

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2014

Dezember
2014

Deutscher Psychotherapeutentag: Klares Votum für Direktausbildung

Themen dieser Ausgabe:

- **Deutscher Psychotherapeutentag: Klares Votum für Direktausbildung**
 - **Die psychotherapeutische Sprechstunde im Versorgungsstärkungsgesetz**
 - **Präventionsgesetz - Forderungen der BPTK**
 - **BPTK-Dialog:**
Psychosenpsychotherapie in der ambulanten Praxis
Interview mit Dr. Natascha Bischoff
 - **BPTK-Fokus:**
Versorgungsstärkungsgesetz: 7.400 psychotherapeutische Praxen bedroht
 - **BPTK-Inside:**
Psychotische Erkrankungen sind Indikation für ambulante Psychotherapie
- PEPP - Anforderung an die nächsten Schritte*

Der 25. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat sich am 14. und 15. November 2014 mit einer Zweidrittelmehrheit für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung ausgesprochen. Nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau soll nach einem Staatsexamen die Approbation erteilt werden. In einer anschließenden Weiterbildung sollen Vertiefungen in wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren und -methoden sowie Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen eingerichtet werden.

„Die Profession hat damit ein klares Signal an die Politik gesendet, welche Reform der Psychotherapeutenausbildung sie noch in dieser Legislaturperiode für dringend erforderlich hält“, erklärt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Die Bundesregierung hatte in ihrem Koalitionsvertrag festgelegt, „das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung“ zu überarbeiten.

Im Vorfeld des DPT in München hatten knapp 5.000 Psychotherapeuten einen Abschluss auf Masterniveau für die Psychotherapeutenausbildung gefordert. Auch der DPT sah die Notwendigkeit, bis zum Inkrafttreten einer Reform des Psychotherapeutengesetzes sicherzustellen, dass nur noch Hochschulabsolventen zu den heutigen postgradualen Psychotherapeutenausbildungen zugelassen werden, die ihr Studium mit einem Diplom oder auf Masterniveau abgeschlossen haben. Das könnte für die Übergangszeit z. B. durch eine bundeseinheitliche Verwaltungspraxis der Länder sichergestellt werden.

Der DPT hielt eine Reform der Psychotherapeutenausbildung für dringend, um das Masterniveau, insbesondere für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zu sichern. Einen weiteren Grund sah er in dem ungesicherten Status der Psychotherapeuten in Ausbildung. Während der „Praktischen Tätigkeit“ im Krankenhaus haben diese keinen Vergütungsanspruch und werden je nach Klinik gar nicht oder nur höchst unzureichend vergütet.

Erst mit der Entscheidung für ein Direktstudium und anschließender Weiterbildung ist der Status der Psychotherapeuten während ihrer Qualifizierung geklärt. Psychotherapeuten in Weiterbildung haben eine Approbation und damit einen Vergütungsanspruch. Um die Qualität der Ausbildung beizubehalten, ist es aus Sicht des DPT notwendig, für die jetzigen Ausbildungsstätten ausreichende Übergangsfristen und eine angemessene Finanzierung zu sichern, sodass sie sich zu Weiterbildungsstätten entwickeln können.

Der dritte zentrale Grund für das sehr einhellige Votum für eine Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung war das von den Psychotherapeuten entwickelte Berufsbild. Aus Sicht der Psychotherapeuten erfordert es die Versorgung der Zukunft, dass Psychotherapeuten ihre Kompetenzen umfassend einbringen können, nicht nur in der ambulanten Versorgung, sondern auch im Krankenhaus, in der Rehabilitation und in der Jugendhilfe. Damit dies adäquat gelingen kann, muss es Aufgabe der Profession werden, ihr Kompetenzprofil über ihre Weiterbildungsordnungen zu gestalten.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz will die Bundesregierung auch die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Durch die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden sollen Patienten künftig schneller erfahren können, ob sie psychisch krank sind, und wenn ja, an wen sie sich zur weiteren Behandlung wenden können. Dies ist ein erster Schritt zu einer angemessenen Versorgung. Weitere müssen folgen, die mittelfristig auch das Berufsbild des Psychotherapeuten verändern werden. Psychotherapeuten werden sich noch stärker als heute zu einem Gestalter einer vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen entwickeln. Dies erfordert ein spezifisches Kompetenzprofil, das wir mit unserem Konzept einer Reform der Psychotherapeutenausbildung aufgreifen. Die Regierung plant nach ihrem Koalitionsvertrag dazu noch in dieser Legislaturperiode eine Reform des Psychotherapeutengesetzes. Nach der Richtungsentscheidung des 25. DPT sind wir guter Hoffnung, dass die Politik ihr Vorhaben jetzt auch umsetzt, denn es ist die andere Seite der Medaille, wenn es um die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen geht.

Herzlichst

Ihr Rainer Richter

Die psychotherapeutische Sprechstunde im Versorgungsstärkungsgesetz

Pressemitteilung der
BPtK vom 11.11.2014:
www.bptk.de

Das Bundesgesundheitsministerium will Versicherten einen schnelleren und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung verschaffen. Das ist ein ausdrückliches Ziel des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz), zu dem seit Oktober der Referentenentwurf vorliegt. Vor dem Hintergrund der bekannten langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz hat die Bundesregierung hierbei gerade auch die Versorgung psychisch kranker Menschen im Blick. Deshalb plant sie, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen, eine psychotherapeutische Sprechstunde einzuführen und entsprechend die Psychotherapie-Richtlinie zu ändern. Diese Sprechstunden sollen, so in der Begründung des Gesetzentwurfs, Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten verschaffen, ein Erstgespräch und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote sowie eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs ermöglichen.

Die BPtK hat diese Initiative des Gesetzgebers in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf sehr begrüßt. Die gegenwärtigen Zustände, dass Patienten in der Regel mehrere Monate auf ein Erstgespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten warten müssen, sind nicht länger tragbar. Damit die psychotherapeutische Sprechstunde jedoch die gewünschten Effekte erzielen kann, sollte der G-BA aus Sicht der BPtK konkretere Vorgaben für seine Arbeit bekommen.

Zeitnahe Indikation

Eine psychotherapeutische Sprechstunde war bereits eine der Kernforderungen des differenzierten Versorgungskonzepts

der BPtK, die nun vom Gesetzgeber aufgegriffen wurde. Die Sprechstunde ist dabei so zu organisieren und auszugestalten, dass Patienten kurzfristig den bzw. die erforderlichen Termine erhalten und im Ergebnis eine fachlich fundierte vorläufige Indikationsstellung ermöglicht wird. Ein Patient sollte nach Inanspruchnahme der Sprechstunde(n) wissen, ob er eine Einzel- oder Gruppentherapie oder vielleicht eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, die Unterstützung durch eine Beratungsstelle oder eventuell die Mitbehandlung durch einen Psychiater benötigt oder ob die Behandlung in einem Krankenhaus ratsam ist. Dies setzt auch einen Mindestumfang und einen transparenten, kurzfristigen Zugang zu den Sprechstundenangeboten voraus. Eine psychotherapeutische Sprechstunde mit diesem Zuschnitt kann Patienten schneller Gewissheit verschaffen, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Behandlung oder Interventionen angezeigt sind.

Differenzierung erforderlich

Dies reicht aber nicht aus. Die psychotherapeutische Versorgung sollte weiter differenziert werden. In der psychotherapeutischen Sprechstunde sollte es deshalb darüber hinaus möglich sein, Patienten mit subklinischen Symptomen, bei denen noch keine Behandlung notwendig ist, über präventive Angebote zu informieren. Außerdem sollten Patienten, die mit weniger intensiven Therapieangeboten hinreichend versorgt sind oder die aus Kapazitätsgründen auf eine Einzeltherapie warten müssen, psychoedukative Gruppen oder übende Interventionen angeboten werden können. Solche Angebote könnten auch dabei helfen, die negativen Auswirkungen der Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu verringern und Patienten auf eine erforderliche intensivere psychotherapeutische Behandlung vorzubereiten. Schließlich sollten

auch Leistungen der Rezidivprophylaxe und der kurzfristigen Intervention bei Rückfällen Teil des differenzierten Leistungsangebots sein.

Definition der Leistungen

Die BPtK hat deshalb vorgeschlagen, dass die zeitnahe Indikationsstellung als vorrangiges Ziel der Sprechstunde gesetzlich definiert wird. Diese Entscheidung, was bei einem Patienten angebracht ist, sollte auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik erfolgen. Die hierfür erforderlichen diagnostischen Leistungen sollten durch den G-BA als Bestandteil der Sprechstunde definiert werden. In der psychotherapeutischen Sprechstunde sollten ein Erstgespräch, fachlich notwendige Erstuntersuchungen, eine Anamnese, orientierende Erstdiagnostik und, falls erforderlich, eine psychotherapeutische Differenzialdiagnostik sowie eine individuelle Beratung über die indizierten Versorgungsangebote möglich sein.

Mehr Befugnisse erforderlich

Damit Psychotherapeuten für Patienten mit psychischen Erkrankungen eine umfassende Versorgung effektiver organisieren und verantworten können, hat die BPtK im Kontext des geplanten Gesetzes auch eine Aufhebung von Befugniseinschränkungen gefordert. Die BPtK schlägt hierzu vor, dass der G-BA in einem ersten Schritt seine Richtlinien zu Krankenhaus-einweisungen, Krankentransporten sowie für Soziotherapie und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend anpasst. Ferner soll der G-BA prüfen, in welchen Fällen Psychotherapeuten befugt sein sollten, Heilmittel wie Ergotherapie oder Logopädie zu verordnen. Eine begleitende Evaluation der finanziellen Auswirkungen soll belegen, dass es sich hierbei um notwendige und finanzierbare Anpassungen des Sozialrechts handelt.

Link:
www.bptk.de
>Publikationen
>BPtK-Standpunkt zum
Differenzierten
Versorgungskonzept

Psychosenpsychotherapie in der ambulanten Praxis Interview mit Dr. Natascha Bischoff

Der G-BA hat im Oktober 2014 die Indikationsbeschreibung für psychotische Erkrankungen in der Psychotherapie-Richtlinie angepasst. Welche Verbesserungen erwarten Sie für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit einer Schizophrenie?

Die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie sind ein großer Fortschritt. Ich erwarte, dass der Anteil der behandelten Patienten in den Praxen ansteigen wird. Einerseits können weitere Rückfälle oder Krankenhausaufenthalte vermieden werden, andererseits neu Erkrankte frühzeitig und besser behandelt werden. Die psychotherapeutische Behandlung in der Routineversorgung wird hoffentlich selbstverständlicher werden und die Hemmschwelle, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, wird für Betroffene und deren Angehörige herabgesetzt.

Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen bereits in der akuten Phase und bei Fortbestehen akuter psychotischer Symptome Psychotherapie anzubieten. Wie sieht die konkrete psychotherapeutische Arbeit in dieser Phase aus?

Die meisten Patienten in der ambulanten Versorgung befinden sich in der Stabilisierungs- oder Prodromalphase. Akute Symptome wie Wahn oder Halluzinationen treten dabei bei fast allen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlicher Ausprägung auf. Grundlegend ist die Gestaltung einer guten therapeutischen Beziehung. Besonders bei akuter Symptomatik sind spezifische motivationale Techniken erforderlich, um ein gemeinsames Arbeitsbündnis zu schaffen. Informationen über die Erkrankung sollen zur Entlastung führen. Gemeinsam werden dann Auslöser und aktuelle Belastungsfaktoren analysiert sowie individuelle Bewältigungsme-

thoden erarbeitet. Ziel ist es zudem, den Kontakt zu weiteren Behandlern anzubahnen und Angehörige, wenn vorhanden, zur Unterstützung mit einzubeziehen. Erfahrungsgemäß sind Patienten mit psychotischen Erkrankungen diejenigen, die sehr regelmäßig und zuverlässig zur Therapie kommen und zudem sehr dankbar sind, was die therapeutische Arbeit sehr befriedigend gestaltet.

Wie sieht die Kooperation in dem Netzwerk Psychosenpsychotherapie aus?

Seit 2007 treffen sich niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater sowie Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik aus dem Bezirk Neukölln dreimal im Jahr im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung zum Austausch anhand einer aktuellen Kasuistik. Durch die erhaltenen Zusatzinformationen und Perspektiven wird die therapeutische Arbeit optimiert. Die persönlichen Kontakte vereinfachen zudem in der alltäglichen Praxis die Zusammenarbeit. Dieses Engagement ist auch für die Betroffenen vertrauensfördernd.

Die medikamentöse Behandlung ist nicht bei allen Patienten mit einer Schizophrenie wirksam. Wegen erheblicher Nebenwirkungen kommt es zudem immer wieder vor, dass Patienten ihre Medikation wieder absetzen wollen. Wie gehen Sie in dem Netzwerk auf diese Patientengruppen ein?

Die Erhöhung der Medikamentencompliance ist ein wichtiger Bestandteil der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit. Die Betroffenen bringen Absetzversuche oder Nebenwirkungen oft nicht bei ihren Psychiatern, sondern in der Psychotherapie zur Sprache. Auch Symptomverschlechterungen werden häufig zuerst den Psychotherapeuten mitgeteilt. Zu-

dem kommen Patienten mit einer Prodromalsymptomatik bei einer Ersterkrankung meistens zunächst zum niedergelassenen Psychotherapeuten, der diese Symptome diagnostiziert und dann eine medikamentöse Behandlung empfehlen kann. Dank des Netzwerkes ist die Absprache über Medikamente vereinfacht. Manche Patienten lehnen sowohl eine medikamentöse als auch eine stationäre Behandlung ab. Bei ihnen ist eine qualifizierte psychotherapeutische Behandlung besonders indiziert, um eine Verschlechterung der Symptomatik zu mildern und die Motivation für Behandlungen zu erhöhen.

Schizophrene Erkrankungen nehmen bei vielen Patienten einen rezidivierenden oder chronischen Verlauf. Lassen sich solche Patienten dauerhaft ambulant versorgen?

Bei vielen schizophrenen Patienten, aber längst nicht bei allen, ist eine Inanspruchnahme des Höchstkontingentes notwendig. Sollte ein dauerhafter Unterstützungsbedarf notwendig sein, können derzeit Leistungen aus dem nicht-genehmigungspflichtigen Bereich (z. B. psychotherapeutisches Gespräch) abgerechnet werden. Darüber hinaus sollte gegen Ende der ambulanten Therapie eine Weiterbetreuung im niedrigschwelligen Bereich (Einzel-fallhilfe, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Betreuer, Soziotherapie) vorbereitet werden. Dieses ist jedoch in der Praxis oft nicht alleinig ausreichend und eine niedrigfrequente Weiterbehandlung nach Therapieabschluss wäre häufig sinnvoll. Diese Möglichkeit der Behandlung mit angemessener Vergütung ist leider weiterhin nicht gegeben. Begrüßenswert wäre zudem die Schaffung von abrechnungstechnischen Voraussetzungen für Angehörigengespräche und Psychoedukationsgruppen.



Dr. Natascha Bischoff

Niedergelassene Psychotherapeutin in Berlin. Sie arbeitet seit 2003 in der Versorgung von psychotischen Patienten.

BPtK-Fokus



Versorgungsstärkungsgesetz: 7.400 psychotherapeutische Praxen bedroht

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz plant die Bundesregierung, mehr als 7.400 psychotherapeutische Praxen stillzulegen. Der Referentenentwurf sieht vor, dass zukünftig eine psychotherapeutische Praxis grundsätzlich nicht mehr an einen Nachfolger vergeben werden „soll“, wenn diese Praxis in einer Region liegt, die als „überversorgt“ gilt.

Schon bisher „konnten“ die Zulassungsausschüsse solche Praxen stilllegen, mussten es aber nicht. Die Bundesregierung plant jetzt, aus dieser „Kann“-Regelung eine „Soll“-Regelung zu machen. Im juristischen Sinn heißt „Soll“ aber „Muss“, es sei denn, es liegt

betroffen wären die Bundesländer Hessen, Berlin und Bremen mit jeweils mehr als 40 Prozent der aktuell bestehenden Sitze (vgl. Abbildung).

Verlängerung der Wartezeiten

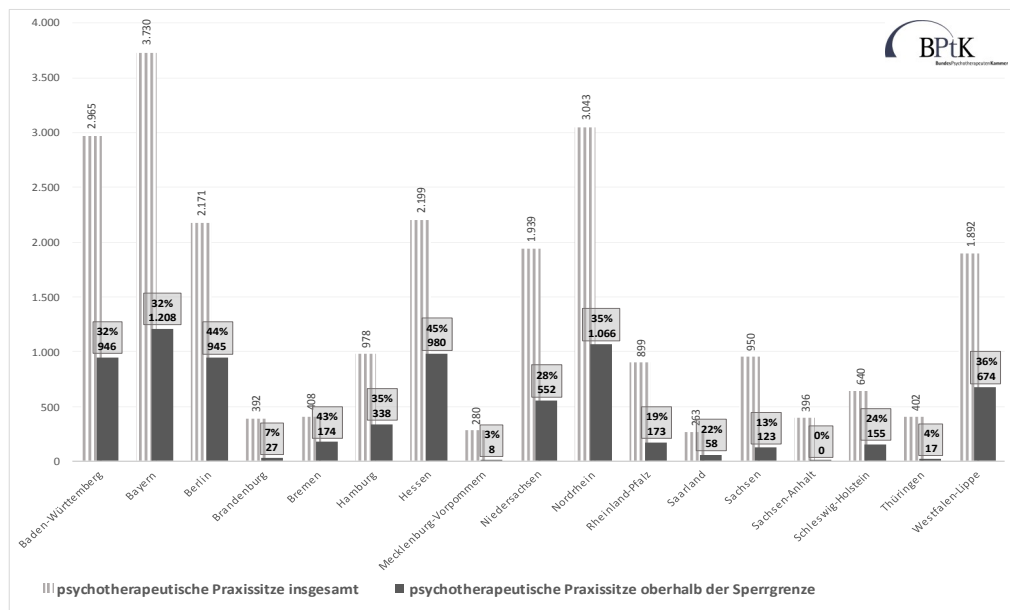
Die Wartezeiten für psychisch kranke Menschen würden sich durch diese Regelung drastisch verlängern. Und das, obwohl eine aktuelle Umfrage der Wochenzeitung DIE ZEIT gezeigt hat, dass ein Drittel der Patienten schon jetzt länger als ein halbes Jahr und jeder zweite bis zu drei Monate auf eine Therapie wartet. Wie bereits die Umfrage zu Wartezeiten in der Psychotherapie, die die BPtK 2011 unter 9.000 niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt hat, zeigen die Ergebnisse der Leserumfrage der ZEIT, dass der Bedarf an ambulanter Psychotherapie durch die aktuell zugelassenen Psychotherapeuten nicht gedeckt werden kann. Diese bereits bestehende psychotherapeutische Unterversorgung würde durch die geplante „Soll“-Regelung verschärft werden. Das Ziel der Bundesregierung, mit dem Versorgungsstärkungsgesetz werde

„die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung der Versicherten [...] weiter gestärkt und die Qualität der Versorgung weiterentwickelt“, würde damit ins Gegenteil verkehrt.

Fehler in der Bedarfsplanung

Heute gelten 273 von 385 Regionen in Deutschland als psychotherapeutisch überversorgt. Das ist aber nur auf dem Papier der Fall. Die angebliche Überversorgung ist auf grundlegende Fehler in der Bedarfsplanung zurückzuführen, die den Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen erheblich unterschätzt. Das System der Bedarfsplanung beruht darauf, dass die bestehende Anzahl von Ärzten bzw. Psychotherapeuten zu einem bestimmten Stichtag schlichtweg zum Bedarf erklärt wird („Ist“ gleich „Soll“). Diese simple Gleichsetzung (Angebot gleich Nachfrage) ist schon deshalb problematisch, weil sie den tatsächlichen Behandlungsbedarf gar nicht ermittelt und berücksichtigt. Der Bedarf an ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungsplätzen ist aber etwas anderes als die Zahl der verfügbaren Arzt- und Psychotherapeutenpraxen. Bei den Psychotherapeuten lag die „Ist“-Zahl der Praxen von Anfang an deutlich zu niedrig; das „Soll“, genannt „der Behandlungsbedarf“, wurde also viel zu niedrig festgelegt – und zwar aus mehreren Gründen.

Abbildung: Von Abbau bedrohte psychotherapeutische Praxissitze



Quelle: BPtK 2014, Daten der KBV

ein Ausnahmefall vor. Die Zulassungsausschüsse werden sich daher gezwungen sehen, Sitze in „überversorgten“ Planungsbereichen, d. h. in einer Region mit einem „Versorgungsgrad“ von mindestens 110 Prozent, stillzulegen. Bundesweit liegen rund 7.400 psychotherapeutische Praxen in solchen „überversorgten“ Gebieten. Das sind ein Drittel der vorhandenen Niederlassungen. Am stärksten vom Abbau

bedroht sind die Bundesländer Hessen, Berlin und Bremen mit jeweils mehr als 40 Prozent der aktuell bestehenden Sitze (vgl. Abbildung).

BptK-Fokus



Kraft trat, als approbierte Heilberufe anerkannt. Psychotherapeuten hatten erst ab diesem Zeitpunkt die Möglichkeit, sich selbstständig in ambulanter Praxis niederzulassen. Anders als bei den Ärzten gab es bis dahin keine gewachsene Versorgungsstruktur.

Außerdem wurden bei der Festlegung des „Bedarfs“ nur die psychotherapeutischen Praxen berücksichtigt, die von Anfang Januar bis Ende August 1999 von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugelassen worden waren. Zu dem Zeitpunkt, als die Zahl der psychotherapeutischen Praxen gezählt wurde, waren jedoch viele Zulassungsanträge von Psychotherapeuten noch gar nicht bearbeitet. Viele der zuvor in der Versorgung tätigen Psychotherapeuten waren deshalb zum Stichtag noch nicht „rechtswirksam“ niedergelassen. Trotzdem zählte der G-BA bereits am 31. August 1999 die vorhandenen psychotherapeutischen Praxen und erklärte diese Anzahl zum Bedarf. Damit wurden für zahlreiche städtische und ländliche Regionen Verhältniszahlen von Einwohnern je Psychotherapeut festgeschrieben, die bereits vor dem Psychotherapeutengesetz nicht für die Versorgung psychisch kranker Menschen ausreichten. Die Unterversorgung aus der Zeit vor 1999 wurde damit als „Soll“ der Bedarfsplanung – übrigens bis heute – festgeschrieben, obwohl eines der Ziele des Psychotherapeutengesetzes gerade die Behebung dieser Unterversorgung war.

Viele Psychotherapeuten erhielten ihre Zulassung erst nach jahrelanger Auseinandersetzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Das führte zu einem Anstieg der zugelassenen Praxen von 1999 bis 2006 um gut 5.000 Psychotherapeuten, der der verwaltungstechnischen Verzögerung geschuldet war. Jede dieser verspäteten Zulassungen führte aber auf dem Papier zu einer Überversorgung. Der Versor-

ungsgrad lag damit bereits kurze Zeit nach diesem Stichtag bei über 110 Prozent.

Darüber hinaus gab es noch einen weiteren grundlegenden Fehler bei der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, der bei der Bedarfsplanung der Ärzte vermieden wurde. Die ambulante Versorgung wurde in der ehemaligen DDR weit überwiegend durch Ambulanzen und Polikliniken, so gut wie gar nicht durch Einzelpraxen gewährleistet. Diese entstanden erst nach der Wiedervereinigung, weswegen die Verhältniszahlen bei den Ärzten sinnvollerweise ausschließlich auf der Basis der Zahlen für Westdeutschland festgelegt wurden. Anders bei den Verhältniszahlen für die Psychotherapiepraxen. Für diese wurden aus den Zahlen für die neuen und die alten Bundesländer der Mittelwert berechnet, obwohl in den Neuen Bundesländern erst nach und nach die nötigen Ausbildungsstrukturen geschaffen wurden und sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch Einzelpraxen auch 1999 noch im Aufbau befand. Dies führte zu besonders schlechten Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten und zu einer systematischen Unterschätzung des schon damals bekannten Bedarfs.

Versorgungsgrade täuschen

Ob es in einer Region eine ausreichende Anzahl von Psychotherapeuten gibt, wird mit dem Versorgungsgrad ausgedrückt. Dieser Versorgungsgrad wird jedoch je nach Region unterschiedlich berechnet. Das führt dazu, dass Regionen mit einer vergleichbaren Versorgungsdichte unterschiedliche Versorgungsgrade aufweisen.

Beispiel: Sowohl in Demmin als auch in Annaberg sind 10,5 Psychotherapeuten für die Versorgung von 100.000 Einwohnern niedergelassen. Die beiden Städte gehören zu unterschiedlichen Kreistypen, für die ein unterschiedlicher Bedarf an Psy-

chotherapeuten festgelegt wurde. Deshalb beträgt der Versorgungsgrad in Demmin 64,0 Prozent. In Annaberg liegt er hingegen bei 93,4 Prozent und ist damit beinahe um 50 Prozent höher, obwohl in beiden Gebieten gleich viele Psychotherapeuten für die Versorgung von je 100.000 Einwohnern zur Verfügung stehen.

Wie das Beispiel belegt, ist der Versorgungsgrad – jedenfalls in der ambulanten Psychotherapie – kein Gradmesser für die reale Versorgungssituation. Er ist kein geeignetes Maß, um zu beurteilen, ob die Anzahl der psychotherapeutischen Praxen ausreicht. Anhand des Versorgungsgrades kann nicht beurteilt werden, ob eine Region tatsächlich überversorgt ist und demnach Sitze stillgelegt werden sollten.

Kein automatischer Abbau

Um die psychotherapeutische Versorgung nicht weiter zu verschlechtern, fordert die BptK, zumindest die Psychotherapeuten aus der „Soll“-Regelung für die Stilllegung von frei werdenden Praxissitzen in überversorgten Regionen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auszunehmen. Auch das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen hält ausdrücklich fest, dass die Bedarfsplanung bei den Psychotherapeuten keine dafür geeigneten Vorgaben macht.

Bedarfsplanung grundlegend reformieren

Für die aktuelle Bedarfsplanung wurde der tatsächliche Versorgungsbedarf nie erfasst. Vielmehr wurde schlichtweg die bestehende psychotherapeutische Versorgungsstruktur im Jahr 1999 zum Bedarf erklärt und seitdem fortgeschrieben. Eine am realen Bedarf orientierte psychotherapeutische Versorgungsplanung ist so nicht möglich. Ohne eine Reform der Bedarfsplanung, die wenigstens die historischen Fehler korrigiert, ist ein Abbau von psychotherapeutischen Praxissitzen unverantwortlich.

Pressemittteilung der
BptK vom 11.11.2014
www.bptk.de

Web-News der BptK
vom 24.11.2014
www.bptk.de

Präventionsgesetz – Forderungen der BPtK

BPtK-News vom
26.11.2014
www.bptk.de

In einer Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung und multimorbiden sowie chronischen Erkrankungen wächst die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung, damit Krankheiten erst gar nicht entstehen oder möglichst kurz verlaufen. Die BPtK begrüßt, dass die Bundesregierung diesem Thema so hohe Priorität einräumt und bereits zu Beginn der Legislaturperiode der Referentenentwurf eines Präventionsgesetzes vorliegt.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Erfolgreiche Prävention braucht partizipative Angebote für spezifische Zielgruppen (z. B. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, kulturellem Hintergrund, sozialem Status und Bildung) in deren Lebenswelten (z. B. Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Verein oder Senioreneinrichtung). Dabei sollten alle relevanten Kostenträger und Leistungserbringer an der Prävention beteiligt werden. Das erfordert gesetzliche Regelungen, nach denen Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftlich finanziert und verantwortet werden, unter Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen und möglichst sämtlicher Sozialversicherungsträger. Die konkrete qualitätsgesicherte Verhaltens- und Verhältnisprävention vor Ort sollte dann orientiert an nationalen Gesundheitszielen regional koordiniert werden.

Der Referentenentwurf schafft mit der Orientierung an Gesundheitszielen, der Nationalen Präventionsstrategie und dem Ausbau der Prävention in Lebenswelten wichtige Grundlagen für eine gesamtgesellschaftlich verantwortete Gesundheitsförderung.

Gleiche Chancen, gesund zu bleiben

Erwachsene mit geringem Einkommen und niedriger Bildung erkranken in Deutschland mehr als zweimal so häufig an einer Depression wie Erwachsene mit hohem sozioökonomischem Status. Kinder und Jugendliche sind psychisch deutlich auffälliger, wenn sie in einkommensschwachen Familien aufwachsen. Um sozial benachteiligte Menschen zu erreichen, greift der Gesetzentwurf zu kurz. Eine zunächst im Wesentlichen von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte und gesteuerte Prävention wird die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen nicht wesentlich verbessern. Ob und welche Ergebnisse die Abstimmung mit den anderen Sozialversicherungsträgern sowie Ländern und Kommunen in einer Nationalen Präventionskonferenz haben wird, muss abgewartet werden.

Psychotherapeutischen Sachverstand nutzen

Im Referentenentwurf wird psychotherapeutischer Sachverstand nicht adressiert. Dabei sind gerade die psychischen Erkrankungen ein Merkmal der Morbidität des 21. Jahrhunderts und psychische Belastungen die neuen gesundheitlichen Herausforderungen in der Arbeitswelt. Die BPtK hält es deshalb für erforderlich, die Kompetenz der über 40.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland stärker für die Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen.

Gesundheitsuntersuchungen und Empfehlungen von Präventionsangeboten sollten nicht nur zu den ärztlichen, sondern auch zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören. Gerade im Kontext der geplanten psychotherapeutischen Sprechstunde im GKV-Versorgungsstärkungs-

gesetz wäre dies eine notwendige Erweiterung des psychotherapeutischen Leistungsspektrums. Zeigen Patienten in einer solchen Sprechstunde Beschwerden, die (noch) nicht die Kriterien einer psychischen Erkrankung erfüllen, könnte der Psychotherapeut präventive Maßnahmen empfehlen. Daneben sollte psychotherapeutischer Sachverstand auch zur Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensstile genutzt werden. Psychotherapeuten sind hier aufgrund ihrer Ausbildung die Spezialisten.

Kinder und Jugendliche

Die BPtK unterstützt die Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen und die Möglichkeit der Ausstellung einer Präventionsempfehlung. Ist als Ergebnis der Früherkennungsuntersuchung eine weitere Abklärung erforderlich, sollte allerdings auch diese – bei negativem Befund – unmittelbar in einer Präventionsempfehlung münden können. Mit Blick auf die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sollte dazu auch die Sprechstunde in kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen einbezogen werden können. Damit könnte Kindern und Jugendlichen, deren Auffälligkeit sich in der psychotherapeutischen Abklärung als noch nicht krankheitswertig erweist, mit einer entsprechenden Präventionsempfehlung gezielt weitergeholfen werden.

Nationales Aktionsprogramm Psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen sollten in einen besonderen Fokus genommen werden. Um dabei einen umfassenden gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu realisieren, schlägt die BPtK ein ressortübergreifendes „Nationales Aktionsprogramm Psychische Gesundheit“ im Sinne von „Health in all Policies“ vor.

Pressemitteilung der
BPtK vom 07.11.2014
www.bptk.de

Psychotische Erkrankungen sind Indikation für ambulante Psychotherapie

Psychotische Erkrankungen zählen zu den schwersten Formen psychischer Störungen und sind in der Regel mit starken Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen und der Lebensqualität verbunden. Schizophrenie, schizoaffektive Störungen und bipolare affektive Störungen gehören dabei zu den psychischen Erkrankungen, die zumeist einen rezidivierenden oder chronischen Verlauf nehmen. Für die Versorgung von Patienten mit einer Schizophrenie ist die Psychotherapie neben der pharmakologischen Behandlung ein unerlässlicher Bestandteil der evidenzbasierten Versorgung. Zahlreiche klinische Studien konnten die Wirksamkeit der Psychotherapie auch in der akuten Phase der Erkrankung und bei andauernden („persistierenden“) psychotischen Symptomen belegen. Ferner kann Psychotherapie das Rückfallrisiko verringern.

Internationale Leitlinien empfehlen schon seit Längerem, dass

beispielsweise Patienten mit einer Schizophrenie in allen Phasen der Erkrankung eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll. Ferner empfehlen die Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie in allen Phasen der Behandlung auch Familieninterventionen. Bei Patienten mit einer bipolaren Störung empfiehlt die deutsche Leitlinie „Bipolare Störungen“ insbesondere für die akute depressive Phase, dass Patienten eine Psychotherapie angeboten werden sollte.

In der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung wurde dieser Kenntnisstand jedoch bislang nicht hinreichend berücksichtigt. Trotz der Schwere der Erkrankung waren diese Patienten in psychotherapeutischen Praxen bislang unterrepräsentiert. Gegenwärtig machen sie nur etwa ein Prozent aller ambulanten Psychotherapiepatienten aus. In psychiatrischen Praxen haben dagegen allein die Patienten mit einer paranoiden Schizo-

phrenie einen Anteil von über fünf Prozent aller Behandlungsfälle. Die geringe psychotherapeutische Behandlungsrate ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die bisherigen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu sehr einschränkten. Die Psychotherapie-Richtlinie sah bislang vor, dass Psychotherapie nur bei psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen angewendet werden darf.

Deshalb hatte die BpTK bereits im April 2012 ein Symposium veranstaltet, das zeigte, welchen Beitrag die ambulante Psychotherapie bei Patienten mit Psychosen leisten kann. Als ein Ergebnis hatten sich im Anschluss die BpTK und der Dachverband Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie an den G-BA gewandt und gemeinsam auf eine Änderung in der Psychotherapie-Richtlinie gedrungen.

PEPP – Anforderung an die nächsten Schritte

Das Bundesgesundheitsministerium hatte die Fachverbände bis Mitte September aufgefordert, noch einmal Fragen zum aktuellen Stand und dem Weiterentwicklungsbedarf des neuen „Pauschalierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) zu beantworten. Die BpTK hatte in ihrer Stellungnahme insbesondere auf die Notwendigkeit hingewiesen, verbindliche Personalstandards festzulegen und die Versorgung psychisch kranker Menschen sektorenübergreifend und stärker ambulant weiterzuentwickeln.

Modellvorhaben nach § 64b SGB V werden derzeit erst in zwölf Kliniken erprobt. Das ist zwar ein Anfang, reicht aber nicht aus, um genügend Erfah-

rungen für eine Neustrukturierung der Versorgung zu sammeln. In den Zielen ähneln sich alle Modellvorhaben, nämlich in einer flexiblen Umsteuerung der vollstationären Patienten in mehr teilstationäre und ambulante Behandlungen, je nach Krankheitsphase. Allerdings fehlt es derzeit noch an Transparenz darüber, mit welchen Konzepten die Kliniken arbeiten und inwieweit Leitlinienempfehlungen umgesetzt werden.

Zudem hat der G-BA begonnen, Empfehlungen und/oder Mindestanforderungen an die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu erarbeiten. Die Festlegung verbindlicher Personalstandards ist zwingend erforderlich. Dabei muss es darum gehen – soweit möglich –

evidenzbasierte Empfehlungen für alle therapeutischen Berufsgruppen inklusive der Fachpflege zu geben, die eine leitliniengerechte Versorgung der Patienten ermöglichen. Fehlanreizen, Gewinne durch Personaleinsparungen zu erzielen, muss normativ entgegengewirkt werden.

Gleichzeitig steht die Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) an. Damit der OPS besser als bisher die Leistungen erfasst, die geeignet sind, zwischen kostenhomogenen Patientengruppen zu unterscheiden, sind strukturelle Veränderungen notwendig. Eine stärkere Verankerung von Strukturmerkmalen und Patientenmerkmalen, wie z. B. dem Schweregrad einer Erkrankung, könnte hierfür hilfreich sein.

BpTK-Inside



Link:
www.g-ba.de
 >Beschlüsse
 (16.10.2014)

BpTK-News vom
16.10.2014
www.bptk.de

Web-Bericht der BpTK
vom 07.05.2012
www.bptk.de

Reform der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe soll zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden. Die Leistungen sollen sich zukünftig am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionen-, sondern personenzentriert bereitgestellt werden. Diese Reform betrifft psychisch kranke Menschen mit Beeinträchtigungen der sozialen und/oder beruflichen Teilhabe.

Zur Umsetzung dieser Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag hat das Bundesarbeitsministerium eine „Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz“ eingerichtet. In insgesamt neun Sitzungen soll die Arbeitsgruppe bis April 2015 mögliche Reformthemen und -ziele eines Bundesteilhabegesetzes besprechen und mögliche Kompromisslinien zu den verschie-

denen Themen der anstehenden Reform abwägen. Themen der Arbeitsgruppe sind beispielsweise der Behinderungsbegriff, die Schnittstellen zur medizinischen Rehabilitation und zum SGB V. Die Belange psychisch kranker Menschen werden in der AG vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener vertreten. Im Sommer 2015 soll der Referentenentwurf für ein Bundesteilhabegesetz vorliegen, die Verabschiedung des Gesetzes ist für Mitte 2016 geplant.

Unter dem folgenden Link kann man sich fortlaufend über die Ergebnisse der Arbeitsgruppensitzungen und den weiteren Arbeitsprozess informieren.

Link:

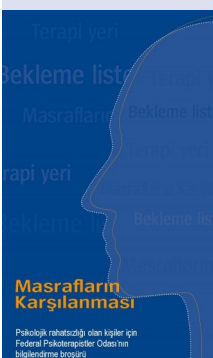
www.gemeinsam-einfach-machen.de

BPtK-Patientenratgeber für Kostenerstattung auf Türkisch und Englisch

Psychisch kranke Menschen müssen in Deutschland monatelang auf einen ersten Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten warten, der zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist. Gesetzlich Krankenversicherte nutzen deshalb immer häufiger die Möglichkeit, sich bei psychischen Erkrankungen in Privatpraxen behandeln zu lassen. Weil nicht genügend Psychotherapeuten zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, müssen die Kassen die Behandlungskosten auch bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten erstatten.

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen besonders selten psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dafür gibt es verschiedene Ursachen. Besonders für Migranten, die noch nicht lange in Deutschland leben, stellen mangelnde Informationen über Leistungen des Gesundheitssystems eine entscheidende Barriere für die Inanspruchnahme von Psychotherapie dar.

Um diese Informationsbarriere zu überwinden, hat die BPtK ihren Kostenerstattungsratgeber ins Türkische und Englische übersetzt. Denn bei der sogenannten Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V sind einige Regeln zu beachten. Diese Beschlüsse sollen es auch Menschen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, ermöglichen, auf dem Weg der Kostenerstattung einen Zugang zur ambulanten Psychotherapie zu finden. Die Broschüren können ab sofort in der BPtK-Geschäftsstelle kostenlos angefordert werden und stehen unter www.bptk.de zum Download zur Verfügung.



EMDR bei PTBS anerkannt

Der G-BA hat auf seiner Sitzung am 16. Oktober 2014 das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Erwachsenen anerkannt. EMDR zählt zu den traumaadaptierten Behandlungsmethoden, die in internationalen und nationalen Leitlinien für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung empfohlen werden.

Die nun vom G-BA beschlossene Änderung der Psychotherapie-Richtlinie sieht vor, dass EMDR künftig als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes eines Richtlinienverfahrens erbracht werden kann, aber nicht als alleinige Behandlungsmethode. Ihre Anwendung setzt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der EMDR-Methode voraus. Eine nähere Regelung der Qualifikationsanforderungen soll in den kommenden Monaten in den Psychotherapievereinbarungen erfolgen.

Link:

www.g-ba.de
>Beschlüsse (16.10.2014)

BPtK-News vom 16.10.2014
www.bptk.de

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Sylvia Rückstieß
Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Telefon: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
E-Mail: info@bptk.de
Internet: www.bptk.de