

*Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,*

*die Corona-Epidemie zwingt uns umzudenken. Wir müssen Wege finden, unsere Patient*innen weiter zu versorgen, ohne sie oder uns selbst dem Ansteckungsrisiko auszusetzen. Der verstärkte Einsatz von Video- oder telefonischer Behandlung bietet uns hier technisch gute Möglichkeiten. Wir werden sie intensiv nutzen müssen, um im Kontakt mit unseren Patient*innen bleiben zu können. Für uns alle verändert sich mit der Epidemie der Alltag wesentlich.*

*Wir wissen nicht, wie lange die Epidemie noch dauern wird, und wir wissen auch nicht, was sie uns allen noch abverlangen wird. Dies geht weder an unseren Patient*innen noch an uns Psychotherapeut*innen vorbei. Dies wird auch Thema in den Behandlungen sein. Gesellschaftliche Krisen haben dort ihren Widerhall.*

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Jens Spahn und seine unzulängliche Digitalisierung Die Pläne des Gesundheitsministers zu ePA und Gesundheits-Apps

Jens Spahn ist ein tatkräftiger Gesundheitsminister, der dafür steht, dass in der Politik nicht nur geredet, sondern auch gehandelt wird und Probleme gelöst werden. Bei dieser Zielstrebigkeit gerät ihm aber manchmal die Genauigkeit und Ausgereiftheit der gesetzlichen Vorlagen aus dem Blick. Für ihn geht mitunter Tempo vor Sorgfalt. Das aber gefährdet Patient*innen und ihre Gesundheit.

Beispiel 1: Die elektronische Patientenakte

Mit dem Entwurf eines „Patientendatenschutzgesetzes“ konkretisiert Jens Spahn, wie die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) gestaltet werden soll. Ihre Einführung ab 2021 war von Anfang an ein sehr ehrgeiziges Ziel. Doch eines stand immer außer Frage: Jede Versicherte* sollte frei ent-

scheiden können, ob sie die ePA nutzt und welche Daten sie darin digital speichern und freigeben möchte. Das heißt: Es sollte sichergestellt sein, dass die Versicherte* die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten hat.

Dann stellte sich jedoch heraus, dass die Gematik, die die ePA entwickelt, nicht in der Lage ist, bis 2021 ein „differenziertes Berechtigungsmanagement“ der digitalen Akte zu ermöglichen. Dies ist notwendig, damit die Versicherte* entscheiden kann, welche Daten sie im Einzelnen für wen freigeben möchte. Doch der Minister wollte sich von solchen Problemen bei der Einführung der ePA nicht aufhalten lassen. Deshalb plant er jetzt, mit einer unzulänglichen ePA zu starten. Die Versicherten sollen ein Jahr lang nur eine eingeschränkte Autonomie über ihre Patientenakte erhalten. So lange können sie nicht entschei-

den, welche Dokumente im Einzelnen von wem eingesehen werden können.

Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen jedoch die Möglichkeit haben, im Einzelnen darüber zu entscheiden, wer zum Beispiel von einer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder mit einem Antidepressivum erfährt. Nur ein pauschales Ja oder Nein zur Freigabe von Daten aus der Patientenakte geben zu können ist ein Unding. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) warnt Menschen mit psychischen Erkrankungen deshalb davor, die ePA vorerst zu nutzen. Sie erfüllt bislang nicht die Mindeststandards, die zum Schutz der Patient*innen notwendig sind. Dazu gehört, dass die Patient*innen die Hoheit über die Daten haben, die in der Akte gespeichert werden. Nicht jede Leistungserbringer*in sollte auf alle Infor-

BPTK-Dialog

Psychotherapeutische Versorgung
während der Corona-Epidemie
Seite 3

BPTK-Fokus

BPTK-Konzept zur
Komplexversorgung
Seite 4/5

BPTK-Inside

BPTK-Round-Table: Digitalisierung
und Psychotherapie
Seite 7

mationen zugreifen dürfen, wenn dies die Patient*in nicht ausdrücklich wünscht. Patient*innen sollten dies auf diejenigen beschränken können, die an der Behandlung ihrer psychischen Erkrankungen beteiligt sind. Da dies bisher nicht sichergestellt ist, rät die BPTK davon ab, Informationen über psychische Erkrankungen in der ePA zu speichern.

Mit seiner unausgereiften Lösung gefährdet der Bundesgesundheitsminister grundlegend die Akzeptanz der elektronischen Patientenakte. Der versprochene Datenschutz und die notwendige Datenhoheit der Patient*innen haben auf dem politischen Rangierbahnhof nichts zu suchen. Jens Spahn setzt sich dem Verdacht aus, im Zweifel den Schutz der Patient*innen nicht ernst genug zu nehmen.

Beispiel 2: Gesundheits-Apps

Der Markt für Gesundheits-Apps ist bereits jetzt unüberschaubar. Für Verbraucher*innen und Patient*innen ist nicht zu beurteilen, welche digitalen Gesundheitshelfer nützlich sind und welche nicht. Die Hersteller versprechen viel. Ob ihre Produkte diese Versprechen einlösen können, kann die Verbraucher*in aber meist nicht beurteilen. Wenn es um die Gesundheit geht, benötigt die Patient*in jedoch den Schutz durch die Qualitätsstandards in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheit ist kein beliebiges Gut. Bei Arzneimitteln prüfen deshalb staatliche Stellen und die Selbstverwaltung, ob diese wirken, ob sie Nebenwirkungen haben und ob sie wirtschaftlich und sicher sind.

Grundsätzlich war es deshalb eine gute Idee, für Gesundheits-Apps ein staatlich geprüftes Online-Verzeichnis einzuführen, in dem jede* nachschlagen kann, welche Gesundheits-Apps nachweislich sicher und wirksam sind. Mit seiner Rechtsverordnung zu „digitalen Gesundheitsanwendungen“ wollte der Gesundheitsminister jetzt regeln, wie dieser Nachweis zu erfolgen hat. Auch dabei ging ihm allerdings Tempo vor Sorgfalt. Um die möglichst schnelle und breite Verwendung von digitalen Produkten im Gesundheitssystem zu fördern, werden notwendige Prüfungen der Wirksamkeit und Datensicherheit vernachlässigt. Bei diesen Produkten werden gesetzliche Standards abgesenkt, die für die Prüfung von Arzneimitteln gelten. Dort gilt der Grundsatz: Keine Zulassung eines Arzneimittels ohne ausreichenden Nachweis der Wirksamkeit.

Bei digitalen Gesundheitsprodukten soll dies nicht mehr gelten. Sie sollen zugelassen und verordnet werden können, bevor ein ausreichender Nachweis der Wirksamkeit vorliegt. Ihre Hersteller sollen die Belege nachliefern können. Damit macht Jens Spahn Patient*innen zu Versuchskaninchen. Sie erhalten möglicherweise Mittel zur Behandlung ihrer psychischen Erkrankungen, die ihre Gesundheit gefährden. Damit nicht genug: Die Rechtsverordnung stellt außerdem nicht sicher, dass die Gesundheits-Apps ausreichend geprüft werden. Dafür wäre es unerlässlich, digitale Produkte, die zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden sollen, in klinischen Studien mit Kontrollgruppen zu prüfen. Das aber regelt die Rechtsverordnung nicht.

Die BPTK hält aber solche Vorgaben für unbedingt notwendig. Denn bei psychischen Krankheiten können selbst unwirksame digitale Gesundheitsprodukte Patient*innen gefährden. Wenn eine Patient*in therapeutische Übungen macht, die gar nicht oder zu wenig wirken, bleibt die Behandlung möglicherweise nicht nur erfolglos. Die nutzlosen Übungen können zum Beispiel bei depressivem Patienten*innen den Eindruck verstärken, ihrer Erkrankung hilflos ausgeliefert zu sein. Diese Hilflosigkeit kann bei depressiv kranken Menschen so stark sein, dass sie zu spät um Hilfe fragen. Für sie ist es bereits eine erhebliche Anstrengung, sich trotz überwältigender Gefühle der Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Nutzen sie aber eine Gesundheits-App und ist diese wirkungslos, kann der depressiv kranke Mensch noch weiter in seiner Hilflosigkeit versinken. Misserfolge durch nutzlose Apps untergraben die Therapiemotivation und können zu einer substanzialen Verschlechterung der Erkrankung führen.

Eine Absenkung oder ein Nachliefern des Wirksamkeitsnachweises bei Gesundheits-Apps ist deshalb aus Sicht der BPTK nicht zu rechtfertigen. Die Versicherte* darf bei digitalen Gesundheitsprodukten nicht einem erhöhten Risiko ausgesetzt werden. Die Erprobung eines Mittels zur Behandlung einer Erkrankung erst nach der Zulassung widerspricht allen bisherigen Standards zum Schutz der Versicherten.

Datenschutz

Der Gesundheitsminister verzichtet in seiner Rechtsverordnung darauf, ausreichende Standards für den Schutz von Patientendaten festzulegen. Geplant ist, dass Herstellerangaben als Nachweis für Datenschutz und Datensicherheit ausreichen, die dann nicht überprüft werden. Die Hersteller müssen keine vorgeschriebenen Zertifikate einreichen, um bestimmte Standards bei der Datensicherheit zu belegen. Eigene Prüfungen durch das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind in der Verordnung nicht vorgesehen.

Auch mit seiner unausgereiften Rechtsverordnung zu digitalen Gesundheitsprodukten gefährdet der Minister sein gesamtes digitales Projekt. Eine Integration von Gesundheits-Apps in die Gesundheitsversorgung ist, ohne einen ausreichenden Schutz der Patientendaten auf höchstmöglichen Niveau, schlichtweg nicht zu verantworten.



BPTK-DIALOG

Dr. Dietrich Munz

Interview mit Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Epidemie

Psychisch kranke Menschen brauchen auch während der Corona-Epidemie weiter eine psychotherapeutische Versorgung. Psychotherapie findet aber in der Regel von Angesicht zu Angesicht statt. Ist dies überhaupt möglich?

*Sicher, insbesondere solange weder Patient*innen noch Psychotherapeut*innen irgendwelche Symptome für Atemwegserkrankungen haben. Dann ist es zwar notwendig, dass ein ausreichender Abstand von ein bis zwei Metern eingehalten, auf das Händeschütteln verzichtet, die Husten- und Niesetikette beachtet wird und z. B. Türklinken regelmäßig desinfiziert werden. Dies sind die gesundheitlichen Vorsichtsmaßnahmen, die jederzeit gelten. Sie ermöglichen aber auch, weiter Patient*innen in der Praxis zu sehen, zu beraten und zu behandeln.*

Was ist, wenn die Patient*in Kontakt zu einer Corona-Erkrankten hatte oder selbst erkrankt ist?

*Dann besteht die Möglichkeit, die Behandlung online per Videotelefonat fortzuführen. Diese Möglichkeit war bis vor kurzem noch stark begrenzt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben jedoch noch Mitte März beschlossen, diese Begrenzungen der Videobehandlung aufzuheben. Die neue Regelung gilt vorläufig ab dem 1. April für das II. Quartal 2020. Wir begrüßen diese Entscheidung sehr, weil sie es überhaupt erst ermöglicht, die psychotherapeutische Versorgung auch für Patient*innen, die sich in Quarantäne befinden, sicherzustellen. Wenn der Patient*in aber kein Videotelefonat möglich ist, sollte auch die Behandlung per Telefon möglich sein. Beides ist wichtig, weil sich bei einem Teil der Patient*innen ohne Behandlung die psychischen Erkrankungen verschlimmern oder chronifizieren können.*

Was ist, wenn eine Corona-Patient*in sich so stark in einer akuten Krise befindet, dass ein Videotelefonat nicht reicht?

*Zunächst einmal sind Akutbehandlungen weiterhin von der Videobehandlung ausgenommen. Das ist ein Unding. Gerade diese Patient*innen brauchen unbedingt Beratung und Behandlung. Dies muss noch ermöglicht werden. Aber zu Ihrer Frage: Was ist, wenn dies nicht reicht? Ein unmittelbarer Kontakt zwischen einer coronakranken Patient*in gefährdet auch die Psychotherapeut*in und damit die psychotherapeutische Versorgung aller anderen ihrer Patient*innen. Denkbar wäre noch eine Behandlung im Schutzzanzug. Doch für eine Behandlung in Schutzkleidung fehlt es aber zum einen in den Praxen an Atemschutzmasken und Schutzkleidung. Zum anderen stellt sich aber auch die Frage, ob ein Gespräch mit einer Psychotherapeut*in in Alienverkleidung der Patient*in tatsächlich hilft. Für diese Patient*innen wäre es unbedingt notwendig, per Telefon und Video möglichst viel psychotherapeutische Unterstützung aus der Ferne anbieten zu können.*

Was ist mit der psychotherapeutischen Sprechstunde und den probatorischen Gesprächen? Muss die Diagnostik nicht eigentlich immer im unmittelbaren Kontakt durchgeführt werden?

*Grundsätzlich ist das so. Die Diagnostik einer psychischen Erkrankung muss grundsätzlich von Angesicht zu Angesicht stattfinden, damit überhaupt ein vollständiger, auch nicht-visueller Eindruck von der Patient*in möglich ist. Die Corona-Epidemie schafft hier jedoch Notlagen bei den Patient*innen, die wir lösen müssen. Wir können in einer solchen weltweiten Epidemie die Patient*innen nicht allein lassen. Deshalb ist es in dieser noch nie dagewesenen Ausnahmesituation*

notwendig, auf die Videobehandlung zurückzugreifen, wenn sonst keine psychotherapeutische Versorgung möglich ist. Die BPTK hält es daher für notwendig, befristet Sprechstunden und probatorische Gespräche per Video in begründbaren Einzelfällen zu ermöglichen.

Welche Hilfen bieten Sie Ihren Kolleg*innen, um Sie in dieser Situation zu unterstützen?

*Wir informieren fortwährend über den Stand der Entwicklungen auf unserer Homepage. Für die Behandlung per Videotelefonat haben wir bereits im November 2019 einen BPTK-Ratgeber herausgegeben. Darin ist auch ein Kapitel enthalten, das jetzt ganz wichtig wird: „Was muss ich bei der Praxisorganisation beachten?“. Darin werden Fragen beantwortet wie: „Was ist ein zertifizierter Videodienstleister? Welche technische Ausstattung ist notwendig? In welchen Räumen ist eine Videobehandlung möglich?“. Außerdem enthält sie eine Information für Patient*innen und Sorgeberechtigte.*

Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen Konzept der BPTK für ein ambulantes Versorgungsangebot

Schwer psychisch kranke Patient*innen bedürfen häufig einer intensiven und multiprofessionellen Versorgung. Eine solche Unterstützung und Behandlung durch Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen, Soziotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen erhöht für die chronisch Kranken erheblich die Chance, möglichst stabil und ohne krisenhafte Krankenhauseinweisungen in einer eigenen Wohnung leben zu können. Bislang gab es weder ambulant noch stationär ein solches Versorgungsangebot.

Nachdem der Gesetzgeber zunächst den Krankenhäusern ermöglicht hat, ihre ambulante Versorgung zu erweitern, um stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen („stationsäquivalente Behandlung“), will er jetzt ein neues intensives Versorgungsangebot im ambulanten Sektor schaffen. Der Gesetzgeber hat dazu den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 ein solches Angebot in einer Richtlinie zu regeln. Er soll insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf „eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“ ermöglichen. Der G-BA kann weiterhin den Behandlungsbedarf diagnoseorientiert und leitliniengerecht konkretisieren.

Dabei hat der Gesetzgeber die Rolle der Psychotherapeut*innen bei der Koordination der Versorgung gestärkt. Sie erhalten auch die Befugnis, häusliche psychiatrische Krankenpflege und Ergotherapie zu verordnen. Um nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine nahtlose ambulante Weiterbehandlung zu erleichtern, wird es den niedergelassenen Psychotherapeut*innen zudem ermöglicht, noch während der stationären Behandlung diagnostische Termine (Probatorik) im Krankenhaus durchzuführen.

Auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hatte in seinem letzten Gutachten vorgeschlagen, intensive multimodale Angebote im ambulanten Bereich zu fördern. Er hatte zudem kritisiert, dass entgegen den Erwartungen die Psychotherapie im Krankenhaus meist nicht intensiver ausfällt als in der ambulanten Versorgung. Stationäre Behandlungen könnten vermieden werden, wenn es ambulant gut aufeinander abgestimmte intensivere Versorgungsangebote gäbe.

Aus Sicht der BPTK ist es zentral, dass die neue Richtlinie so ausgestaltet wird, dass die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auch flächendeckend gelingt, in strukturschwachen ländlichen Regionen genauso wie in Großstädten. Um das zu gewährleisten, müssen verschiedene Fragen geklärt werden, wie beispielsweise „Wer genau gehört zu den schwer psychisch kranken Patient*innen, die die neue Komplexbehandlung erhalten?“, „Welche psychotherapeutischen, psychiatrischen und welche weiteren Leistungen gehören dazu?“, „Wer soll die Koordination übernehmen?“ und „Welche Qualitätsanforderungen müssen die Anbieter der neuen Leistung erfüllen?“.

Definition der Patient*innen

Aus Sicht der BPTK kann bei der Definition der Patient*innen, die Anspruch auf die Komplexbehandlung haben, nicht allein auf die Diagnose abgestellt werden. Zusätzlich ist auch die „Beeinträchtigung ihrer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Teilhabe“, unter der Patient*innen aufgrund der psychischen Erkrankungen leiden, zu berücksichtigen. Diese könnte beispielsweise über das psychosoziale Funktionsniveau erfasst werden, das bereits bei der Verordnung von Soziotherapie oder der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege festgestellt werden muss. Aber auch die Anzahl von stationären Aufenthalten innerhalb eines Zeitraums, weitere psychische Komorbiditäten oder die Dauer von Krankschreibungen aufgrund der psychischen Erkrankung können geeignete Kriterien sein, die einen Anspruch auf die neuen Leistungen begründen.

Definition von Leistungen

Im Bereich der psychotherapeutischen Leistungen stellt sich dabei die Frage, welche zusätzlichen Leistungen neben Einzelpsychotherapien, Akutbehandlungen oder Gruppenpsychotherapien, wie sie durch die Psychotherapie-Richtlinie bereits definiert sind, notwendig sind. Denkbar wären beispielsweise Intensiv-Psychotherapien (z. B. bei Patient*innen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung), diagnosespezifische Psychoedukation im Gruppensetting und Angehörigengruppen. Wesentlich wären auch die Möglichkeiten, Patient*innen in ihren Wohnungen zu behandeln („aufsuchende Behandlung“).

BPTK-**FOKUS**

Bei der psychiatrischen Behandlung wären neben medikamentösen Behandlungen je nach Indikation auch weitere somatische, nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren wie z. B. Lichttherapie zu berücksichtigen.

Darüber hinaus können „weitere zu veranlassende Leistungen“ die Komplexbehandlung ergänzen. Hierzu zählen insbesondere häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Selbsthilfeangebote oder Genesungsbegleitung sowie medizinische Rehabilitation, Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe, stufenweise Wiedereingliederung oder ergänzende tagesstrukturierende Maßnahmen durch gemeindepsychiatrische Angebote.

Definition der Leistungsanbieter*innen

Aus Sicht der BPTK sollte das Kernteam, das eine ambulante Komplexbehandlung in einer verbindlichen Kooperation anbietet, aus Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen bestehen, im Falle von Kindern und Jugendlichen entsprechend aus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychiater*innen. Kooperationsbeziehungen sollten ferner zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund, einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, der angegliederten Psychiatrischen Institutsambulanz und bei jungen Menschen auch zur Jugendhilfe bestehen.

Darüber hinaus sind weitere Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen und Leistungserbringer*innen wünschenswert, wie beispielsweise Soziotherapeut*innen, Erbringer*innen von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege, Ergotherapeut*innen, Genesungsbegleiter*innen oder Selbsthilfestrukturen. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, ob die jeweiligen Strukturen und Angebote flächendeckend verfügbar sind. Sonst wäre nicht zu gewährleisten, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unabhängig von ihrem Wohnort eine Komplexbehandlung angeboten werden kann.

Die Behandlungskoordination sollte entsprechend der Präferenz der Patient*innen und der Behandlungsbeziehung, die bereits zu einer Psychotherapeut*in oder einer Psychiater*in bestehen, erfolgen. Diese ist dann verantwortlich, die erforderlichen Behandlungen zu veranlassen und zwischen den beteiligten Berufsgruppen abzustimmen.

Qualitätsanforderungen an die Verbünde

An die Anbieter*innen von Komplexbehandlungen sollten strukturelle und prozedurale Anforderungen gestellt werden. Hierzu zählen insbesondere Standards des Eingangsassessments und der Verlaufserfassung sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder regelmäßigen Fallbesprechungen.

Ausblick

Angesichts der engen gesetzlichen Frist ist zu prüfen, ob in der Richtlinie zunächst nur die Komplexbehandlung von Erwachsenen geregelt wird. Diese könnte zu einem späteren Zeitpunkt um eine Komplexbehandlung für Kinder und Jugendliche ergänzt werden. Grundsätzlich ist auch ein modularer Aufbau der Richtlinie vorstellbar, der beispielsweise für verschiedene Erkrankungen unterschiedliche Ausgestaltungen der Komplexbehandlung und eine entsprechende sukzessive Weiterentwicklung der Richtlinie zulässt. Entscheidend wird dabei jedoch sein, dass die initiale Patientengruppe nicht zu eng definiert wird. Schließlich müssen sich für die Anbieter*innen die Aufwendungen in Vernetzungen, Weiterentwicklungen des Leistungsangebots und Prozessentwicklungen rentieren können.

Wie viele Psychotherapeut*innen brauchen Psychiatrie und Psychosomatik? BPTK zum Auftrag an den G-BA

Psychiatrische Krankenhäuser leiden unter einem erheblichen Personaldefizit und sind nicht in der Lage, ihre Patient*innen leitliniengerecht zu versorgen. Insbesondere herrscht ein struktureller Mangel an Psychotherapie, da die gegenwärtigen Personalschlüssel nahezu unverändert auf der völlig veralteten Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) basieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) war 2019 nicht dazu in der Lage, ein sachgerechtes Reformkonzept für eine Personalausstattung, die eine leitliniengerechte Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik ermöglicht, vorzulegen. Deshalb hat der Gesetzgeber reagiert und ihn per Gesetz verpflichtet, bis zum 30. September dieses Jahres, die Personalausstattungs-Richtlinie für Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) um Vorgaben für die Anzahl der Psychotherapeut*innen je Klinikbett zu ergänzen.

Auch der Gesetzgeber dringt also darauf, die stationäre psychotherapeutische Versorgung endlich zu verbessern. Psychotherapeut*innen sollen gemäß ihrem Stellenwert in Psychiatrie und Psychosomatik sowie ihrem Kompetenz- und Aufgabenprofil in den Personalschlüsseln für die Kliniken berücksichtigt werden. Dies verlangt zudem eine deutliche Erhöhung der für Psychotherapie vorgesehenen Minutenwerten pro Patient*in und Woche.

Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen verantworten bereits heute wesentliche Aufgaben in der stationären Versorgung. Sie übernehmen in den Kliniken de facto Behandlungsführung und -verantwortung. Ihr Kompetenz- und Aufgabenprofil unterscheidet sich grundlegend von dem der „Psycholog*innen“ der Psych-PV. Dass die Psych-PV nur Psycholog*innen kannte, ist verständlich, da der Heilberuf der Psychotherapeut*in erst nach ihrem Inkrafttreten 1990 geschaffen wurde. Dass der G-BA aber die Psychotherapeut*innen in der PPP-Richtlinie einfach unter der Berufsgruppe der Psycholog*innen subsummiert und damit beide Kompetenzprofile gleichsetzt, ist fachlich disqualifizierend.

Psychotherapeut*innen verfügen anders als Psycholog*innen über eine Approbation und werden während ihrer Ausbildung umfassend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen qualifiziert. In der ambulanten Versorgung verfügen sie über Facharztstatus und übernehmen eigenverantwortlich die Behandlung ihrer Patient*innen. Sie haben die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation sowie zur Verordnung von Krankenfahrten

und zur Einweisung in das Krankenhaus. Im September 2020 erhalten sie zudem die Befugnisse zur Verordnung von Ergotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Psychotherapeut*innen bieten damit ein umfassendes Kompetenzprofil.

Jetzt geht es darum, die De-facto-Verantwortung, die Psychotherapeut*innen in Psychiatrie und Psychosomatik schon jetzt übernehmen, auch in den Regelaufgaben der PPP-Richtlinie zu verankern. Die Berufsgruppe der „Psycholog*innen“ und zwar derjenigen Psycholog*innen, die weder über eine Approbation verfügen noch in Ausbildung zur Psychotherapeut*in sind, spielt aktuell nur noch eine geringe Rolle in den Kliniken. In der PPP-Richtlinie sollte es zukünftig deshalb nur noch die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen geben, zu der für eine Übergangszeit auch noch die Psycholog*innen gezählt werden können.

Mit der Verankerung der Psychotherapeut*innen in der PPP-Richtlinie ist es aber alleine nicht getan. Wesentlich für eine bessere Versorgung der Patient*innen ist daneben eine substanzielle Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie. Nur so ist eine leitliniengerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen in der stationären Versorgung zu gewährleisten.

Aus Sicht der BPTK müssen die Personalvorgaben durchschnittlich mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Patient*in und Woche sowie 180 Minuten Gruppenpsychotherapie ermöglichen. Dabei sind diese Minutenwerte als rechnerische Größe zu verstehen. Umfang und Frequenz der einzelnen psychotherapeutischen Interventionen sind jeweils an den individuellen Bedarf der Patient*innen anzupassen. Bei Bedarf können sie z. B. auch in mehreren kürzeren Einzelgesprächen, als psychotherapeutische Kriseninterventionen oder in Kleingruppen erbracht werden.

Die Erhöhung der Minutenwerte für psychotherapeutische Leistungen kommt letztlich auch den Ärzt*innen zugute, die auch psychotherapeutisch arbeiten. Die Richtlinie sieht weiterhin eine Austauschbarkeit zwischen den beiden Berufsgruppen vor, um den Kliniken vor Ort genügend Flexibilität bei der Gestaltung ihres Personaltableaus zu geben. Das Mehr an Psychotherapie kann so von beiden Berufsgruppen erbracht werden.

BPTK-INSIDE



v. l. n. r.

Sabine Maur

Dr. Dietrich Munz

Prof. Dr. Johanna Böttcher

Dr. Nikolaus Melcop

Roman Rudyk

Technologischer Fortschritt und unrealistische Heilsversprechungen BPTK-Round-Table: Psychotherapie im Wandel

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird die psychotherapeutische Arbeit verändern. Die Verordnung von Gesundheits-Apps ist ebenso wie die Online-Behandlung per Video bereits rechtlich geregelt. Der Profession stellen sich dabei grundsätzliche Fragen, zum Beispiel „Wie wirken sich digitale Anwendungen auf das Verhältnis zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen aus?“, „Wie verändert sich die psychotherapeutische Versorgung durch die Digitalisierung?“, „Verändert die Digitalisierung das Selbstbild der Menschen und ihre Beziehungen zu anderen?“ und „Wie sieht das Berufsbild der Psychotherapeut*innen in Zukunft aus?“

Die BPTK hat deshalb am 22. Januar 2020 in Berlin den Round Table „Psychotherapie im Wandel – Digitalisierung und Psychotherapie“ veranstaltet, um diese Fragen in der Profession zu diskutieren.

BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz betonte, wie sehr das Thema die BPTK beschäftige. Im vergangenen Jahr habe insbesondere das Digitale-Versorgung-Gesetz im Vordergrund gestanden, mit dem Gesundheits-Apps in die Regelversorgung integriert wurden. Dabei sei erreicht worden, dass auch Psychotherapeut*innen künftig solche digitalen Produkte verordnen und in ihrer Behandlung einsetzen können.

Die Referate beschrieben den Einfluss der Digitalisierung auf die Patient*innen (Dr. Nikolaus Melcop, BPTK-Vizepräsident), die Chancen der Online-Psychotherapie, die psychotherapeutische Versorgung zu ergänzen (Prof. Dr. Johanna Böttcher, Psychologische Hochschule Berlin) sowie die verhaltenstherapeutische Sicht (Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz) und die psychodynamische Perspektive (Roman Rudyk, Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen) auf das Thema.

Diskussion

Die Teilnehmer*innen beschrieben verschiedene positive Anwendungsbeispiele digitaler Angebote aus ihren Praxisfeldern. Außerdem diskutierten sie, wie der Umgang mit neuen Medien in die Aus- und Weiterbildung integriert werden könnte, welche Haftungsfragen bei digitalen Angeboten für Psychotherapeut*innen in Zukunft relevant seien und wie spezifische Risiken von digitalen Angeboten adressiert werden könnten.

Als aktuelle Herausforderungen beim Einsatz digitaler Angebote wurde die oft fehlende Transparenz der Inhalte thematisiert sowie sich daran anschließende Fragen einer angemessenen Aufklärung. Kritisch diskutiert wurde zudem der Umgang mit Apps, die ver-

gleichsweise kurz auf dem Markt seien und die schnelle technische Weiterentwicklung, die häufig auch eine erneute Überprüfung der Datensicherheit erforderlich machten.

In der öffentlichen Debatte sei zudem zu hinterfragen, was es gesellschaftlich bedeute, wenn aufgrund technologischen Fortschritts unrealistische Heilsversprechungen gemacht würden. Einig war man sich in der Bedeutung des persönlichen Kontakts für die psychotherapeutische Versorgung und der Relevanz der therapeutischen Beziehung für die Psychotherapie, die auch beim Einsatz digitaler Anwendungen bestehen bleibe. Als Haltung der Profession sei es zentral, eine Diskussion über relevante Fragen der Digitalisierung in der Fachöffentlichkeit anzustreben. Es wurde betont, dass in der Profession zwar unterschiedliche Perspektiven auf die Digitalisierung bestehen, diese sich jedoch nicht widersprechen würden.

.....
Webbericht vom 11.03.2020:

www.bptk.de/technologischer-fortschritt-und-schnelle-heilsversprechungen/

ZUM SCHLUSS

Ab 1. September neue Approbationsordnung: Startschuss für neue Studiengänge

Am 1. September 2020 tritt die Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen in Kraft. Sie regelt insbesondere die Mindestinhalte und Strukturansforderungen an Bachelor- und Masterstudiengänge und die psychotherapeutische Prüfung für die Erteilung der Approbation nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung. Damit haben die Universitäten und Aufsichtsbehörden klare Vorgaben zur Gestaltung der Studiengänge, in denen Psychotherapeut*innen für die psychotherapeutische Heilkunde ausgebildet werden. Nach der Approbation haben die Absolvent*innen in der Weiterbildung einen Anspruch auf angemessene Bezahlung.

Wissenschaftliche und praktische Qualifizierung für die Breite des Berufsbildes

Voraussetzung für die neue Approbation ist der Abschluss eines dreijährigen Bachelor- und zweijährigen Masterstudiums und das Ablegen einer staatlichen, psychotherapeutischen Prüfung. Die Rechtsverordnung folgt dem Reformkonzept der Psychotherapeutenschaft und stellt nach der Bologna-Reform vor 20 Jahren wieder bundesweite Standards her. Sie sichert den Masterabschluss als Zugang zum Psychotherapeutenberuf und sorgt dafür, dass das Studium Kompetenzen für die Breite des akademischen Heilberufs vermittelt. Dazu gehören sowohl Wissenschaft als auch Praxis. Zu den Kompetenzen zählen auch die Entwicklung und Umsetzung von Innovationen. Inhalte des Studiums sind darüber hinaus die Prävention, Rehabilitation und Tätigkeiten in anderen institutionellen Kontexten. Außerdem verlangt die Approbationsordnung, dass im Studium die Behandlung aller Altersgruppen vom Säuglings- bis hin zum hohen Erwachsenenalter und die Vielfalt der Psychotherapieverfahren und -methoden gelehrt werden.

Umfassende Berufspraxis unter Anleitung von Psychotherapeut*innen

Von den 300 Leistungspunkten (ECTS) eines Bachelor- und Masterstudiums sind 180 ECTS für die hochschulische Lehre und Berufspraxis vorgesehen. Notwendige Bestandteile sind unter anderem 570 Stunden berufspraktische Einsätze im Bachelorstudium und 750 Stunden im Masterstudium. Allein im Masterstudium werden Präsenzzeiten von mindestens 600 Stunden in der (teil-)stationären und ambulanten Patientenversorgung gefordert. Das entspricht einem Praxissemester. Die Anforderungen an die fachliche Anleitung der Studierenden während der berufspraktischen Tätigkeiten wurde noch vom Bundesrat angehoben. Die Anleitung hat in diesen Ausbildungsabschnitten durch Psychotherapeut*innen mit einer

abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen mit entsprechender Fachkunde zu erfolgen.

Neue Maßstäbe der Qualifizierung für die psychotherapeutische Versorgung

Die Diagnostik psychischer Erkrankungen und die Behandlungsindikation sind Kernkompetenzen der psychotherapeutischen Heilkunde, die mit der Approbation beherrscht werden müssen, um qualifiziert beraten, Behandlungsempfehlungen aussprechen oder selbst behandeln zu können. Ihr Erwerb wird durch Bachelor- und Masterabschlüsse nachgewiesen. Die anschließende staatliche Prüfung besteht aus einer mündlich-praktischen Prüfung auf Grundlage selbst dokumentierter Behandlungsfälle und einer Parcoursprüfung mit Schauspielpatient*innen zur realitätsnahen Prüfung der Handlungskompetenzen.

Berufsbezeichnungen

Die Bezeichnung des Studienganges gibt die Approbation nicht vor. Absolvent*innen können deshalb neben der Berufsbezeichnung Psychotherapeut*in z. B. auch Master Psycholog*innen sein. In der Weiterbildung nach dem Studium erfolgt dann die Spezialisierung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen und für Psychotherapieverfahren. Auch die Behandlung der Folgen von Hirnschädigungen mit den Mitteln der neuropsychologischen Therapie wird eine von weiteren möglichen Spezialisierungen in der Weiterbildung sein.

Zeitnahes und bundesweites Studienplatzangebot

Die größte Herausforderung ist es, jetzt bundesweit ausreichende Studienplatzkapazitäten zu schaffen. Der Gesetzgeber geht von jährlich 3.600 Studienanfänger*innen im Bachelor und 2.800 Anfänger*innen im Masterstudium aus. Alle, die ab 1. September 2020 ein Studium mit der Absicht aufnehmen, Psychotherapeut*in zu werden, brauchen einen Studiengang, der den Anforderungen der Approbationsordnung entspricht. Psychologische Psychotherapeut*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in kann in einer Übergangsphase bis 2032 nur noch werden, wer vor Inkrafttreten das erforderliche Studium begonnen hat. In Härtefällen gilt diese Frist bis 2035.