisch kranker Menschen nicht mehr wegzudenken sind.

Abschluss an einer Fachhochschule ausreichend sein kann, erfolgte nicht aus dem Grund, dass der Gesetzgeber die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen für weniger schützenswert hielt als die von Erwachsenen. Vielmehr war schlicht der Umstand maßgeblich, dass insbesondere der Studiengang Sozialpädagogik nicht an Universitäten angeboten wurde. Weder der Wille des Gesetzgebers noch die besondere Bedeutung, die das Grundgesetz dem Schutz von Kindern beimisst, lassen eine Auslegung zu, die eine Absenkung der Qualifikationsvoraussetzungen rechtfertigt.

Dass es sich bei dem Bachelorabschluss gegenüber dem Fachhochschulabschluss, den der Gesetzgeber vor Augen hatte, auch allgemein um eine Absenkung handeln würde, zeigt bereits die Studiendauer, die in der Regel mindestens um ein halbes Jahr – häufig sogar um ein Jahr – verkürzt ist. Als Argument für die Absenkung des Zugangsniveaus auf den Bachelorabschluss wird vom BMG und den Ländern ein Beschluss der Kultusministerkonferenz angeführt, wonach der Bachelorgrad dem alten Fachhochschulabschluss entspricht und der Masterabschluss dem alten Universitätsabschluss. Mit einem solchen Beschluss können jedoch keine gesetzlichen Vorgaben geändert werden.

Vor diesem Hintergrund hatte auch der 15. Deutsche Psychotherapeutentag nochmals mit Nachdruck bundesweit einheitlich einen Studienabschluss auf Masterniveau als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gefordert, weil eine evidenzbasierte, qualitätsgesicherte psychotherapeutische Behandlung wissenschaftliche Kompetenzen auf Masterniveau verlangt. Für eine gesetzliche Festschreibung des Masterabschlusses hat sich wiederholt die Gesundheitsministerkonferenz eingesetzt. Das BMG lehnt eine solche punktuelle Änderung der Zugangsvoraussetzungen mit Verweis auf die Notwendigkeit einer umfassenderen Reform wiederholt ab.

13. DPT fordert in einer Resolution, der drohenden Dequalifizierung der beiden Heilberufe entgegenzuwirken und die Landespsychotherapeutenkammern bzw. die BPTK als Vertreterinnen der beiden Berufsgruppen maßgeblich in die Planung und Anerkennung von Studiengängen, die als Eingangsvoraussetzung zur Ausbildung zum PP und KJP qualifizieren sollen, einzubeziehen.

Mindestanforderungen an Studiengänge

Unabhängig von einer Reform der gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen war es das Ziel der Profession, inhaltliche Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge zu definieren, um eine bundesweit einheitliche und angemessene Qualifikation von Psychotherapeuten zu ermöglichen. Dadurch sollte gewährleistet werden, dass trotz des Wegfalls von Rahmenstudienordnungen für die im Psychotherapeutengesetz genannten Studiengänge die notwendigen Kompetenzen für die PP- und KJP-Ausbildung vermittelt werden.

Die BPTK und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie hatten 2009 gemeinsame Empfehlungen für Mindestanforderungen an psychologische Studiengänge verabschiedet, die für eine PP-Ausbildung qualifizieren. Für die Studiengänge, die zum KJP qualifizieren, hat eine BPTK-Kommission einen Vorschlag erarbeitet, der mit den betroffenen Fachgesellschaften jedoch noch nicht konsentiert werden konnte.

Inhaltliche Mindestanforderungen könnten bis zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes eine breite Wirkung entfalten, wenn sie von den Landesprüfungsämtern als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. Die Prüfung der Vorschläge der BPTK durch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) ist bislang aber noch nicht abgeschlossen. Darüber hinaus ist es mit Beschluss der Kultusministerkonferenz möglich, dass Vertreter von Psychotherapeutenkammern in die Akkreditierung von Studiengängen einbezogen werden und eine Empfehlung abgeben können, ob diese Studiengänge für eine Psychotherapeutenausbildung qualifizieren können. Fachliche Grundlage für diese Empfehlungen sollen ebenfalls die erarbeiteten Mindestanforderungen sein.

■ Meinungsbildung in der Profession

Mit acht Workshops und Symposien in den Jahren 2008 bis 2010 bot die BPTK die Plattform für eine strukturierte

Kultusministerkonferenz folgt Petition der BPTK und spricht sich dafür aus, bei der Akkreditierung von Masterprogrammen einen Vertreter der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer zu beteiligen, wenn es um die Feststellung dazu geht, ob ein Masterprogramm den Anforderungen für den Zugang zur Psychotherapeutenausbildung entspricht.

Debatte zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Parallel zur Erstellung des Forschungsgutachtens sollten Reformoptionen diskutiert werden, damit die Psychotherapeutenchaft der Politik nach Vorlage des Gutachtens einen Reformvorschlag präsentieren kann.

Ausgangspunkt war ein Symposium zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung, auf dem Vertreter von Psychotherapeutenkammern, Ausbildungsteilnehmern, Ausbildungsinstituten sowie Wissenschaftler und das Bundesgesundheitsministerium den notwendigen Reformbedarf schilderten. Dabei zeigten sich vier Handlungsfelder, die in anschließenden Workshops vertieft bearbeitet wurden.

Im Workshop „Qualifikation von Psychotherapeuten: Lernziele des Hochschulstudiums“ wurden differenziert nach Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die akademischen Kompetenzen benannt und diskutiert, die Psychotherapeuten für ihre Ausbildung und für die spätere Berufstätigkeit erwerben müssen. Die Folgeveranstaltung „Psychotherapeutische Kompetenzprofile“ diskutierte auf der Grundlage eines Positionspapiers des BPTK-Vorstands Lernziele der Psychotherapeutenausbildung. Eine andere Perspektive nahm der Workshop „Psychotherapeutische Kompetenz: Anforderungsprofile für die Versorgung“ ein. Dort wurden konkrete Kompetenzen benannt, die künftig in spezifischen Versorgungssettings von Psychotherapeuten verlangt werden. Dazu wurden Szenarien vorgestellt, wie die Versorgung psychisch kranker Menschen aus der Perspektive von Gesundheitspolitik und Patienten weiterentwickelt werden kann. Verantwortliche aus verschiedenen Versorgungssettings präsentierten dazu ihre Erwartungen an die künftigen Kompetenzen von Psychotherapeuten. Der vom BMG mit dem Forschungsgutachten aufgeworfenen Frage, ob Psychotherapeuten auch durch ein Psychotherapiestudium für eine Approbation qualifiziert werden können, widmete sich ein vierter Workshop mit dem Titel „Wie viel Ausbildung für die Ap-



*Prof. Dr. Bernhard Strauß
(Universität Jena)
übergibt Ausbildungsgutachten an
BPTK-Präsident
Prof. Dr. Rainer Richter*

probation?“. Bereits in den vorangehenden Veranstaltungen hatte sich dazu gezeigt, dass zur Auseinandersetzung mit Ausbildungsstrukturen insbesondere eine Klärung erforderlich ist, welche Kompetenzen bis zur Approbation und welche anschließend (z. B. im Rahmen einer Weiterbildung) erworben werden können oder sollen.

Auf der Grundlage der Workshop-Ergebnisse erarbeitete die BPTK erste Eckpunkte einer Ausbildungsreform, die auf einem zweitägigen Symposium im Herbst 2009 vorgestellt und zusammen mit den Ergebnissen des Forschungsgutachtens erörtert wurden. Im Anschluss formulierten Expertengruppen im Auftrag der BPTK konkrete Lösungsvorschläge zu den vier Themenkomplexen, die sich als zentral für ein Reformvorhaben herausgestellt hatten: „Hochschulqualifikationen“, „Eingeschränkte Behandlungserlaubnis und stationäre Praktische Ausbildung“, „Mit dem ‚Common trunk‘ zum ‚Psychotherapeuten mit Schwerpunkt‘“ und „Rechtliche Implikationen“. Die konkreten Arbeitsergebnisse der Expertengruppen wurden auf zwei Veranstaltungen vor dem 16. Deutschen Psychotherapeutentag diskutiert, der den Eckpunkten einer Reform der Psychotherapeutenausbildung mit einer Mehrheit von über 80 Prozent zustimmte.

Bei einem Hearing der Forschergruppe, die im Auftrag des BMG das Gutachten zur Ausbildung von PP und KJP erstellt, geben Landespsychotherapeutenkammern sowie Fach- und Berufsverbände Statements zu Reichweite und Perspektiven einer Reform der Psychotherapeutenausbildung ab.

Forschungsgutachten zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung wird an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übergeben. Das Gutachten hat die Erfahrungen von Ausbildungsstätten, Lehrenden und Ausbildungsteilnehmern umfassend aufgearbeitet. Die Gutachter sprechen sich für eine Beibehaltung der postgradualen Ausbildung aus.

Der im April 2008 begonnene breite Diskurs mit den Vertretern der Profession mündete in einem Ausbildungsgipfel am 26.10.2010 in Berlin, auf dem über offene Details einer Reform der Psychotherapeutenausbildung debattiert wurde, die im Vorfeld unter Einbezug von Landespsychotherapeutenkammern, Berufs- und Fachverbänden, Ausbildungsteilnehmern, Ausbildungsinstituten und Hochschulvertretern abgestimmt worden waren. Das Ergebnis dieses Gipfels fand eine breite Zustimmung auf dem 17. Deutschen Psychotherapeutentag, der den Vorstand der BPTK aufforderte, auf dieser Grundlage eine Gesetzesinitiative zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zu starten.

■ DPT-Entscheidungen

Der 16. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) votierte im Mai 2010 als Ergebnis eines umfassenden Meinungsbildungsprozesses mit großer Mehrheit für eine grundlegende Reform der Psychotherapeutenausbildung. Ein Hochschulabschluss auf Masterniveau müsse grundsätzlich die Voraussetzung für die postgraduale Psychotherapeutenausbildung werden und künftige Psychotherapeuten sollten auch im stationären Bereich eine qualitätsgesicherte Ausbildung durchlaufen und dabei eine angemessene Vergütung erhalten.

16. DPT: Eckpunkte einer umfassenden Reform

Nach jahrelanger Debatte und zahlreichen erfolglosen Initiativen, diese Ziele durch einzelne Gesetzesänderungen zu erreichen, konnte sich die Profession auf Reformeckpunkte einigen. Der Vorstand der BPTK wurde aufgefordert, sich für diese Reform einzusetzen und unter Beteiligung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsstätten die erforderlichen Details der Reform auszugestalten.

Die „Eckpunkte“ sahen vor, die beiden Berufe „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ zu einem neuen gemeinsamen Beruf „Psychotherapeut“ weiterzuentwickeln und eine Praktische Ausbildung so zu gestalten, dass sie den Anforderungen aus der Versorgung gerecht wird. Alle Psychotherapeuten sollen über die gleiche hohe akademische Grundqualifikation verfügen, unabhängig davon, ob sie Kinder, Jugendliche oder Erwachsene behandeln. Deshalb soll ein Masterabschluss die Zugangsvoraussetzung zur postgradualen Ausbildung sein und eine Approbation am Ende der Ausbildung stehen. Das verabschiedete Reformkonzept garantiert, dass die Befugnisse der heutigen PP erhalten bleiben. Im sozialrechtlichen Bereich sollen die spezifischen Qualifikationen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen einerseits und zur Behandlung von Erwachsenen andererseits erhalten bleiben. Gleichzeitig soll die Ausweitung dieser Qualifikationen auf den jeweils anderen Altersbereich allen Psychotherapeuten mit vertretbarem Aufwand möglich werden. Für KJP gibt es diese Option heute nicht. Zweites Ziel der Eckpunkte ist die Behebung der Defizite während der praktischen Tätigkeit (Psychiatriejahr). Künftig sollen Ausbildungsteilnehmer für die psychotherapeutische Versorgung in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und Settings qualifiziert werden. Bislang erfolgt die praktische Ausbildung von PP und KJP weitgehend im ambulanten Bereich. In Zukunft soll an die Stelle der praktischen Tätigkeit eine Praktische Ausbildung unter Anleitung und Supervision im (teil-)stationären Bereich treten. Damit könnten Ausbildungsteilnehmer zukünftig in allen Versorgungssektoren aktiv an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt werden, sodass auch eine Vergütung dieser Tätigkeiten gesetzlich vorgeschrieben werden könnte. Voraussetzung dafür ist, dass Ausbildungsteilnehmer einen formalen Status erhalten, der sie ausdrücklich berechtigt, während ihrer Ausbildung unter Supervision oder Aufsicht psychotherapeutisch zu behandeln.

BPTK-Stellungnahme „Bundeseinheitlicher Zugang zur Psychotherapieausbildung“. Forderung nach einer Positionierung der Bundesländer für einen angemessenen und gleichwertigen Zugang zur PP- und KJP-Ausbildung. Klarstellung, dass nach den Vorschriften des Psychotherapeutengesetzes von den gestuften Studienabschlüssen „Bachelor und Master“ nur der Masterabschluss die gesetzlichen Anforderungen erfüllt.

Über 100 Vertreter aus den Landespsychotherapeutenkammern, Berufs- und Fachverbänden sowie Ausbildungsstätten und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) diskutieren auf zweitägigem Symposium in Hannover Perspektiven der Psychotherapieausbildung, um einen möglichst breiten Konsens über Reformeckpunkte zu erzielen.



Abstimmung zur Reform der Ausbildung auf dem 17. DPT in Hannover

17. DPT: Auftrag für eine Gesetzesinitiative

Im November 2010 stimmten zwei Drittel der Delegierten des 17. Deutschen Psychotherapeutentages für die Details einer Reform der Psychotherapeutenausbildung, die der BPTK-Vorstand unter Mitwirkung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und -stätten ausgearbeitet hatte. Die Vorschläge waren zuvor einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren unterzogen und auf einem Ausbildungsgipfel am 26. Oktober erörtert worden. Die Delegierten forderten den Vorstand auf, sich für eine entsprechende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch in dieser Legislaturperiode einzusetzen.

Die Vorschläge im Detail:

- Die Regelungen des Psychotherapeutengesetzes basieren auf Eckpunkten einer postgraduierten, verfahrensorientierten Psychotherapeutenausbildung. Die konkreten Details werden in einer Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychTh-ApprO) festgeschrieben.
- Ausbildungsziel ist der Beruf „Psychotherapeut“, dessen Kompetenzprofil in der Approbationsordnung definiert ist. Die von Angehörigen dieses Berufes ausgeübte Heil-

kunde umfasst neben der Diagnostik und Behandlung auch Prävention und Rehabilitation.

- Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sind ein abgeschlossener Bachelor- und Masterstudiengang oder gleichwertige Studiengänge, deren erforderliche Inhalte ebenfalls in der Approbationsordnung festgelegt werden. Von den so definierten Eingangsqualifikationen können Leistungen im Umfang von etwa einem Studiensemester nach dem Studienabschluss an einer Hochschule oder staatlich anerkannten Ausbildungsstätte nachgeholt werden.
- Bei Vorliegen der Eingangsqualifikationen und Nachweis von Praktika (die studienbegleitend abgeleistet werden können) kann die Zulassung zum schriftlichen Teil der Staatsprüfung über die theoretischen Grundkenntnisse erfolgen. Diese Kenntnisse können bereits während des Studiums, aber auch zum Teil während der postgradualen Ausbildung erworben werden.
- Nach bestandener Prüfung wird staatlicherseits eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis erteilt, wenn ein Vertrag über ein laufendes Ausbildungsverhältnis mit einer anerkannten Ausbildungsstätte vorliegt. Diese eingeschränkte Behandlungserlaubnis ist Voraussetzung für das Absolvieren der Praktischen Ausbildung und berech-

Die dritte Bundeskonferenz PiA spricht sich für eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung aus. Die größte Priorität in der Debatte um die Ausbildungsreform hat für die PiA-Vertreter die Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen, die Sicherung einer angemessenen Vergütung ihrer Tätigkeiten und die Schaffung eines gesicherten berufsrechtlichen Status während der Ausbildung.

Der 16. DPT beschließt nach zweijähriger intensiver Diskussion mit großer Mehrheit eine grundlegende Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die Eckpunkte waren von Delegierten und Vorstand in intensiven Gesprächen konsentiert worden.

tigt zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten unter Aufsicht oder Supervision im Rahmen des Ausbildungsverhältnisses und zum Führen der Bezeichnung „Psychotherapeut in Ausbildung“.

- Die Ausbildung gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil und hat mit 4.200 Stunden denselben Umfang wie die heutige PP- oder KJP-Ausbildung. Beide Teile beinhalten einen einheitlichen Teil für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und einen besonderen Teil zum Behandlungsschwerpunkt Erwachsene oder Kinder und Jugendliche.
- Die Praktische Ausbildung besteht aus zwei Teilen und orientiert sich an einem Lernzielkatalog (in einer Anlage zur PsychThApprO). Die Praktische Ausbildung I dauert mindestens ein Jahr mit 1.200 tatsächlich geleisteten Stunden in stationären oder teilstationären Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt werden. Mindestens sechs Monate mit 600 Stunden müssen auf eine psychiatrische Einrichtung entfallen.
- Die Praktische Ausbildung II ist die Ausbildung in dem zu erlernenden Vertiefungsverfahren und umfasst mindestens 700 Stunden Krankenbehandlung in einer Einrichtung, in der psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden. Mindestens die Hälfte der Behandlungsstunden ist in der ambulanten Versorgung zu erbringen.
- Die theoretische Ausbildung umfasst mindestens 600 Stunden und erstreckt sich im Umfang von 100 Stunden auf erweiterte Grundkenntnisse für die psychotherapeutische Tätigkeit und im Umfang von 500 Stunden auf Spezialkenntnisse in einem wissenschaftlich anerkannten, psychotherapeutischen Verfahren.
- Am Ende der Ausbildung erfolgt eine mündliche Prüfung über die weitergehenden Grundkenntnisse und das Vertiefungsverfahren. Anschließend kann eine Approbation als Psychotherapeut erteilt werden, die berufsrecht-

lich zur Ausübung von Psychotherapie mit allen Altersgruppen befugt.

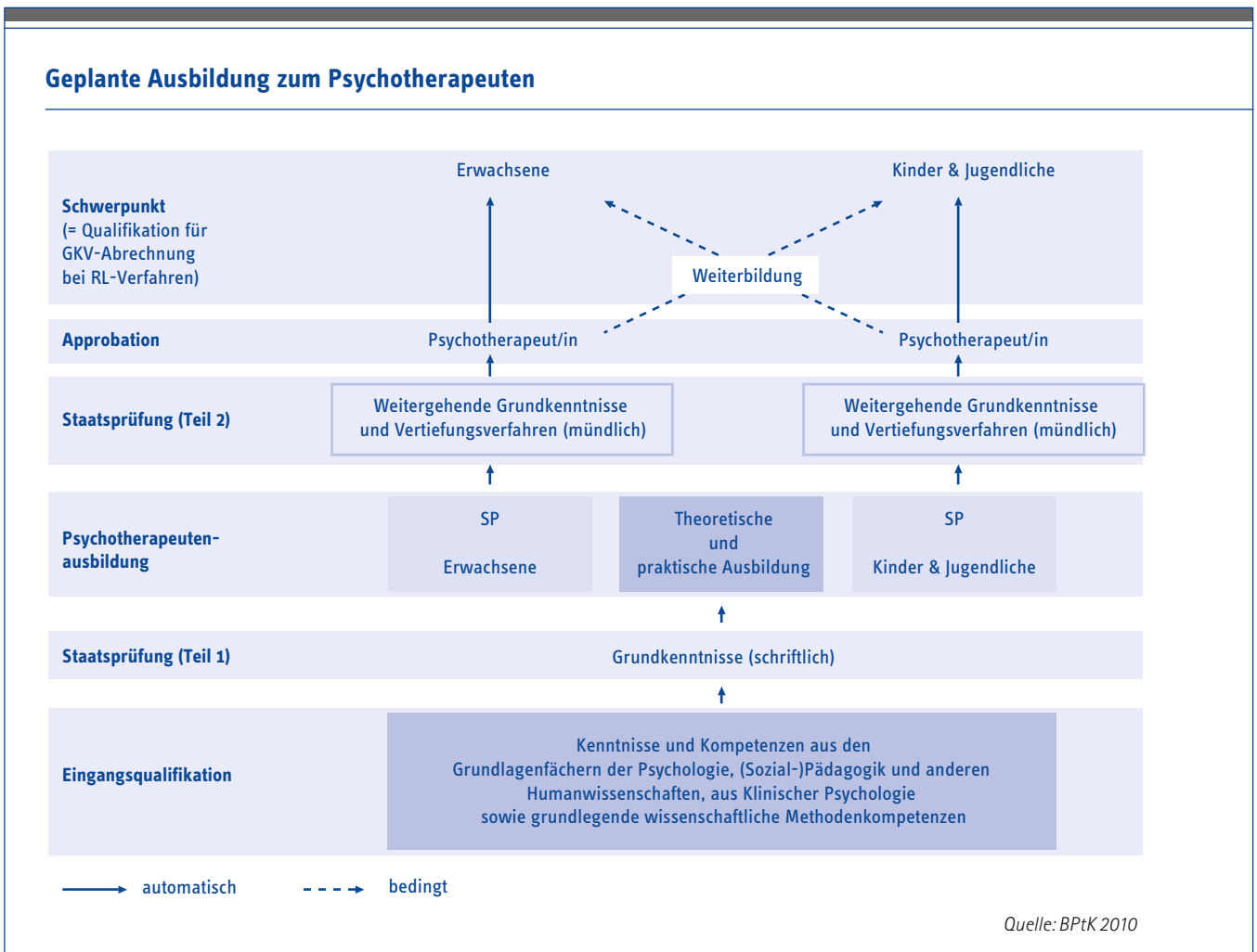
- Bei vertiefter Ausbildung in einem Richtlinienverfahren sind die Voraussetzungen für die Abrechnung von Behandlungen in dem Verfahren und dem gewählten Altersbereich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt und auf Antrag kann die Eintragung in das Arztregister erfolgen. Durch Weiterbildung kann die Fachkunde für die jeweils andere Altersgruppe erworben werden.
- Übergangsregelungen sehen vor, dass PP automatisch die Bezeichnung „Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene“ und bei Vorlage der Fachkunde für Kinder und Jugendliche auch die Schwerpunktbezeichnung „Kinder und Jugendliche“ führen können. KJP können nach einem Anpassungslehrgang die Bezeichnung „Psychotherapeut mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ führen. Darauf aufbauend können sie als neue Option über eine Weiterbildung die Schwerpunktbezeichnung „Erwachsene“ erwerben. Ausbildungsteilnehmer und Studierende können die Ausbildung nach den heute gültigen Vorschriften im Laufe von zehn Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen abschließen.
- Eine Erprobungsklausel ermöglicht in Modellstudiengängen alternative Ausbildungskonzepte zum Psychotherapeuten.

Umsetzung der Beschlüsse des 17. DPT

Im Dezember 2010 legte die BPTK Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler ihren abgestimmten Gesetzesvorschlag zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vor. Für die konkreten Ausbildungsdetails wurde der Entwurf einer Approbationsordnung beigefügt. Mit den Repräsentanten der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften und des Fachbereichstages Soziale Arbeit sind Gespräche über die Details für eine angemessene Umsetzung der Beschlüsse des 16. DPT zu den Eingangsqualifi-

Bundesregierung stellt in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 17/3153) zwar einen erheblichen Änderungsbedarf in der Ausbildung von PP und KJP fest, vor einer Gesetzesinitiative müsse allerdings die Frage der künftigen Ausbildungsstruktur nochmals vertieft diskutiert werden.

Auf einem Ausbildungsgipfel in Berlin diskutieren Psychotherapeuten die Details einer Reform ihrer Ausbildung, die der Vorstand der BPTK auf Basis der vom 16. DPT beschlossenen Eckpunkte unter Mitwirkung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsstätten ausgearbeitet hat.



kationen der postgradualen Psychotherapeutenausbildung begonnen worden. Das Bundesministerium für Gesundheit diskutiert bisher weiterhin die Frage, ob die heutige postgraduale Ausbildung nicht durch eine psychotherapeutische Direktausbildung (Psychotherapiestudium) ersetzt werden könne. Nach Einschätzung der Psychotherapeutenchaft fehlt es an einem erprobten Konzept, wie dabei die mit dem Psy-

chotherapeutengesetz geschaffenen hohen Qualifikationsniveaus gewährleistet werden können. Die BPtK-Vorschläge zeigen zudem, dass die mit einer Ausbildungsreform verbundenen Ziele auch ohne einen derart starken Eingriff in die Hochschullandschaft mit ungewissem Ausgang erreicht werden. Damit gibt es für die BPtK keine Gründe mehr, die notwendige Reform weiter aufzuschieben.

Über zwei Drittel der Delegierten des 17. DPT stimmen für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung, wie sie der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegt hatte. Sie fordern den Vorstand auf, sich in der Politik für eine entsprechende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) noch in dieser Legislaturperiode einzusetzen.

BPtK und Landespsychotherapeutenkammern haben Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und seinen Länderkollegen einen Gesetzesvorschlag zur Novellierung des PsychThG übergeben. Die vorgeschlagenen Regelungen stellen das Masterniveau als bundeseinheitliche Eingangsqualifikation für die Psychotherapeutenausbildung sicher und ermöglichen eine angemessene Vergütung der Arbeit von Ausbildungsteilnehmern.

Weiterbildung und Zusatzqualifikation

Im Mai 2006 beschlossen die Delegierten des 8. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) mit großer Mehrheit eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Diese hat neben dem Paragrafenteil ausschließlich eine Weiterbildungsregelung für den Bereich „Klinische Neuropsychologie“ zum Gegenstand. Die Diskussion zu möglichen weiteren Weiterbildungsbereichen, zu denen die damalige Weiterbildungskommission erste Vorschläge unterbreitet hatte, war zunächst vertagt worden. Auf dem 9. DPT wurde hierzu von der Kommission ein ergänzender Bericht einschließlich eines Pro- und Contra-Papiers zu einer Weiterbildung in „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, in den „wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren“ und in „Klinischer Somatopsychologie“ eingebracht. Nach kurzer Diskussion wurde der Tagesordnungspunkt erneut vertagt. Auf dem 10. DPT konnte das Thema Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung aufgrund der Dauer der Vorstandswahlen nicht mehr behandelt werden. Auf dem 11. DPT wurde der Vorstand der BpTK damit beauftragt, den Stand der Umsetzung der verabschiedeten Fort- und Weiterbildungsordnungen in den einzelnen Landespsychotherapeutenkammern zu erfassen und zu evaluieren, inwieweit sich die vom DPT verabschiedeten Musterordnungen als Instrument der Harmonisierung bewährt haben, und zu prüfen, ob weiterer Handlungsbedarf besteht. Auf dem 12. DPT berichtete der BpTK-Vorstand über den aktuellen Stand der Umsetzung der MWBO in den Landespsychotherapeutenkammern. Zugleich wies Prof. Dr. Rainer Richter auf die neue Rechtslage durch eine zwei-

schonzeitlich erfolgte Änderung der Psychotherapie-Richtlinie hin. Danach sei jetzt eine Zulassung neuer eigenständiger Psychotherapiemethoden möglich. Voraussetzung dafür sei, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zuvor die Methode in einem Anwendungsbereich wissenschaftlich anerkannt hat und den Nutzen, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit positiv bewertet hat. Dann sei es auch erforderlich, die Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung der Psychotherapiemethode festzulegen. Wenn es hierzu keine bundeseinheitliche Weiterbildungsregelung gebe, würde die Definition der Qualifikationsvoraussetzungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages erfolgen. Nach intensiver Diskussion wurde der Vorstand der BpTK vom 12. DPT beauftragt, dem 13. DPT weitere Weiterbildungsbereiche vorzuschlagen.

Im Nachgang führte der Vorstand der BpTK eine Befragung bei den Psychotherapeutenkammern und Berufs- und Fachverbänden durch. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Befragung empfahl er dem 13. DPT die Einrichtung von drei Spezialkommissionen mit einem Prüfauftrag zu den Themen „Qualitätsmanagement, Psychoonkologie und Psychotraumatologie“. In der anschließenden Diskussion wurde u. a. vorgeschlagen, die Diskussionen nicht auf Fragen der Weiterbildung zu beschränken, sondern alle Optionen einer vertieften Qualifikation einzuschließen. Im Anschluss beschloss der 13. DPT die Einrichtung der Kommission „Zusatzqualifizierung“ und gab dieser den Auftrag, zunächst die kontroversen Posi-

Kommission „Zusatzqualifizierung“

Name

Martin Klett (Sprecher der Kommission)

Dr. Bruno Waldvogel (Sprecher der Kommission)

Dr. Andrea Benecke

Jörg Hein

Dr. Josef Könning

Barbara Lubisch

Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Psychotherapeutenkammer

Baden-Württemberg

Bayern

Rheinland-Pfalz

Hessen

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Vertreterin des Vorstandes der BpTK

gewählt auf dem 13. Deutschen Psychotherapeutentag am 15. November 2008

Weiterbildung in den Ländern

Die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vom 13. Mai 2006 wurde inzwischen in acht von zwölf Landespsychotherapeutenkammern rechtskräftig umgesetzt. Eine entsprechende Weiterbildungsordnung wurde von der Psychotherapeutenkammer Berlin bereits im Jahr 2007 beschlossen, bislang jedoch noch nicht vom Senat genehmigt. Zwei Kammern haben Regelungen über den Bereich Klinische Neuropsychologie hinaus.

Psychotherapeutenkammer	Weiterbildungsordnung	Bereiche
Baden-Württemberg	ja	Klinische Neuropsychologie
Bayern	nein	keine
Berlin	beschlossen, aber noch nicht genehmigt	Klinische Neuropsychologie
Bremen	ja	Klinische Neuropsychologie
Hamburg	nein	keine
Hessen	ja	Klinische Neuropsychologie Gesprächspsychotherapie Systemische Therapie
Niedersachsen	ja	Klinische Neuropsychologie
Nordrhein-Westfalen	ja	Klinische Neuropsychologie
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	ja	Klinische Neuropsychologie
Rheinland-Pfalz	ja	Neuropsychologische Psychotherapie Psychodiabetologie Spezielle Schmerzpsychotherapie Psychoanalyse Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Verhaltenstherapie Gesprächspsychotherapie Systemische Therapie
Saarland	ja	Klinische Neuropsychologie
Schleswig-Holstein	nein	keine

tionen zur MWBO aufzubereiten und als Diskussionsgrundlage den Delegierten vorzulegen.

Die Kommission „Zusatzqualifizierung“ führte zunächst eine systematische Sichtung der bestehenden Weiterbildungen und Fortbildungscurricula der Psychotherapeutenkammern und der Fachgesellschaften durch. Zusätzlich wurden auch die Musterweiterbildungsordnungen anderer akademischer Heilberufe dahingehend geprüft, zu welchen Bereichen und mit welchen Wirkungen dort Regelungen festgelegt worden sind. Darüber hinaus wurde der Justiziar der BpTK, Dr. Martin Stellpflug, gebeten, die Auflistung der verschiedenen Pro- und Contra-Argumente nochmals zu aktualisieren. Als Ergebnis ihrer Arbeit legte die Kommission dem 16. DPT einen 60seitigen Bericht vor. Darin geht die Kommission auf die spezifischen Argumente hinsichtlich einer Regelung der Qualifikation in Psychotherapieverfahren, sozialrechtlich anerkannten

Anwendungsformen, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiemethoden und weiteren Bereichen ein. Der Bericht der Kommission konnte jedoch aus zeitlichen Gründen auf dem 16. DPT nicht ausführlich behandelt werden. Stattdessen bot die Kommission an, ein schriftliches Anhörungsverfahren zum Bericht durchzuführen. Die daraufhin eingegangenen Rückmeldungen der Landespsychotherapeutenkammern wurden von der Kommission geprüft und in einem ergänzenden schriftlichen Bericht zum 17. DPT berücksichtigt. Auch auf dem 17. DPT wurde die Vorstellung und Diskussion des Berichts aus zeitlichen Gründen vertagt. Diese erneute Vertagung wurde vom Vorstand der BpTK zum Anlass genommen, den Landespsychotherapeutenkammern eine Erweiterung des 18. DPT um eine dreistündige Sondersitzung zur Diskussion des Berichts der Kommission „Zusatzqualifizierung“ vorzuschlagen, was eine breite Zustimmung erfuhr.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) besteht nach § 11 Psychotherapeutengesetz in der gutachterlichen Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren. Da die Gutachten des WBP nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. April 2009 einem antizipierten Sachverständigengutachten gleichkommen, haben sie einen maßgeblichen Einfluss auf die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten. Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiative bestimmte Fragen der Psychotherapieforschung auf.

Der WBP wird gemeinsam von BPTK und Bundesärztekammer getragen. Bis Ende 2008 war die Geschäftsstelle des WBP bei der BPTK. Diese wechselte für die dritte Amtsperiode zur Bundesärztekammer. Nachdem Prof. Dr. Gerd Rudolf mit Ende der zweiten Amtsperiode ausgeschieden war, wurde Prof. Dr. Manfred Cierpka zum alter-

nierenden Vorsitzenden des WBP gewählt. Prof. Dr. Dietmar Schulte war zu Beginn der 3. Amtsperiode in seinem Amt als alternierender Vorsitzender bestätigt worden. Er ist zum 31. März 2011 von seinen Ämtern im WBP zurückgetreten. Als Nachfolger als alternierender Vorsitzender wurde Prof. Dr. Günter Esser gewählt.

Wichtige Beratungsthemen im WBP waren die Erstellung und Weiterentwicklung des Methodenpapiers des WBP, das Gutachten zur Systemischen Therapie, welche vom WBP als Vertiefungsverfahren sowohl für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) empfohlen wurde, die Ergänzungen zu der Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie und zum Gutachten zur Neuropsychologischen Therapie, die Förderung der Psychotherapieforschung und die Operationalisierung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden. Zur vertieften Befassung mit diesen Themen hatte der WBP jeweils Arbeitsgruppen gebildet.

Ferner besteht eine gemeinsame Arbeitsgruppe von WBP und Gemeinsamen Bundesausschuss, um über angemessene Anpassungen der Regelungen des Bewertungsverfahrens beider Gremien zu beraten. Hierbei erkennen Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie und Gemeinsamer Bundesausschuss an, dass ihre jeweiligen Vorgehensweisen zur Beurteilung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie unterschiedlichen Zwecken dienen und daher teilweise unterschiedlichen Kriterien folgen. Aktuell hat der WBP einen Antrag zur Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen angenommen.

WBP-Stellungnahmen und Gutachten 2007 bis 2011

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Version 2.6, am 8. Oktober 2007

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Version 2.7, am 9. Juli 2009

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Version 2.8, am 20. September 2010

Ergänzung zum Gutachten des Beirats
zur Neuropsychologischen Therapie
vom 8. Juni 2000, am 31. Januar 2008

Ergänzung der Stellungnahme
zur Psychodynamischen Psychotherapie
vom 11. November 2004, am 30. Juni 2008

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung
der Systemischen Therapie
am 14. Dezember 2008

Link: <http://www.wbpsychotherapie.de/>

Mitgliederentwicklung

Die Zahl der Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern ist von 2006 bis 2009 um elf Prozent gestiegen. Stichtag für diese Angaben, die über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht werden, ist jeweils der 31. Dezember, wobei die Zahl für 2010 noch nicht vorliegt. Ein Blick auf die Zahl der Absolventen der Psychotherapeutenausbildungen lässt aber erwarten, dass sich der positive Trend bei der Zahl der Mitglieder auch in 2010 fortgesetzt hat. 2010 legten 1.450 Absolventen erfolgreich die schriftliche Staatsprüfung ab, 1.081 die Prüfung in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und 369 in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

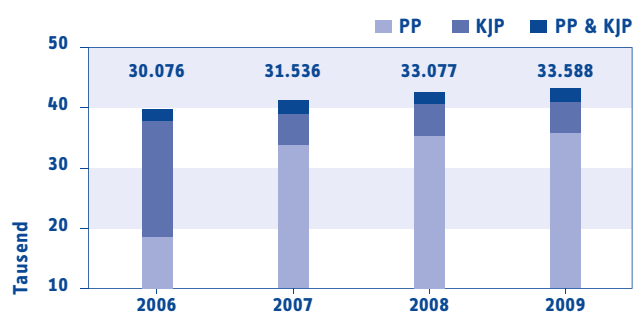
77 Prozent der Mitglieder der Psychotherapeutenkammern sind PP, 16 Prozent KJP und sieben Prozent haben beide Approbationen. Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten arbeitete 2009 in einer psychotherapeutischen Praxis (55 Prozent), 15 Prozent waren in einer „sonstigen ambulanten Einrichtung“ beschäftigt. In diese Kategorie fallen nach der Einteilung des Statistischen Bundesamtes eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen, wie z. B. Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch kranke Menschen und Behinderte. Ein weiteres gutes Fünftel der Psychotherapeuten ist in Krankenhäusern tätig (18 Prozent), jeder zwanzigste in einer Rehabilitationseinrichtung (5,5 Prozent).

Viele Gesundheitsberufe sind traditionell „Frauenberufe“. Dies gilt zunehmend auch für die akademischen Heilberufe. Mehr als zwei Drittel aller PP und KJP sind Frauen. Ihr Anteil stieg von 2006 bis 2009 um zwei Prozent auf 67,3 Prozent – Tendenz weiter steigend. In den unteren Altersgruppen ist der Frauenanteil deutlich größer als in den oberen und bei den Studiengängen, die Voraussetzung für eine Psychotherapeutenausbildung sind, sind etwa drei Viertel der Studierenden weiblich.

Wie die anderen Heilberufe steht auch die Psychotherapeutenchaft vor einem Generationenwechsel. Der Altersdurchschnitt der Psychotherapeuten lag 2009 bei 53,2 Jahren.

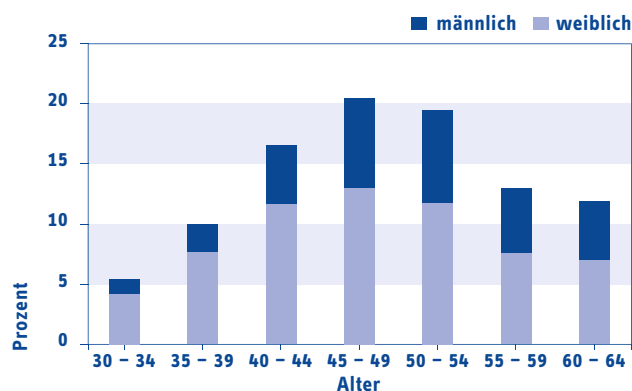
Die Zusammensetzung der Teilnehmer zur schriftlichen Staatsprüfung gibt einen Eindruck von der künftigen akademischen Qualifikation der Psychotherapeuten. Von den

Mitgliederentwicklung 2006 - 2009



Quelle: BPTk 2010

Mitgliederentwicklung



Quelle: BPTk 2010

Prüfungsteilnehmern haben 83 Prozent ein Psychologiestudium abgeschlossen, 14 Prozent ein Pädagogik- oder Sozialpädagogikstudium und drei Prozent ein anderes Studium. Setzt man dazu die Zahl der Absolventen der entsprechenden Studiengänge vor fünf Jahren in Beziehung, absolvieren etwa 36 Prozent der Absolventen eines Psychologiestudiums anschließend erfolgreich eine Psychotherapeutenausbildung und zwei bis drei Prozent der Absolventen eines Studiums der Sozialen Arbeit oder (Sozial-)Pädagogik.

Bundesdelegierte des Deutschen Psychotherapeutentages (Delegierte des 17. DPT am 13.11.2010)

Name	Psychotherapeutenkammer
Jürgen Doeberth	Baden-Württemberg
Marianne Funk	Baden-Württemberg
Friedrich Gocht	Baden-Württemberg
Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Martin Klett	Baden-Württemberg
Kerstin Lutz	Baden-Württemberg
Dr. Dietrich Munz	Baden-Württemberg
Michael Reisch	Baden-Württemberg
Mareke de Brito Santos-Dodt	Baden-Württemberg
Günter Ruggaber	Baden-Württemberg
Dr. Roland Straub	Baden-Württemberg
Rolf Wachendorf	Baden-Württemberg
Rudi Bittner	Bayern
Ellen Bruckmayer	Bayern
Klemens Funk	Bayern
Gerda B. Gradl	Bayern
Peter Lehndorfer	Bayern
Dr. Nikolaus Melcop	Bayern
Albrecht Stadler	Bayern
Thomas Stadler	Bayern
Dr. Klaus Stöhr	Bayern
Dr. Heiner Vogel	Bayern
Silke von der Heyde	Bayern
Angelika Wagner-Link	Bayern
Benedikt Waldherr	Bayern
Dr. Bruno Waldvogel	Bayern
Heinrich Bertram	Berlin
Dr. Renate Degner	Berlin
Martina Drust	Berlin
Dorothee Hillenbrand	Berlin
Pilar Isaac-Candeias	Berlin
Michael Krenz	Berlin
Prof. Dr. Armin Kuhr	Berlin
Anne A. Springer	Berlin
Christoph Stöblein	Berlin
Dr. Manfred Thielen	Berlin
Dr. Isabel Bataller	Bremen
Axel Janzen	Bremen
Karl Heinz Schrömgens	Bremen
Christel Kock	Hamburg
Gerda Krause	Hamburg
Heike Peper	Hamburg
Petra Rupp	Hamburg

Name	Psychotherapeutenkammer
Kerstin Sude	Hamburg
Ulrich Wirth	Hamburg
Christian Alte	Hessen
Dr. Frank R. Deister	Hessen
Jürgen Hardt	Hessen
Jörg Hein	Hessen
Dr. Friedhelm Jung	Hessen
Thomas Merz	Hessen
Dr. Ulrich Müller	Hessen
Helga Planz	Hessen
Wilfried Schaeben	Hessen
Marion Schwarz	Hessen
Stefanie Brida	Niedersachsen
Rüdiger Bückmann	Niedersachsen
Dr. Eva Busch	Niedersachsen
Gertud Corman-Bergau	Niedersachsen
Heiner Hellmann	Niedersachsen
Jörg Hermann	Niedersachsen
Dr. Josef Könning	Niedersachsen
Werner Köthke	Niedersachsen
Prof. Dr. Eric Leibing	Niedersachsen
Bertke Reiffen-Züger	Niedersachsen
Cornelia Beeking	Nordrhein-Westfalen
Matthias Fink	Nordrhein-Westfalen
Uschi Gersch	Nordrhein-Westfalen
Dr. Wolfgang Groeger	Nordrhein-Westfalen
Gebhard Hentschel	Nordrhein-Westfalen
Karl-Otto Hentze	Nordrhein-Westfalen
Gerd Hoehner	Nordrhein-Westfalen
Monika Konitzer	Nordrhein-Westfalen
Barbara Lubisch	Nordrhein-Westfalen
Anni Michelmann	Nordrhein-Westfalen
Bernhard Moors	Nordrhein-Westfalen
Peter Müller-Eikermann	Nordrhein-Westfalen
Andreas Pichler	Nordrhein-Westfalen
Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider	Nordrhein-Westfalen
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen
Hermann Schürmann	Nordrhein-Westfalen
Dr. Walter Ströhm	Nordrhein-Westfalen
Sabine Unverhau	Nordrhein-Westfalen
Ferdinand von Boxberg	Nordrhein-Westfalen
Andreas Wilser	Nordrhein-Westfalen
Martina Bahnsen	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Helga Ingrid Bernt	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Steffen Dauer	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Jürgen Golombek	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Thomas Guthke	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Heidi Krüger	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frank Massow	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Johannes Pabel	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Gregor Peikert	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Ragna Richter	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Wolfram Rosendahl	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Volker Schmidt	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dietmar Schröder	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Johannes Weisang	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Margitta Wonneberger	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dieter Best	Rheinland-Pfalz
Jutta Enggruber	Rheinland-Pfalz
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill	Rheinland-Pfalz
Hans-Jochen Weidhaas	Rheinland-Pfalz
Joachim Jentner	Saarland
Katja Klohs	Saarland
Bernhard Morsch	Saarland
Detlef Deutschmann	Schleswig-Holstein
Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Dorothee Katz	Schleswig-Holstein
Bernhard Schäfer	Schleswig-Holstein
Jürgen Staack	Schleswig-Holstein

Versammlungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage (DPT)

Name	Psychotherapeutenkammer	Teilnahme an
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen	10. bis 17. DPT
Inge Berns	Niedersachsen	10. bis 15. DPT
Bertke Reiffen-Züger	Niedersachsen	16. bis 17. DPT
Gerd Hoehner	Nordrhein-Westfalen	10. bis 17. DPT

Vorstandsbeauftragte

Gebührenordnungsfragen: **Dieter Best**

Akutversorgung im Notfall: **Werner W. Wilk**

Psychosoziale Notfallversorgung – Konsensusprozess 2007 bis 2010:

Dr. Jens T. Kowalski, Dr. Christoph Kröger, Werner W. Wilk

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“: **Prof. Dr. Thomas Bock**

Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“: **Prof. Dr. Monika Hasenbring**

Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE): **Hermann Schürmann**

Gesundheitsziele.de „Gesund älter werden“: Prof. Dr. Susanne Zank

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen:

Arbeitsgruppe 3: Anforderungen an die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen – Aus-,

Weiter- und Fortbildung: Dr. Klaus Lang

Arbeitsgruppe 4: Entwicklungsperspektiven und Forschung: PD Dr. Martin Fegg

Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Name	Psychotherapeutenkammer
Marion Schwarz (Sprecherin des Ausschusses)	Hessen
Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Alfred Krieger	Hessen
Frank Massow	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Rolf Mertens	Nordrhein-Westfalen
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen
Peter Lehndorfer	Vertreter des Vorstandes der BPTK

gewählt auf dem 11. Deutschen Psychotherapeutentag am 10. November 2007

Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“

Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Heiner Vogel (Sprecher des Ausschusses)	Bayern
Johannes Broil	Nordrhein-Westfalen
Wolfgang Dube	Nordrhein-Westfalen
Jürgen Golombek	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Thomas Merz	Hessen
Dr. Dietrich Munz	Vertreter des Vorstandes der BPTK

gewählt auf dem 11. Deutschen Psychotherapeutentag am 10. November 2007

Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Hermann Schürmann (Sprecher der Kommission)	Nordrhein-Westfalen
Dr. Thomas Guthke	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Bernhard Morsch	Saarland
Dr. Roland Jürgen Straub	Baden-Württemberg
Silke von der Heyde	Bayern
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	Vertreterin des Vorstandes der BPTK

gewählt auf dem 11. Deutschen Psychotherapeutentag am 10. November 2007

Kommission „Zusatzqualifizierung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett (Sprecher der Kommission)	Baden-Württemberg
Dr. Bruno Waldvogel (Sprecher der Kommission)	Bayern
Dr. Andrea Benecke	Rheinland-Pfalz
Jörg Hein	Hessen
Dr. Josef Könnig	Niedersachsen
Barbara Lubisch	Nordrhein-Westfalen
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	Vertreterin des Vorstandes der BPTK

gewählt auf dem 13. Deutschen Psychotherapeutentag am 15. November 2008

Kommission „Auswirkungen der Telematik auf die psychotherapeutische Tätigkeit“

Name	Psychotherapeutenkammer
Hans Bauer (Sprecher der Kommission)	Hessen
Helga Planz	Hessen
Johannes Pabel	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Bernhard Morsch	Saarland
Peter Lehndorfer	Vertreter des Vorstandes des BPTK

Vorstandskommission (mit Beschluss vom 11. März 2008)

Finanzausschuss

Name	Psychotherapeutenkammer
Hans Bauer (Vorsitzender des Ausschusses)	Hessen
Renate Hannak-Zeltner (bis 2007)	Baden-Württemberg
Heinz-Jürgen Pitzing (seit 2008)	Baden-Württemberg
Rudi Bittner	Bayern

Sprecher der Bundeskonferenz „Psychotherapeuten in Ausbildung“

Name	Psychotherapeutenkammer	Von ... bis ...
Frank Mutert	Bayern	2008 - 2009
Kerstin Sude (Stellvertreterin)	Hamburg	2008 - 2009
Jürgen Tripp	Nordrhein-Westfalen	2009 - 2010
Christiane Götze (Stellvertreterin)	Bayern	2009 - 2010
Florian Hänke	Berlin	2010 - 2011
Judith Seha (Stellvertreterin)	Nordrhein-Westfalen	2010 - 2011

gemäß Beschluss des 11. DPT am 10. November 2007

Renate Mrazek (bis 2007)	Berlin
Michael Krenz (2008 bis 2009)	Berlin
Dorothee Hillenbrand (seit 2010)	Berlin
Uwe Klein	Bremen
Heike Peper	Hamburg
Gertrud Corman-Bergau (bis 2009)	Niedersachsen
Joachim Lagerspets (seit 2010)	Niedersachsen
Gerd Hoehner	Nordrhein-Westfalen
Ragna Richter	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Manfred Kießling	Rheinland-Pfalz
Irmgard Jochum	Saarland
Detlef Deutschmann	Schleswig-Holstein
Dr. Dietrich Munz	Vertreter des Vorstandes der BPtK

Länderrat

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett	Baden-Württemberg
Dr. Nikolaus Melcop	Bayern
Michael Krenz	Berlin
Karl Heinz Schrömgens	Bremen
Petra Rupp (bis 06/2009)	Hamburg
Gabriela Küll (seit 10/2009)	Hamburg
Jürgen Hardt	Hessen
Dr. Lothar Wittmann (bis 01/2010)	Niedersachsen
Gertrud Corman-Bergau (seit 07/2010)	Niedersachsen
Karl-Wilhelm Hofmann (bis 06/2009)	Nordrhein-Westfalen
Hermann Schürmann (seit 10/2009)	Nordrhein-Westfalen
Dr. Wolfram Rosendahl	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Ilse Rohr (bis 06/2009)	Saarland
Bernhard Morsch (seit 10/2009)	Saarland
Dr. Oswald Rogner (bis 07/2007)	Schleswig-Holstein
Juliane Dürkop (seit 10/2007)	Schleswig-Holstein
Helga Planz*	KJP-Vertreterin, Hessen
*Stellvertreterin: Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Marion Schwarz**	KJP-Vertreterin, Hessen
**Stellvertreter: Matthias Fink	Nordrhein-Westfalen

Landespsychotherapeutenkammern

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg · <http://www.lpk-bw.de>

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten · <http://www.ptk-bayern.de>

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
im Land Berlin · <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de>

Psychotherapeutenkammer Bremen · <http://www.lpk-hb.de>

Psychotherapeutenkammer Hamburg · <http://www.ptk-hamburg.de>

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen · <http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de>

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen · <http://www.pk-nds.de>

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen · <http://www.ptk-nrw.de>

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer · <http://www.opk-info.de>

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz · <http://www.lpk-rlp.de>

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes · <http://www.ptk-saar.de>

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein · <http://www.pksh.de>

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie – 3. Amtsperiode

Für die BPTK: Prof. Dr. Rainer Richter

Von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandte Mitglieder:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Dietmar Schulte (alternierender Vorsitzender)	AE Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. Jürgen Esser	Klinisches Institut für Psychologie, Universität Potsdam
Prof. Dr. Thomas Fydrich	Abt. Psychotherapie und Somatopsychologie, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin
Prof. Dr. Siegfried Gauggel	Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, RWTH Aachen
Prof. Dr. Falk Leichsenring	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Gießen
Prof. Dr. Bernhard Strauß	Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena

Von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandte Stellvertreter:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Jochen Eckert	Instituts für Psychotherapie, Universität Hamburg
Prof. Dr. Nina Heinrichs	Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Abt. für Psychologie, Universität Bielefeld
Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt	Institut für Sexualforschung u. Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Günter Reich	Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsmedizin, Georg-August-Universität Göttingen
Prof. Dr. Kirsten von Sydow	Psychologische Hochschule Berlin
Dr. Eberhard Windaus	Freie Praxis, Frankfurt am Main

Für die Bundesärztekammer: Dr. Cornelia Goesmann**Von der Bundesärztekammer entsandte Mitglieder:**

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Manfred Cierpka (alternierender Vorsitzender)	Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Gereon Heuft	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Münster
Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl	Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Klaus Lieb	Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz
Prof. Dr. Michael Linden	Leitender Arzt des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow
Prof. Dr. Renate Schepker	Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am ZfP Weissenau, Ravensburg

Von der Bundesärztekammer entsandte Stellvertreter:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Manfred Beutel	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz
Prof. Dr. Harald-Jürgen Freyberger	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im Hanse-Klinikum Stralsund
Prof. Dr. Wolfgang Herzog	Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Kai von Klitzing	Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne	Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, LMU München
Prof. Dr. Ulrich Schweiger	Stellv. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Geschäftsstelle der BPtK	
Name	Bereich
Dr. Christina Tophoven	Geschäftsführung
Dr. Thomas Bär	Versorgungsforschung, Spezifische Versorgungslösungen, Leitlinien
Timo Harfst	Ambulante psychotherapeutische Versorgung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Leitlinien
Dr. Johannes Klein-Heßling	Psychotherapeutenausbildung, Kinder und Jugendliche, Prävention
Dominique Krause	Telematik, Krankenversicherung, Administration
Johannes Schopohl	Berufs- und Sozialrecht, Sozialpolitik, Patientenrechte
Dr. Tina Wessels	Krankenhaus, Neue Versorgungsformen, Leitlinien
Judith Scheide	Assistentin der Geschäftsführung
Andrea Richter	Sekretariat
Petra Müller	Sekretariat
Kay Funke-Kaiser	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Dr. Angelika Kiewel	Europa
Dr. Martin H. Stellpflug	Justiziar

Mitgliedschaften der BPtK in Organisationen	
DNVF e.V. – Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.	seit 2010
ebm-Netzwerk – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin	seit 2009 (Fördermitglied)
BFB – Bundesverband der Freien Berufe	seit 2004
bvpg – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.	seit 2004
BMC – Bundesverband Managed Care e.V.	seit 2004
GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.	seit 2004

