

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2009

Februar
2009

Themen dieser Ausgabe:

... *Diamorphinbehandlung*
... *Krankenhausfinanzierungsreformgesetz*
... *Kinderschutzgesetz*
... *Behandlung traumatisierter Soldaten*
... *Grenzüberschreitende Psychotherapie*
... *Elektronische Gesundheitskarte*
... *EU-Grünbuch*

... **BPtK-Dialog:**
Interview mit Sabine Bätzing (Drogenbeauftragte der Bundesregierung)

... **BPtK-Fokus:**
Psychotherapie in der Suchtbehandlung

... **BPtK-Inside:**
Systemische Therapie
Akkreditierung von Studiengängen
Krankengeld für Selbstständige

Diamorphin für schwerstkranke Opiatabhängige

Der 13. Deutsche Psychotherapeutentag in Leipzig forderte am 15. November 2008 einstimmig, Diamorphin zur Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger zuzulassen. Am 19. Dezember 2008 brachte eine Gruppe von Abgeordneten einen entsprechenden Gesetzentwurf in den Deutschen Bundestag ein (Bundestagsdrucksache 16/11515). Den Gesetzentwurf unterstützen diesmal nicht nur Abgeordnete der Opposition, sondern auch der SPD. Im März beginnen die Beratungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages.

Diamorphin, der reine Wirkstoff des Heroins, soll danach als verschreibungspflichtiges Arzneimittel zugelassen werden. Eine Verschreibung darf ausschließlich zur Substitutionsbehandlung schwerstkranker Opiatabhängiger erfolgen und nicht etwa zur Schmerztherapie. Durch eine solche Behandlung mit Ersatzstoffen sollen Drogenabhängige gesundheitlich und sozial stabilisiert werden, damit daraufhin eine Entwöhnung von der Droge erfolgen kann. Diamorphin hat sich in einem großen Modellprojekt mit über

1.000 Schwerstabhängigen als wirksamer erwiesen als Methadon, das bisher zur Substitutionsbehandlung eingesetzt wird. Es kam insbesondere zu einem stärkeren Rückgang des illegalen Drogenkonsums und der Kriminalität.



Nach dem Gesetzentwurf darf Diamorphin nur schwerstabhängigen Opiatsüchtigen verschrieben werden, von denen es in Deutschland rund 2.000 gibt. Wesentliche Voraussetzungen sind, dass der Schwerstabhängige:

- ... seit mindestens fünf Jahren heroinabhängig ist, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei überwiegend intravenösem Konsum,
- ... bereits mindestens zwei erfolglose Therapien durchlaufen hat und
- ... mindestens 23 Jahre alt ist.

Die Behandlung darf nur in bestimmten Einrichtungen erfolgen, die einer besonderen Genehmigung bedürfen. Das Diamorphin darf nicht auf dem üblichen Vertriebsweg abgegeben werden (Hersteller – Großhändler – Apotheke), sondern nur über einen Sondervertriebsweg unmittelbar vom Hersteller an die Einrichtung. Eine psychosoziale Betreuung soll während der ersten sechs Monate obligatorisch sein.

Der Gesetzentwurf soll die Grundlage dafür schaffen, Diamorphin in der Suchtbehandlung einsetzen zu können. Es ist damit noch kein verordnungsfähiges Medikament in der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber müsste in einem zweiten Schritt der Gemeinsame Bundesausschuss entscheiden. Die BPtK hält die Begrenzung der psychosozialen Betreuung auf sechs Monate für sachlich nicht zu begründen, insbesondere weil die Erfolge der Diamorphinbehandlung im Modellprojekt auch auf einer engmaschigen und konsequenten psychosozialen Unterstützung der Drogensüchtigen beruhen.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

2009 ist das Jahr, in dem wir uns mit Stolz an das Psychotherapeutengesetz erinnern, das vor zehn Jahren in Kraft trat. Die BPtK hat dafür bereits im Dezember mit einer Berliner Pressekonferenz den Auftakt gemacht.

Für psychisch kranke Menschen brachte das Gesetz erhebliche Erleichterungen: einen einfachen, direkten Zugang zum Psychotherapeuten und garantierte Qualitätsstandards. Wer heute zum Psychotherapeuten geht, kann sicher sein, dass er jemanden gefunden hat, der sein Leiden wirksam behandeln kann.

Psychotherapeuten sind aus der Versorgung nicht mehr wegzudenken. Immer mehr Patienten wissen um die Heilsamkeit der Psychotherapie. Immer mehr Patienten sprechen über ihre psychische Krankheit und die wirksame Behandlung, die sie bei Psychotherapeuten erhielten. Nicht jeder findet jedoch einen Psychotherapeuten, wenn er ihn braucht. In ländlichen Regionen haben manche Praxen Wartelisten von ein bis zwei Jahren – ein gesundheitspolitischer Skandal. Erst langsam wird in der Öffentlichkeit deutlich, welche massive Unterversorgung bei psychischen Störungen besteht.

So groß der Erfolg des Psychotherapeutengesetzes auch war, wir setzen uns weiter für eine bessere Versorgung von psychisch kranken Menschen ein.

Herzlich

Ihr Rainer Richter



Frank Mutert,
Sprecher der
PiA-Bundeskonferenz

„Natürlich bin ich sehr enttäuscht, dass die Regierungskoalition eine gesetzliche Regelung zu einer leistungsgerechten Vergütung von Ausbildungsteilnehmern während der praktischen Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt ablehnt. Damit wir unsere qualifizierten Leistungen nicht weiterhin zum Nulltarif erbringen müssen, sollten wir uns nun gemeinsam für eine rasche Umsetzung des TV-Prakt stark machen.“

**Gesetzentwurf der
Bundesregierung
(BR-Drs. 59/09):**
www.bundesrat.de

Reform der Krankenhausfinanzierung

Am 18. Dezember 2008 pasierte das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) den Deutschen Bundestag. Damit ist die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern beschlossen, vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesrates im Februar.

BPTK beteiligt

Neben der Bundesärztekammer und den Pflegeberufen räumt das Gesetz auch der BPTK Beteiligungsrechte ein, „soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind“. Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern schließen stets die Behandlung mit Psychotherapie oder zumindest psychotherapeutischen Mitteln ein. Mit der Beteiligung der BPTK stellt der Gesetzgeber sicher, dass deren besonderer psychotherapeutischer Sachverstand bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems ausreichend berücksichtigt wird.

Praktische Tätigkeit weiter ohne Finanzierung

Der Gesetzgeber sorgte im KHRG nicht für eine ausreichende Finanzierung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychotherapeuten, wie von der BPTK gefordert. Psychologische Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) müssen während ihrer Ausbildung eine praktische Tätigkeit von 1.800 Stunden in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Klinik absolvieren. Dies bedeutet, dass diplomierte Psychologen oder Sozialpädagogen mindestens eineinhalb Jahre ohne einen Anspruch auf Vergütung in einer Klinik arbeiten müssen. Dies ist umso weniger akzeptabel, da die Ausbildungsteilnehmer schon die hohen Kosten ihrer Ausbildung alleine tragen. Eine Ausbildung zum PP oder KJP kostet im Durchschnitt 30.000,00 Euro.

Ein von den Grünen eingebrachter Entschließungsantrag,

der die Bundesregierung aufforderte, bis März eine gesetzliche Regelung zur Vergütung der praktischen Tätigkeit vorzulegen, wurde mit der Mehrheit der Großen Koalition abgelehnt. Außer den Grünen stimmte die Linkspartei für den Entschließungsantrag. CDU/CSU und SPD wollen die Ergebnisse des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung abwarten, bevor sie gesetzliche Änderungen erwägen.

Tarifvertragliche Option

Um kurzfristig eine angemessene Bezahlung der praktischen Tätigkeit zu erreichen, scheint derzeit eine tarifvertragliche Regelung am Erfolg versprechendsten. Der TV-Prakt von ver.di z. B. legt das Entgelt für Praktika im Rahmen der Berufsausbildung, wie sie z. B. auch Sozialarbeiter oder Erzieherinnen ableisten müssen, fest. Ein Mustervertrag „Praktische Tätigkeit“ liegt bereits vor. Die BPTK wird sich für diese Lösung einsetzen.

Bundeskabinett beschließt Kinderschutzgesetz

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf verabschiedet, um Lücken im Kinderschutz zu schließen. Ziel ist, Berufsheimnisträger, wie Psychotherapeuten und Ärzte, zur Beratung bzw. Weitergabe von Informationen an das Jugendamt zu motivieren, wenn ihnen zu Patienten gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden. Gleichzeitig werden Änderungen im Kinder- und Jugendhilferecht vorgeschlagen. Jugendämter sollen verpflichtet werden, sich künftig einen unmittelbaren Eindruck vom Kind und seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen, um eine Kindeswohlgefährdung einzuschätzen.

Mit der Vorlage eines Gesetzes über die Zusammenarbeit im Kinderschutz (KiSchZusG) bringt die Bundesregierung den politischen Willen zum Ausdruck, dem Kinderschutz in Zukunft eine noch größere Priorität einzuräumen. Der materiellrechtliche

Regelungsinhalt reicht dabei nur an wenigen Punkten über bereits gültiges Recht hinaus. Dennoch könnte insbesondere eine bundeseinheitliche Regelung zur Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindesgefährdung als Befugnisnorm eine positive Wirkung entfalten. Bei Psychotherapeuten, Ärzten und anderen Berufsheimnisträgern herrscht z. T. Unsicherheit, ob in einem konkreten Fall die Voraussetzungen eines Notstandes vorliegen und sie Informationen an Dritte weitergeben dürfen. Diese Unsicherheit könnte nach Einschätzung der BPTK durchaus abgebaut werden, wenn die rechtliche Klarstellung durch weitere Maßnahmen flankiert wird, z. B. durch Fortbildung der genannten Berufsgruppen, und zugleich dem Eindruck entgegengetreten wird, dass mit der Klarstellung in § 2 KiSchZusG eine schleichende Aushöhlung der Schweigepflicht angestoßen wird.

Bund und Länder hatten den Kinderschutz aufgrund eklatanter Einzelfälle von Kindesmisshandlung und -missbrauch zu einem zentralen Gegenstand der gemeinsamen Beratungen gemacht. Im Sommer hatte die Bundesregierung bereits familiengerichtliche Maßnahmen bei Kindesgefährdung erleichtert und die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen ausgeweitet.

Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf darauf hingewiesen, dass ein verbesserter Kinderschutz nur erreicht werden kann, wenn Eltern ausreichend Beratungs- und Unterstützungsangebote erhalten. Die Länder hatten in den vergangenen Jahren in der Familienberatung massive Einsparungen vorgenommen und die finanziellen Ressourcen von Erziehungs- und Familienberatungsstellen erheblich gekürzt.

Psychotherapie-Richtlinien weiterentwickeln Interview mit Sabine Bätzing

BPtK-Dialog

Alkohol ist die verbreitetste Droge in Deutschland. Durchschnittlich dauert es allerdings zehn bis 15 Jahre, bis ein Alkoholabhängiger in eine Behandlung kommt. Ist das nicht viel zu spät?

Natürlich ist dies viel zu spät. Für Menschen mit Alkoholabhängigkeit gibt es in Deutschland ein ausgebautes System von Beratung, Therapie und Rehabilitation. Menschen mit riskantem Konsum oder Missbrauch werden vom Hilfesystem zu wenig erfasst. Es existieren jedoch zahlreiche wirksame Methoden der Kurzintervention durch medizinisches Personal, die im Ausland bereits erfolgreich angewandt werden. Diese und weitere Maßnahmen wurden auf meine Anregung in das Nationale Aktionsprogramm zur Alkoholprävention integriert und sollen in naher Zukunft zu einem deutlich schnelleren Behandlungsbeginn von Alkoholkranken führen.

Jugendliche machen Schlagzeilen durch Komatrinken. Reichen Verkaufsverbote aus, um diesen exzessiven Alkoholkonsum zu verringern?

Jugendlichem Alkoholkonsum liegt eine Vielzahl von Ursachen zugrunde, die durch ein Maßnahmenbündel angegangen werden müssen. Wichtig ist zunächst eine Prävention, die Handlungsalternativen anbietet. Diese verhaltenspräventiven Maßnahmen müssen aber mit strukturellen Maßnahmen, wie z. B. Werbebeschränkungen, kombiniert werden. Nur ein derartiger Policy-Mix stellt eine erfolgreiche und nachhaltige Alkoholprävention sicher.

Alkoholabhängigen und Menschen, die Alkohol missbrauchen, sind die Gründe, die gegen ihre Sucht sprechen, meist bewusst. Müssten Präventions- und Behandlungskonzepte nicht viel mehr die ambivalente Motivation eines Süchtigen berücksichtigen? Verhaltenspräventive Maßnahmen müssen sorgfältig und nach den neuesten internationalen Er-

kenntnissen konzipiert werden. Dann sind sie durchaus erfolgreich, wie verschiedene Metastudien, z. B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zeigen. Die Behandlung von Alkoholkranken verfügt über zahlreiche Konzepte, die auf verschiedenen theoretischen Schulen aufbauen und einen hohen Standard sicherstellen. Die Motivation der Abhängigen ist dabei einer von vielen Faktoren, der in modernen Präventionskonzepten und Frühinterventionsprogrammen berücksichtigt wird.

Alkoholranke sind meist nicht nur suchtkrank. Sie haben sehr häufig auch Angst- und Panikstörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Müssten z. B. Hausärzte nicht mehr darauf achten, ob sie Alkoholabhängige behandeln?

Wir kennen dieses Problem aus der Behandlung von anderen Suchtkranken, z. B. Heroinabhängigen, und sprechen von Komorbidität. Bei alkoholkranken Wohnsitzlosen sind komorbide Störungen häufig anzutreffen. Beim Hausarzt stellt sich das Problem jedoch zumeist in der anderen Reihenfolge: eine Störung des Stoffwechsels, verbunden mit Schmerzen, führt zum Arztbesuch, deren Ursache, übermäßiger Alkoholkonsum, aber nicht immer beachtet wird.

Der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt ist bei Männern eine „Verhaltensstörung durch Alkohol“. Werden nicht zu viele nach der Entgiftung wieder in die Sucht entlassen?

Es ist bekannt, dass in Allgemeinkrankenhäusern, z. B. auf Unfall- oder internistischen Stationen, aber auch im ambulanten ärztlichen Bereich, ein hoher Anteil von Patienten mit alkoholassoziierten Erkrankungen behandelt wird. Es müssen dringend Diagnose- und Interventionsprogramme implementiert

werden, die eine frühzeitige Erkennung und Intervention bei diesen Patienten ermöglichen. Hierzu muss auch das Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen verbessert werden. Zudem sind Rückfälle ein bekanntes Problem in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit und werden durch verschiedene therapeutische Maßnahmen berücksichtigt, gleichzeitig wird alles getan, um die Zahl der Rückfälle zu reduzieren. Selbsthilfegruppen haben sich als sehr effektives ergänzendes Mittel der Rückfallprophylaxe erwiesen.

Wie könnten Psychotherapeuten zu einer besseren Suchtbehandlung beitragen?

Psychotherapeuten leisten bereits heute in allen Versorgungssektoren einen hervorragenden Anteil an der Behandlung suchtkrankender Menschen. Wie für alle medizinischen Berufe gilt auch hier: den Anschluss an die internationale Forschung beizubehalten und für eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Fortbildung der Mitglieder zu sorgen. Allerdings befinden sich nur wenige Menschen mit substanzbezogenen Störungen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Dies liegt z. T. an den engen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien. Wichtige psychotherapeutische Weiterentwicklungen, wie das „Motivational Interviewing“, müssen in den Psychotherapie-Richtlinien verankert werden. Momentan muss ein Patient nach den Psychotherapie-Richtlinien bereits abstinent und motiviert sein, seine Abhängigkeitserkrankung zu behandeln. Gerade die labile Motivation der Patienten ist aber ein Kernmerkmal von Abhängigkeitserkrankungen. Ein Verständnis der Suchttherapie als spezielle Form der Psychotherapie, die methodenübergreifend arbeitet und bei der die Vertrauensbeziehung zum Therapeuten eine besondere Rolle spielt, ist notwendig.



Sabine Bätzing,
Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Behandlung traumatisierter Soldaten verbessern

Die Zahl deutscher Soldaten, die von einem Auslandseinsatz traumatisiert zurückkehrt, steigt. Nach Angaben des Verteidigungsministeriums sind im Jahr 2008 245 Soldaten wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in Bundeswehrkrankenhäusern behandelt worden. Im Vergleich hierzu lag die Zahl 2007 bei 149 und im Jahr 2006 bei 83 Patienten. Dabei ist jedoch von einer wesentlich höheren Dunkelziffer auszugehen. Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS nach Kriegseignissen mit persönlicher Gefährdung wird mit 50 bis 65 Prozent der Fälle und bei Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen mit zwei bis sieben Prozent der Fälle angegeben (Maercker & Barth, 2004). Studien aus den USA zufolge erfüllen 16,6 Prozent der Irakveteranen die Krite-

rien für eine PTBS (Hoge et al., 2007). In einer Untersuchung von 103.788 Veteranen aus dem Irak- und Afghanistankrieg erhielten 31 Prozent die Diagnose einer psychischen oder psychosozialen Störung (Seal et al., 2007).

Posttraumatische Belastungsstörungen sind psychische Störungen, die nach dem Erleben von extremen Bedrohungen und Verletzungen der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen auftreten können. Sie lassen sich mit spezifischen, traumafokussierten Formen von Psychotherapie erfolgreich behandeln (Bisson & Andrew, 2008). Längst nicht alle Soldaten sind aber in der Lage, sich psychische Leiden einzugestehen. Gründe für das noch übliche Verschweigen der Erkrankung sind nicht selten Angst, als Soldat versagt zu haben, aber auch Nachteile, die für die weitere Karriere befürchtet werden.

Um die Behandlung und Betreuung von Soldaten mit posttraumatischen Belastungsstörungen zu verbessern, plant die Bundeswehr, ihre vorhandenen und ggf. neue Einrichtungen zu einem Kompetenz- und Forschungszentrum zur Behandlung von PTBS zusammenzufassen. Die Hilfsangebote für Soldaten und Angehörige innerhalb der Bundeswehr sollen u. a. auch durch die Einrichtung von psychosozialen Beratungsangeboten, die auch anonym in Anspruch genommen werden können, verbessert werden. Damit die Soldaten diese Hilfsangebote aber auch erreichen, sollte vor allem durch Führungskräfte ein nicht stigmatisierender Umgang mit psychischen Störungen gefördert werden – insbesondere in einer Berufsgruppe, in der es nicht üblich ist, Schwächen und Angst zu zeigen.

OPK: Wenn Psychotherapeuten in andere EU-Staaten wechseln

Grenzüberschreitende Psychotherapie hat zwei Aspekte: Zum einen können sich Patienten in andere EU-Staaten begeben, um sich dort behandeln zu lassen. Zum anderen können aber auch Behandler in andere EU-Staaten ziehen und sich dort niederlassen. Mit letzterem Aspekt beschäftigte sich die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) auf ihrer Veranstaltung „Psychotherapie im vereinten Europa – eine Herausforderung für Politik und Selbstverwaltung“ am 10. Dezember 2008 in Leipzig.

Macht ein Psychotherapeut von seiner Niederlassungsfreiheit in der EU Gebrauch, so hat er grundsätzlich die Qualifikationen des Staates zu erfüllen, in denen er seinen Beruf ausüben möchte. Die EU-Staaten sind allerdings nicht völlig frei bei der Frage, welche Qualifikationen sie anerkennen. Maßgeblich hierfür ist in erster Linie die Berufsanerkennungsrichtlinie, die im § 2 Psy-

chotherapeutengesetz (PsychThG) in deutsches Recht umgesetzt wurde. Voraussetzung ist danach zunächst, dass es im Herkunftsstaat einen reglementierten psychotherapeutischen Beruf gibt, der dem Psychologischen Psychotherapeuten bzw. dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entspricht.

Die Unterschiede der psychotherapeutischen Ausbildungen sind aber in Europa so groß, dass eine automatische Anerkennung der Qualifikationen nicht möglich ist. Dies ist beispielsweise bei Ärzten anders, bei denen die Richtlinie davon ausgeht, dass die Qualifikationen ausreichend einheitlich sind und ohne inhaltliche Prüfung anerkannt werden können, wenn bestimmte Nachweise vorgelegt werden.

Dagegen müssen die deutschen Behörden bei Psychotherapeuten mit Qualifikationen aus anderen EU-Staaten stets inhaltlich prüfen, ob eine Anerkennung mög-

lich ist. Hat der Betreffende in einem anderen EU-Staat die Ausbildung mit etwa gleichwertigem Niveau für einen vergleichbaren Beruf abgeschlossen, so wird dies bei der Approbationserteilung in Deutschland berücksichtigt. Zusätzlich kann jedoch noch ein Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung erforderlich werden, insbesondere wenn:

- ... die nachgewiesene Ausbildungsdauer mindestens ein Jahr unter der im PsychThG geregelten Ausbildungsdauer liegt oder
- ... sich die Ausbildung auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die durch die Ausbildung nach PsychThG und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten oder für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgeschrieben sind, und die nachgewiesene Berufserfahrung nicht zum Ausgleich der Unterschiede geeignet ist.

Psychotherapie in der Suchtbehandlung

Suchterkrankungen gehören 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 medikamentensüchtig. Allein die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Mrd. Euro geschätzt.

Psychotherapie ist ein wichtiger Bestandteil der Suchtbehandlung, ihre Wirksamkeit in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist wissenschaftlich nachgewiesen. Allerdings lässt sich die Kooperation zwischen niedergelassenen Psychotherapeuten und Suchthilfe verbessern. Die BPtK führte gemeinsam mit dem Fachverband Sucht e.V. am 25. November 2008 eine Fachtagung zu „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ in Berlin durch, um mit Vertretern der Politik, der Leistungserbringer, der Kostenträger und der Wissenschaft mögliche Lösungen für die Schnittstellenprobleme zu diskutieren.

Sucht und psychische Störungen

Viele Suchtkranke leiden unter psychischen Störungen. Am häufigsten sind Angststörungen, Affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Angst- und Panikstörungen treten bei bis zu einem Drittel der alkoholabhängigen Männer und bis zu zwei Dritteln der Frauen auf. Rund 50 Prozent aller Alkoholabhängigen leiden in der Folge ihrer Suchterkrankung unter depressiven Störungen. Zudem finden sich häufig Alkoholranke mit Persönlichkeitsstörungen.

In Deutschland existiert ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen, basierend auf einem interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlungsansatz, dessen Schwerpunkt in der Rehabilita-

tion liegt. In der Vorphase geht es hauptsächlich um Beratung, Motivation, Früherkennung, Frühintervention und Entzug. Die Rehabilitationsphase schließt sich im Idealfall direkt an die Entzugsbehandlung an, in ihr geht es schwerpunktmäßig um die umfassende und spezielle Entwöhnungsbehandlung, Reintegration und das Rückfallmanagement. In der Nachsorgephase liegt das Hauptgewicht auf der Stabilisierung der Abstinenz, auf der dauerhaften (Re-) Integration in den Alltag, auf dem Rückfallmanagement und der Behandlung von psychischen Komorbiditäten.

Versorgungsdefizite

Nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998 werden im Durchschnitt nur rund 30 Prozent aller Patienten, die an einer Substanzstörung erkranken, im Verlauf ihres Lebens überhaupt behandelt. Etwa ein Fünftel der Patienten kommt ohne Entzugsbehandlung in die stationäre Entwöhnungsbehandlung, vier Fünftel durchlaufen dagegen durchschnittlich vier Entzüge, bevor sie zum ersten Mal eine Entwöhnung beginnen. Ein Drittel der Patienten kommt sogar mehrfach in eine Entwöhnung. Insgesamt dauert es durchschnittlich fast 12 Jahre, bis ein Alkoholabhängiger mit einer Entwöhnung beginnt.

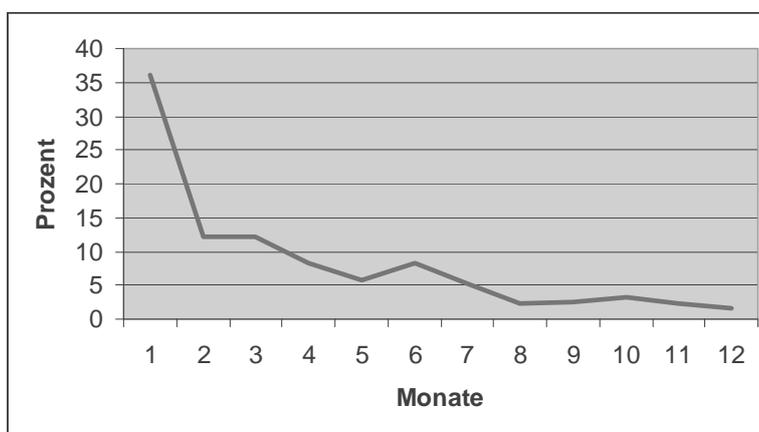
Handlungsbedarf

Die Versorgung von Suchtkranken kann durch eine bessere Früherkennung und Frühintervention sowie eine wirksamere Nachsorge optimiert werden. In Allgemeinkrankenhäusern ließe sich der Blick für Suchtkranke durch gezielte Fortbildungen und Früherkennungssysteme schärfen. Auch niedergelassene Psychotherapeuten könnten mehr Suchtkranke behandeln. Hierzu muss es eine verstärkte Bereitschaft

bei den niedergelassenen Psychotherapeuten geben, Patienten mit psychischen Komorbiditäten nach erfolgtem Entzug und Entwöhnung weiterzubehandeln. Zudem wäre es notwendig, die Psychotherapie-Richtlinien so zu ändern, dass auch der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen eine Indikation für eine ambulante



Eintritt des ersten Rückfalls nach Beendigung der stationären Entwöhnungsmaßnahme



psychotherapeutische Behandlung sein kann. Derzeit „verschweigen“ die niedergelassenen Psychotherapeuten den schädlichen Gebrauch von Substanzen durch ihre Klienten in Psychotherapieanträgen häufig, da entsprechende Anträge durch die Gutachter meist abgelehnt werden.

In der Nachsorge ließen sich die Erfolge von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung besser dadurch sichern, dass die Patienten unmittelbar nach ihrer Entlassung psychosozial betreut würden. Die meisten Rückfälle erfolgen in den ersten zwei Monaten nach der Entwöhnung. Die Wochen nach der Entwöhnung sind für die Patienten somit eine kritische Zeit, in der eine psychosoziale Stabilisierung besonders wirksam wäre. Wer diese Zeit ohne Rückfall übersteht, hat dagegen gute Chancen auf ein suchtfreies Leben: Über 50 Prozent der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten sind ein Jahr nach stationärer Behandlung abstinent.

Informationen zur gemeinsamen Tagung „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ der BPtK mit dem Fachverband Sucht finden Sie unter: www.bptk.de



H.-B. Henkel-Hoving, M. Konitzer, Dr. I. Michels, Dr. C. Korsukéwitz, R. Schneider, Dr. T. Wessel (v. l.)

Gematik beschließt bundesweites Online-Rollout

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geht weiter. Die Gesellschafter der gematik (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Spitzenverbände der Leistungserbringer) haben in ihrer Gesellschafterversammlung am 15. Dezember 2008 grundsätzlich ein bundesweites Online-Rollout der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen beschlossen.

Das Online-Rollout ist die zweite Stufe der Einführung des neuen Versichertenausweises. Die erste Stufe, das Basis-Rollout, wurde im Januar 2009 gestartet. Hierbei erhalten die Versicherten die neue eGK, für die die Leistungserbringer gleichzeitig neue Kartenlesegeräte (eHealth-BCS-Terminals) benötigen. Das Rollout wird Region nach Region bundesweit durchgeführt. Die KV Nordrhein hat im Januar 2009 mit dem Rollout begonnen. Mit dem flächendeckenden Abschluss des Basis-

Rollouts wird nicht vor Mitte 2010 gerechnet. Die Ausstattung der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser sowie Psychotherapeuten mit den neuen Lesegeräten und die Ausgabe der eGK durch die Krankenkassen sind wesentliche Voraussetzungen, um danach die Onlineanwendungen zu nutzen.

Im jetzt beschlossenen Online-Rollout werden zunächst zwei weitere Dienste eingeführt: die Software, mit der die Stammdaten der Versicherten online aktualisiert werden können, und der elektronische Arztbrief (eArztbrief), der die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern vereinfachen soll. Der Start beider Onlineanwendungen ist für die Leistungserbringer freiwillig, für die Versicherten ist die Speicherung ihrer Stammdaten auf der Karte verpflichtend. Die Onlineaktualisierung der Versichertenstammdaten, die vor allem die gesetzlichen Krankenkassen nutzen möchten, ermöglicht z. B.

eine sofortige Prüfung des Versichertenstatus, eine Adressänderung nach Umzug, ohne eine neue Karte ausgeben zu müssen, oder eine Kartensperrung bei Verlust.

Der eArztbrief erlaubt den zielgerichteten Austausch von medizinischen Informationen, z. B. zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten, oder sektorübergreifend, z. B. zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Eine Kommission der BPTK wird die Konzeption des eArztbrief verfolgen und bewerten, ob und in welcher Weise dieser für die PP/KJP nutzbringend angewendet werden kann.

Die vorgezogene Einführung der Onlineanwendungen ist unter den Gesellschaftern der gematik nicht unumstritten. Insbesondere wird kritisiert, dass bis dahin noch keine abschließende Evaluierung der Ergebnisse in den Testregionen vorliegt, welche noch Konsequenzen für das vorgezogene Online-Rollout haben könnte.



EU-Grünbuch zur Zukunft der Gesundheitsberufe in Europa

Europa befindet sich in einem dramatischen demografischen Wandel: Zwischen 2008 und 2060 wird die Zahl der über 65jährigen in den 27 EU-Mitgliedstaaten vorsichtig um etwa 70 Millionen steigen. Die Gruppe der über 80jährigen wird die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe werden. Mit dem von der EU-Kommission vorgelegten „Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa“ (KOM [2008] 725/3) sollen die Herausforderungen dargelegt werden, die diese alternde Gesellschaft für die Gesundheitsberufe und die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten bedeutet.

Schwerwiegendste Folge einer alternden Gesellschaft sei ein immer größerer Nachwuchsmangel bei den Gesundheitsberufen. Viele Gesundheitsberufe seien gerade für junge Menschen wenig attraktiv. Besonders hart träfe dies die ärmeren Staaten und die

Entwicklungs- und Schwellenländer, weil Fachkräfte in „reichere“ Mitgliedstaaten abwanderten („brain drain“). Der technologische Fortschritt im Gesundheitswesen führe gleichzeitig zu einer Erweiterung und Verbesserung der Qualität von Diagnose-, Präventions- und Behandlungsleistungen – allerdings nicht zum Nulltarif. Schließlich würden die Gesundheitssysteme mit neuartigen und wieder auftretenden Gesundheitsgefahren konfrontiert, deren Versorgung zusätzliche finanzielle Ressourcen erfordern werde.

Die Kommission stellt zusammenfassend fest, dass all diese Veränderungen auch in Zukunft zu steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen führen, die die Gesundheitssysteme langfristig vor finanzielle Probleme stellen werden. Etwa 70 Prozent der Gesundheitsausgaben der EU-Staaten würden für Gehälter und Lohnnebenkosten der Beschäftig-

ten im Gesundheitswesen aufgewendet. Die Gesundheitsberufe seien deshalb der wesentliche Ansatzpunkt, um die finanziellen Herausforderungen zu bewältigen. Die Gesundheitssysteme bräuchten künftig noch effektivere und effizientere Leistungserbringer. Das Grünbuch stellt mögliche Maßnahmen dazu vor.

Mit dem Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit“ hatte die Europäische Kommission 2007 eine Strategie veröffentlicht, wie in Europa z. B. Pandemien und Volkskrankheiten in einem alternden Europa durch gesundheitsfördernde Maßnahmen begegnet werden kann. Ziel des nun vorgelegten Grünbuchs ist es, die Probleme der Gesundheitsberufe in der EU stärker in den Vordergrund zu rücken und wirksame Lösungen auf EU-Ebene zu konzipieren. Bis zum 31. März 2009 können noch Stellungnahmen zu dem Grünbuch eingereicht werden.

WBP: Systemische Therapie - ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat am 14. Dezember 2008 die Systemische Therapie als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren eingestuft. Nachdem das erste WBP-Gutachten im Jahre 1999 noch feststellte, dass die Studienlage dafür nicht ausreiche, hat sich die Forschungslage in den vergangenen zehn Jahren ganz erheblich verbessert.

Der WBP stellt in seinem jetzigen Gutachten fest, dass die Systemische Therapie bei Erwachsenen in fünf und bei Kindern und Jugendlichen in vier Anwendungsbereichen als wissenschaft-

lich anerkannt gelten kann. Er empfiehlt deshalb ihre Zulassung als Psychotherapieverfahren, sowohl für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Aussagekräftige Studien lagen in folgenden Anwendungsbereichen vor:

Bei Erwachsenen:

- ... Affektive Störungen,
- ... Essstörungen,
- ... Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten,
- ... Abhängigkeiten und Missbrauch,

... Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.

Bei Kindern:

- ... Affektive Störungen und Belastungsstörungen,
- ... Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen,
- ... Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie Tic-Störungen,
- ... Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.



Das vollständige Gutachten und eine Übersicht über die Bewertung der einzelnen Studien kann auf der Homepage des WBP heruntergeladen werden unter:
www.wbpsychotherapie.de

Akkreditierung von Studiengängen

Nach dem Psychotherapeutengesetz setzt die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) einen Abschluss im Studiengang Psychologie an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule voraus. Der Studiengang muss das Fach Klinische Psychologie einschließen.

Augrund der EU-weiten Einführung von Bachelor-/Masterabschlüssen gelten die bisherigen Rahmenprüfungsordnungen nicht mehr. Damit ist nicht mehr sichergestellt, dass alle psychologischen Studiengänge die notwendigen Kompetenzen

für eine PP-Ausbildung vermitteln. Von der Bezeichnung des Studienabschlusses lässt sich nicht mehr verlässlich auf die erworbenen Kompetenzen schließen. Die BPtK arbeitet daher mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie an einem Katalog von Studieninhalten, die ein Studiengang für eine PP-Ausbildung vermitteln sollte.

Damit sich Hochschulen, die neue Studiengänge konzipieren, bundesweit an diesen Standards orientieren können, hat die Kultusministerkonferenz einem Petition der BPtK zugestimmt.

Hochschulen können künftig auf Antrag Psychotherapeutenkammern an der Akkreditierung von Studiengängen, die den Zugang zur PP-Ausbildung ermöglichen sollen, beteiligen. Möglich ist auch, das Verfahren der Akkreditierung mit dem Verfahren zur Prüfung der berufsrechtlichen Voraussetzungen zu verbinden.

Die BPtK fordert, ein analoges Verfahren künftig auch für die Studiengänge einzurichten, die den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermöglichen.

Weiterhin gesetzliches Krankengeld für Selbstständige

Nach einer seit 01.01.2009 geltenden Regelung haben hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, keinen Anspruch auf Krankengeld mehr. Dafür müssen sie einen besonderen Wahltarif abschließen, für den höhere Beiträge zu zahlen sind.

Diese Regelung kann insbesondere bei älteren Versicherten zu erheblichen Mehrbelastungen führen. Dies hat auch das Bundesministerium für Gesundheit erkannt und schon jetzt eine neue gesetzliche Re-

gelung vorgelegt, die die „ungerechtfertigten“ und „unverhältnismäßigen“ Belastungen durch die Anfang des Jahres in Kraft getretene Umstellung auf Wahltarife korrigieren soll.

Danach sollen Selbstständige auch weiterhin das gesetzliche Krankengeld wählen können. Die Beiträge richten sich in diesem Fall nach dem allgemeinen Beitragssatz. Damit hätten sie einen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, ohne dafür extra bezahlen zu müssen. Das sind maximal 3.675,00 Euro-

monatlich, bezogen auf die Beitragsbemessungsgrenze. Die finanziellen Krankheitsrisiken bis zur siebten Woche können Selbstständige über einen besonderen Wahltarif absichern.

Die Neuregelung ist im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (15. AMG-Novelle) geplant. Die Regelung tritt rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft. Das Kabinett befasste sich am 18. Februar mit der Gesetzeskorrektur. Das Gesetzgebungsverfahren soll kurz vor der Bundestagswahl im September abgeschlossen sein.

Korrumpierte Medizin - neue Regeln dringend nötig

Ärzte sind häufig die „Komplizen der Konzerne“, schreibt Hans Weiss in seinem neuen Buch „Korrumpierte Medizin“, das den manipulativen Einfluss der Pharmaindustrie auf Forschung und Verschreibung insbesondere bei Psychopharmaka dokumentiert. Um ihre Marketingstrategien zu optimieren, nutzen Pharmakonzerne umfangreiche Datenbanken von Ärzten, segmentieren die Ärzteschaft nach ihrem jeweiligen Verschreibungspotenzial und konzentrieren sich mit enormem finanziellen Aufwand auf Meinungsführer und umsatzstarke Ärzte. Kein Wunder, dass in den letzten Jahren neue Psychopharmaka in unabhängigen Studien nicht halten konnten, was sie zunächst versprochen.

Die bisherigen Methoden, die Verflechtungen zwischen Pharmaindustrie und Ärzteschaft offen zu legen, greifen offenbar nicht ausreichend. Seit Längerem werden

deshalb wirksamere Maßnahmen diskutiert: z. B. grundsätzliche Verbote von Geschenken an Ärzte, von kostenlosen Medikamentenmustern, von Unterstützungen für ärztliche Fortbildungsinstitutionen und -kurse. Die Unabhängigkeit von Entscheidungen könnte auch dadurch gestärkt werden, dass Ärzte mit finanziellen Verbindungen zur Pharmaindustrie aus allen Gremien ausgeschlossen werden, in denen Empfehlungen zu Medikamenten ausgesprochen werden.

Hans Weiss: „Korrumpierte Medizin“. Ärzte als Komplizen der Konzerne. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln, 2008.

Kooperation von DRK und BPTK

Das Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und die Bundespsychotherapeutenkammer werden künftig in der Psychosozialen Notfallversorgung enger zusammenarbeiten. Gemeinsam sollen zukunftsweisende Hilfs- und Versorgungsangebote entwickelt und umgesetzt werden. Vorrangiges Ziel ist, Einsatzkräften, die selbst in psychische Notlagen geraten, eine professionelle psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Kompakter Überblick: Approbiert, was nun?

„Approbiert, was nun?“ – Einen kompakten Überblick für den Berufseinstieg von Psychotherapeuten bieten Best, Gerlach, Mittelstaedt, Munz, Stellpflug und Wittmann in ihrem neuen Handbuch für Neuapprobierte. Das Buch vermittelt differenziert und leicht verständlich die sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Profession. Es ist gleichermaßen hilfreich für niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Institutionen und greift berufsrechtliche Fragestellungen genauso auf wie Fragen der Vergütung und Existenzgründung.



Teilzulassung geregelt

Seit dem 1. Januar 2009 ist klargestellt, dass Kassenärztliche Vereinigungen auch halbe Versorgungsaufträge aususchreiben haben, die von niedergelassenen Psychotherapeuten zurückgegeben werden. Zu regionalen Sonderregelungen mit dem Ziel, bei Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag das Honorar zu kürzen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenverbände jetzt nicht mehr befugt. Das entscheidet aktuell der Bewertungsausschuss, in dem KBV und GKV-Spitzenverband vertreten sind.

Für Psychotherapeuten ist die Teilzulassung von besonderer Relevanz, da seit dem 1. Januar 2009 keine Altersgrenze

für Vertragspsychotherapeuten bzw. -ärzte mehr besteht. Anders als bei Vertragsärzten warten viele approbierte Psychotherapeuten auf die Möglichkeit einer Niederzulassung. Gleichzeitig werden sich niedergelassene Psychotherapeuten, die mit zunehmendem Alter ihre Praxistätigkeit herunterfahren wollen, leichter dazu entschließen können, die Hälfte des Versorgungsauftrages zurückzugeben, wenn ihnen hierdurch keine Nachteile entstehen. Die Teilzulassung erleichtert eine generationenübergreifende Solidarität der Psychotherapeuten und kann gleichzeitig eine Verschärfung der Unterversorgung psychisch kranker Menschen vermeiden helfen.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie - Mitglieder der III. Amtsperiode

Bundespsychotherapeutenkammer		Bundesärztekammer	
Mitglied	Stellvertreter/in	Mitglied	Stellvertreter
Prof. Dr. Günter Esser	Dr. Eberhard Windaus	Prof. Dr. Manfred Cierpka	Prof. Dr. Manfred Beutel
Prof. Dr. Thomas Fydrich	Prof. Dr. Nina Heinrichs	Prof. Dr. Gereon Heuft	Prof. Dr. Wolfgang Herzog
Prof. Dr. Siegfried Gauggel	PD Dr. Kirsten von Sydow	Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl	Prof. Dr. Kai von Klitzing
Prof. Dr. Falk Leichsenring	Prof. Dr. Ulrich Stuhr	Prof. Dr. Michael Linden	Prof. Dr. Harald Freyberger
Prof. Dr. Dietmar Schulte	Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt	Prof. Dr. Klaus Lieb	Prof. Dr. Ulrich Schweiger
Prof. Dr. Bernhard Strauß	Prof. Dr. Jochen Eckert	Prof. Dr. Renate Schepker	Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Scheide
Verlag: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.
Druck: Zimmermann-Druck, Balve

Nachdruck und Fotokopien auch auszugweise 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