



BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2012

Mai
2012

Themen dieser Ausgabe:

- *In Deutschland fehlen 4.000 psychotherapeutische Praxen*
- *Gesetzesentwurf: Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik*
- *Neues Gesundheitsziel „Gesund älter werden“*
- *Patientenrechtgesetz: Rechte psychisch kranker Patienten stärken*
- **Bedarfsplanung**
Interview mit Dr. Andreas Köhler
- **BPTK-Fokus:**
Psychotisch kranke Menschen leitliniengerecht versorgen
- **BPTK-Inside:**
*Morbi-RSA: Psychische Krankheiten stärker berücksichtigen
Gesetzesentwurf zur Sicherungsverwahrung problematisch*

In Deutschland fehlen 4.000 psychotherapeutische Praxen

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist seit dem 1. Januar in Kraft. Danach ist der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, noch in diesem Jahr eine Reform der Bedarfsplanung vorzulegen. Thema ist dabei auch die psychotherapeutische Versorgung, denn ein Gesundheitssystem, in dem Patienten wochen- und monatelang auf einen Termin warten müssen, ist dringend verbesserungsbedürftig.

Systemversagen in ländlichen Regionen

In Deutschland ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere auf dem Land nicht sichergestellt. Auf dem Land warten psychisch kranke Menschen doppelt so lange auf einen Behandlungsplatz wie in der Stadt. Im Durchschnitt erhalten psychisch Kranke in ländlichen Kreisen erst nach vier Monaten einen Termin, in Großstädten immerhin nach knapp zwei Monaten. In Brandenburg warten psychisch kranke Menschen fast fünf Monate, in Mecklenburg-Vorpommern viereinhalb Monate und in Thüringen knapp vier Monate. „Der Gemeinsame

Bundesausschuss hat den Bedarf an ambulanter Psychotherapie in den ländlichen Regionen im Jahr 1999 erheblich unterschätzt, als er die Zahl der Psychotherapeuten festlegte“, kritisiert BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. „Um die eklatante Unterversorgung auf dem Land zu beheben, brauchen wir deutlich mehr Psychotherapeuten.“ Deshalb fordert die Bundespsychotherapeutenkammer rund 4.000 Praxissitze zusätzlich, um eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung vor allem in ländlichen Regionen zu gewährleisten.

In „ländlichen Kreisen mit geringer Dichte“ (Kreistyp 9) versorgen bislang durchschnittlich etwa neun Psychotherapeuten jeweils 100.000 Einwohner. „Das ist skandalös wenig“, urteilt BPTK-Präsident Richter. In ländlichen Regionen sollten zumindest in etwa halb so viele Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner tätig sein wie in Großstädten. In Großstädten arbeiten knapp 60 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. „Langfristig sollte sich der Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten an Alter, Geschlecht,

sozialer Schicht und Morbidität der Bevölkerung orientieren“, schlägt BPTK-Präsident Richter vor. „Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte ein unabhängiges Institut damit beauftragen, diese Kriterien für eine qualitative Bedarfsplanung zu entwickeln. Kurzfristig brauchen wir aber dringend eine Korrektur der Bedarfsplanung, die die gravierendsten Mängel der bisherigen Berechnungen korrigiert.“

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Psychische Krankheiten sind auf dem Land kaum seltener als in der Stadt. In Großstädten erkranken jährlich rund 34 Prozent der Bevölkerung, auf dem Land circa 26 Prozent. Das Risiko psychisch zu erkranken beträgt auf dem Land also 75 Prozent des Risikos in der Stadt. Die bisherige Bedarfsplanung geht aber davon aus, dass auf dem Land nur elf Prozent der in der Stadt erforderlichen Psychotherapeuten notwendig sind. „Bei keiner Arztgruppe werden so große Unterschiede zwischen Stadt und Land gemacht wie bei den Psychotherapeuten“, kritisiert der BPTK-Präsident. „Dafür gibt es keine sachliche Begründung.“

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der 20. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat am 12. Mai in Berlin Bundesgesundheitsminister Bahr an seine Zusage erinnert, noch in dieser Legislaturperiode die Ausbildung zum Psychotherapeuten zu reformieren. Bei den Zugangsvoraussetzungen herrscht insbesondere bei der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein föderales Chaos und die finanzielle Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit grenzt in vielen Krankenhäusern an Ausbeutung. Der 20. DPT hat die Politik aufgefordert, den in der Profession konsentierten Gesetzesvorschlag aufzugreifen und endlich zu handeln. Bis dahin liegt es in der Hand der Psychotherapeuten, das bisherige Ausbildungsniveau in seiner Qualität zu sichern. Der 20. DPT hat deshalb alle Ausbildungsinstitute aufgefordert, nur Hochschulabsolventen mit ausreichender Qualifikation für postgraduale Ausbildungsgänge zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufzunehmen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

*Fortsetzung von Seite 1***Historische Planungsfehler**

Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelte im Jahr 1999 die zulässige Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten nicht auf Basis der Häufigkeit der psychischen Erkrankungen, er zählte vielmehr die durchschnittliche Zahl der psychotherapeutischen Praxen in Kreisen und Städten und legte diese als Höchstgrenzen fest. Dabei legte er nicht – wie bei den Ärzten – die Versorgung in Westdeutschland zugrunde, sondern bezog Ostdeutschland in seine Berechnungen mit ein. Im Osten gab es jedoch aus historischen Gründen deutlich weniger niedergelassene Psychotherapeuten als im Westen. So versorgte nach Daten aus dem Jahr 2000 ein Psychotherapeut in einem ländlichen Kreis Ostdeutschlands rund 33.000 Einwohner, im Westen waren es dagegen erheblich weniger, nur circa 11.000 Einwohner. „Die BPTK fordert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch bei den Psychotherapeuten der Logik der Bedarfsplanung folgt und die Versorgungsdichte in Westdeutschland zum Ausgangspunkt der Planungsentscheidungen macht“, erklärt Prof. Dr. Rainer Richter. „Systematische Fehlentscheidungen des Jahres 1999 sind bis heute die Ursache für eine außergewöhnliche Unterversorgung psychisch kranker Menschen.“

Pendler

Die BPTK schlägt außerdem vor, Pendler zwischen ländlichen Regionen und Ballungszentren in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Menschen, die in die Großstädte zur Arbeit fahren, nehmen Psychotherapie auch in der Nähe des Arbeitsplatzes in Anspruch. Es ist deshalb sinnvoll, dass in Großstädten mehr Psychotherapeuten tätig sind als in ländlichen Regionen. Nicht-Erwerbstätige, Kinder, Jugendliche und Rentner benötigen allerdings weiterhin eine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung.

Demografiefaktor

Um den Behandlungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss den sogenannten Demografiefaktor eingeführt. Mit diesem Faktor soll der steigende Anteil von älteren Menschen und deren spezifische Krankheitshäufigkeit in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Psychische Krankheiten treten in allen Altersgruppen aber ungefähr gleich häufig auf. Ein altersbedingter Behandlungsmehrbedarf spielt daher – anders als bei vielen körperlichen Erkrankungen – bei psychischen Erkrankungen keine Rolle. Die Behandlungsrate bei älteren Menschen kann bestenfalls auf das Niveau jüngerer Menschen angehoben werden, einen demografiebedingten Mehrbedarf wird es bei alten Menschen nicht geben. „Die BPTK fordert das Aussetzen des Demografiefaktors für die Psychotherapeuten“, erklärt Richter, „da insbesondere die erheblich unterversorgten ländlichen Regionen durch die Anwendung des Demografiefaktors nochmals schlechter gestellt werden.“

Extrabudgetäre Vergütung

Der Knackpunkt der Debatte aber wird nicht die Unterversorgung sein, sondern ob eine bessere Versorgung für psychisch kranke Menschen überhaupt politisch gewollt ist und deshalb auch bezahlt wird. Die BPTK schätzt, dass 4.000 psychotherapeutische Praxen der gesetzlichen Krankenversicherung rund 300 Millionen Euro zusätzlich kosten. Sie fordert eine extrabudgetäre Vergütung der Psychotherapeuten, die ab dem Jahr 2013 neu zugelassen werden. Die Honorare für die zusätzlichen Praxen sollten zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von den Krankenkassen finanziert werden. Eine extrabudgetäre Vergütung erfordert eine Gesetzesände-

rung (§ 87a Absatz 3 SGB V). Ob die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Forderungen der deutschen Psychotherapeuten unterstützt, hängt von der Einführung einer extrabudgetären Vergütung ab.

„Die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen sollten erkennen, dass sich Investitionen in die ambulante psychotherapeutische Versorgung für sie rechnen“, mahnt BPTK-Präsident Rainer Richter. „Patienten, die keinen Psychotherapeuten finden, wenden sich notgedrungen häufiger an Krankenhäuser oder warten so lange, bis sich ihre Erkrankung verschlimmert oder chronisch geworden ist. Es liegt im ökonomischen Interesse der Krankenkassen, für eine ausreichende und leitlinienorientierte psychotherapeutische Versorgung zu sorgen.“ Die gesetzlichen Krankenkassen geben allein für das Krankengeld, das sie aufgrund psychischer Krankheiten zahlen müssen, jährlich rund zwei Milliarden Euro aus. Nach jüngsten Berechnungen der Bundesregierung entstehen jährlich durch psychische Krankheiten in den Unternehmen Produktionsausfälle von 26 Milliarden Euro.

Für psychisch kranke Menschen, die bis zur Reform der Bedarfsplanung nicht warten können, hat die BPTK einen Rat: Nutzen Sie die Kapazitäten und Kompetenzen der psychotherapeutischen Privatpraxen und beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse, dass sie die Kosten für die Behandlung von approbierten Psychotherapeuten übernimmt, die nicht zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Was ein Versicherter genau tun muss, damit der Antrag auch genehmigt wird, hat die BPTK in einem Ratgeber zusammengestellt, der bei der Geschäftsstelle angefragt oder im Internet heruntergeladen werden kann.

BPTK-Pressemitteilung
vom 14.05.2012
www.bptk.de

BPTK-Broschüre
www.bptk.de
> Patienten

BPTK-Pressemitteilung
vom 25.04.2012
www.bptk.de

Bedarfsplanung

Interview mit KBV-Vorstandsvorsitzendem Dr. Andreas Köhler

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz beauftragt, sachgerechte Kriterien für eine Reform der Bedarfsplanung zu entwickeln. Es liegt damit in der Hand der gemeinsamen Selbstverwaltung, die psychotherapeutische Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen ab 2013 zu beheben. Für die deutsche Psychotherapeutenchaft ist von besonderem Interesse, wie sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) positioniert. Wir haben deshalb ein Interview mit dem KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler geführt.

Die Unterversorgung psychisch kranker Menschen in der ambulanten Psychotherapie war Thema der politischen Beratungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. Wie lässt sich die durchschnittliche Wartezeit von dreieinhalb Monaten aus Ihrer Sicht verkürzen?

Die Situation ist komplexer als dies Durchschnitte zum Ausdruck bringen können. Tatsache ist aber, dass wir insbesondere in ländlichen Gegenden oder aber auch in den neuen Bundesländern lange Wartezeiten haben, die teilweise sogar über den bundesweiten Durchschnitt hinausgehen. Wir sprechen uns daher dafür aus, neue Psychotherapeutenplätze in denjenigen Gegenden einzurichten, wo die Versorgungssituation am prekärsten ist. Zweifelsohne stellt es aber kein Patentrezept dar, einfach mehr Sitze zu fordern. Daneben gibt es auch weitere Ansätze. Einer davon ist die Diskussion um den sogenannten Versorgungsbeitrag. Nehmen alle Psychotherapeuten entsprechend ihres Zulassungsumfangs an der Versorgung teil und stehen für Behandlungen zur Verfügung? Diese Frage betrifft alle Fachgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung und muss angegangen werden. Wartezeit

ist nicht gleich Wartezeit. Wir sollten diese Frage der Priorität von Versorgungsangeboten zum Thema machen. Neben einer Veränderung der Vergütungsstruktur können zudem auch Maßnahmen der Qualitätssicherung möglicherweise eine Rolle spielen, um Wartezeiten zu verkürzen.

Im Jahr 1999 wurde bei der Bedarfsplanung das verfügbare psychotherapeutische Versorgungsangebot unzureichend erfasst. Bis zum August des Jahres waren viele Zulassungsanträge und Widersprüche noch nicht bearbeitet, Ermächtigungen zur Nachqualifikation wurden gar nicht berücksichtigt. Dagegen gingen in die Bedarfsplanung die extrem unterversorgten Planungsbereiche in Ostdeutschland ein. Was halten Sie davon, zukünftig bei der Bedarfsplanung die psychotherapeutischen Praxiszahlen aus dem Jahr 2005 in Westdeutschland zugrunde zu legen?

Wir berechnen unterschiedliche Modelle. Dabei variieren wir auch das Aufsatzjahr der Bedarfsplanung. Wir haben uns entsprechende Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer zukommen lassen. Ich bin mir sicher, dass sich konstruktive, gemeinsame Lösungen finden lassen werden.

Es gibt keinen Psychotherapeutenmangel. Viele neuapprobierte Psychotherapeuten suchen Praxissitze durchaus auch in ländlichen Regionen. Berücksichtigen Sie das bei Ihren Überlegungen?

Wie schon angesprochen, setzen wir uns für die Stärkung gerade der Versorgung in ländlichen Gebieten ein. Sie sprechen hier aber auch einen Zielkonflikt an, der uns in der Diskussion mit vielen Fachgruppen begegnet. Oftmals wird Bedarfsplanung, neben der Gebührenordnung und der Weiterbildung, als Instrument der

Fachgruppenprofilierung gesehen. Dies ist legitim und Anliegen einer jeden Interessensgruppe. Unsere Aufgabe ist es aber, für einen vergleichbaren Zugang zur Versorgung für alle Versicherten zu sorgen. Bei begrenzten finanziellen Ressourcen können wir nicht einfach nur neue Sitze fordern. Wir müssen – sofern eine statistische Überversorgung festgestellt wird – auch über den Wegfall von Sitzen sprechen.

Eine Regelung für die Finanzierung zusätzlicher Kapazitäten steht noch aus. Welche Lösungen schlägt die KBV der Gesundheitspolitik vor?

Der Bedarf an ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung wird steigen. Dafür sorgen der demografische Wandel, die Zunahme von seelischen Erkrankungen sowie die Verlagerung von bislang in der Familie, in Vereinen oder anderen sozialen Netzwerken bewältigten Lebenssituationen und -krisen in die Praxen. Dies ist nicht aus dem Bestand der bisherigen Vergütung heraus zu finanzieren, sondern bedarf zusätzlicher Mittel.

Während der Gemeinsame Bundesausschuss berät, warten Patienten weiterhin viel zu lange auf einen Psychotherapieplatz. Immer mehr Patienten bemühen sich daher um eine Behandlung im Wege der Kostenerstattung, da fast alle Privatpraxen über eine Fachkunde in einem Richtlinienverfahren verfügen. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?

Kostenerstattung nimmt zu, die Krankenkassen legen derzeit keine übertriebene Transparenz zum Umfang der gezahlten Beiträge an den Tag. Ich hoffe, dass der Druck der Kostenerstattung auch die Kostenträger zu der Überzeugung bringt, mehr in den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen zu investieren.



Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender
der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Gesetzentwurf: Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Mit dem Gesetzentwurf zur Einführung eines neuen Entgeltsystems will die Bundesregierung die Weichen für ein pauschalierendes und leistungsorientiertes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik stellen. Das neue Entgeltsystem soll mit einer vierjährigen budgetneutralen Einführungsphase und einer fünfjährigen Konvergenzphase vor dem Jahr 2022 umgesetzt werden.

Das Gesetz enthält die Möglichkeit, die Versorgung stärker sektorenübergreifend und an Leitlinien orientiert zu entwickeln. So wird der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal zu geben und sich dabei an der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu orientieren. Durch den Ersatz der Psych-PV durch neue Empfehlungen zur Struktur-

qualität befürchten viele einen Personalabbau in den psychiatrischen Einrichtungen. Aus Sicht der BPTK bleibt dabei zu berücksichtigen, dass die Psych-PV veraltet ist. Seit der Einführung der Psych-PV vor mehr als 20 Jahren hat sich das Wissen um die Behandlung psychischer Erkrankungen stetig weiterentwickelt. Es existieren mittlerweile S3-Leitlinien oder vergleichbare internationale Leitlinien für die häufigsten psychischen Erkrankungen, wie Unipolare Depression, Schizophrenie, Demenz, Zwangs- oder Essstörungen. Die Psych-PV legte den Personalschlüssel anhand klinisch abgeleiteter Tätigkeitsprofile fest. Heute lassen sich Behandlungsziele, aber auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen und damit die Personalausstattung der Kliniken anhand evidenzbasierter Leitlinien entwickeln.

Darüber hinaus berücksichtigt die Psych-PV nicht das Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1999 und die damit neu geschaffenen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Im Jahr 2010 arbeiteten insgesamt 6.247 PP und KJP im Krankenhaus. Damit tragen sie in vergleichbarem Umfang wie die 7.041 Fachärzte zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen bei.

Die BPTK begrüßt die Vorgaben des Gesetzentwurfs zur Sicherung der Strukturqualität und schlägt vor, sich bei der Entwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen an wissenschaftlichen Leitlinien zu orientieren sowie die Berufsgruppen der PP und der KJP zu berücksichtigen.

BPTK - News vom
22.03.2012
www.bptk.de

Neues Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Im März wurde das neue Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ veröffentlicht. Es beschreibt Ziele und Strategien, damit in allen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung den Herausforderungen des demografischen Wandels angemessen begegnet werden kann.

In einer alternden Gesellschaft steigt nicht nur die Häufigkeit von Erkrankungen, sondern es verändert sich auch deren Spektrum. Insbesondere nehmen chronische Erkrankungen, Multimorbidität und der Bedarf an Pflegeleistungen zu. Das Ziel „Gesund älter werden“ schlägt konkrete Handlungsstrategien vor und richtet sich dabei vor allem an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, Kostenträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Zivilgesellschaft und Wissenschaft.

Ein Ziel ist die Stärkung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit älterer Menschen. Etwa ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahren leidet an einer psychischen Krankheit, die oft jedoch nicht richtig diagnostiziert und behandelt wird.

Während sich die Suizidraten in der Gesamtbevölkerung seit 1980 mehr als halbiert haben, ist der Anteil alter Menschen an der Gesamtzahl der Suizide gestiegen. Ein weiteres bislang vernachlässigtes Thema ist die Sucht im Alter – vor allem die Abhängigkeit von Alkohol und Tranquilizern. Daneben ist die Fehlversorgung mit Psychopharmaka bei älteren Menschen ein großes Problem. Die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung wird jedoch kaum in Betracht gezogen, obwohl die Effektivität von Psychotherapie auch bei alten Menschen gut belegt ist.

Das Gesundheitsziel empfiehlt, ältere Menschen und ihre Angehörigen besser über Möglichkeiten zur Erhaltung und Stärkung psychischer Gesundheit zu informieren. Daneben sollen die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den verschiedensten Gesundheitsberufen in Bezug auf psychische Störungen verbessert werden, damit etwa der Hausarzt Depressionen adäquat diagnostiziert oder die Pflegekraft im unmittelbaren Kontakt mit älteren Menschen frühzeitig Anzeichen psychischer Störungen bemerkt und auf sie aufmerksam macht. Bei der Behandlung soll Psychotherapie im Alter genauso selbstverständlich in Betracht gezogen werden wie bei jüngeren Patientinnen und Patienten.

Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde seit 2009 unter Mitwirkung der BPTK im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeitet.

Link:
www.gesundheitsziele.de

Psychotisch kranke Menschen leitliniengerecht versorgen

Etwa ein Prozent der Menschen erleidet im Laufe seines Lebens eine psychotische Erkrankung. Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen immer auch Psychotherapie als wirksame Behandlungsmethode. „In der Realität dominiert jedoch eine einseitige Pharmakotherapie“, kritisierte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter auf der Veranstaltung „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychosen“ in Berlin. „Psychotisch kranke Menschen erhalten selten die bestmögliche Behandlung.“ Die Tagung war Auftakt einer neuen BPtK-Veranstaltungsreihe, die zeigt, wie wichtig Psychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen ist und wie sich Versorgungskonzepte in der Fläche umsetzen lassen.

Leitlinie Schizophrenie

Prof. Dr. Stefan Klingberg vom Universitätsklinikum Tübingen referierte zur Psychotherapie bei schizophrenen Störungen auf der Basis der aktualisierten britischen NICE-Guideline. Die britischen Behandlungsempfehlungen, die im März 2009 fertiggestellt worden waren, seien international als die beste Leitlinie für Schizophrenie akzeptiert. Aufgrund der umfangreichen Evidenz aus zahlreichen klinischen Studien empfehle die Leitlinie, dass die Kognitive Verhaltenstherapie allen Patienten mit Schizophrenie angeboten werden solle. Die Kognitive Verhaltenstherapie solle als Einzeltherapie sowohl zur Behandlung von andauernden Positiv- und Negativsymptomen als auch zur Rückfallprophylaxe eingesetzt werden. Darüber hinaus empfehle die britische Leitlinie Familieninterventionen, die u. a. Komponenten des Krisenmanagements oder des Problemlösens enthielte. Als besonders hilfreich würden diese Interventionen bei Patienten mit hohem Rückfallrisiko und andauernden Symptomen eingeschätzt.

Umsetzungshindernisse

Implementierungshindernisse sah Klingberg sowohl auf Seiten der Psychotherapeuten und zweiseitigen Ärzte als auch in den strukturellen Bedingungen der Richtlinienpsychotherapie und der Krankenhausversorgung. Psychotherapie müsse künftig fester Bestandteil der stationären Routineversorgung von schizophren erkrankten Patienten werden. Bei der Planung neuer Versorgungskonzepte seien qualifizierte psychotherapeutische Leistungen verbindlich vorzusehen. Ferner bedürfe es einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend, dass ambulante Psychotherapie nicht länger auf die Behandlung der psychischen Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen beschränkt bleibe, sondern grundsätzlich zur Behandlung der Schizophrenie indiziert sei. Die BPtK hat deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert, die Diagnosegruppe der „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ selbst als Indikation für eine ambulante Psychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie aufzuführen, damit künftig eine leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit Psychosen erleichtert wird.

Stationäre Versorgung

In der stationären Versorgung dominiert noch die medikamentöse Behandlung von Psychosepatienten, stellte Bert Hager von der Klinik Bonn des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) fest. Der Stellenwert psychotherapeutischer, psychoedukativer und anderer nicht-medikamentöser Therapien sei weitgehend abhängig von den in den Krankenhäusern vorherrschenden therapeutischen Grundüberzeugungen. Für die LVR-Klinik Bonn beschrieb Hager, wie sich die therapeutischen Maßnahmen aus den phasenspezifisch definierten Behandlungszielen ableiten, von

der akuten über die postakute Phase bis zur Remission. An seiner Klinik würde Kognitive Verhaltenstherapie in einem individualisierten Ansatz spätestens in der subakuten Phase eingesetzt. Ferner gehöre die kognitive Rehabilitation, Familienintervention (insbesondere zur Rückfallprophylaxe) und Psychoedukation im Einzelsetting und in Gruppen zu den zentralen Behandlungsangeboten.

Tiefenpsychologische Konzepte

Wie ein tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapieansatz stationär realisiert werden kann, stellte Dr. Karsten Schützmann von der Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll in Hamburg vor. Die Patienten nähmen – auch in akuten psychotischen Phasen – zwei bis dreimal wöchentlich an einer Gruppenpsychotherapie teil. Parallel dazu fände zweimal wöchentlich Einzelpsychotherapie statt. Der modulare Aufbau der Behandlungseinheit Schizophrenie in seiner Klinik unterstütze das psychotherapeutische Konzept. Die Station sei eine Behandlungseinheit mit stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsplätzen. Ein Wechsel zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung sei in beide Richtungen jederzeit möglich.

Ambulante Praxis

Dass eine psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie auch ambulant gut möglich ist, zeigte der Psychotherapeut Dr. Norbert Matejek anschaulich in seinem Vortrag. Neben ausreichender psychiatrischer und klinischer Erfahrung sowie einer guten Supervision sei vor allem eine Vernetzung mit dem behandelnden Psychiater, den sozialpsychiatrischen Diensten oder dem zuständigen psychiatrischen Krankenhaus wichtig, um insbesondere in Krisen des Patienten ausreichende Unterstützungsmöglichkeiten zu haben.

BPtK-Bericht
vom 07.05.2012
www.bptk.de

Patientenrechtegesetz: Rechte psychisch kranker Patienten stärken

Das Bundesjustizministerium (BMJ) und das Bundesgesundheitsministerium (BMG) haben im Januar gemeinsam einen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)“ vorgelegt.

Die BPTK sieht das Vorhaben grundsätzlich positiv. Eine gesetzliche Regelung zum Behandlungsvertrag kann sowohl Patienten als auch Leistungserbringern die Möglichkeit verschaffen, sich zügig und verlässlich über die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag zu informieren. Die BPTK sieht aber an einigen Stellen dringenden Änderungsbedarf.

Keine Diskriminierung

Der Gesetzentwurf sieht an verschiedenen Stellen vor, dass Patientenrechte aus erheblichen therapeutischen Gründen eingeschränkt werden können. Das ist fachlich sinnvoll und findet unsere volle Unterstützung. Problematisch ist, dass in der Begründung zum Referentenentwurf an mehreren Stellen darauf hingewiesen wird, dass diese Einschränkung insbesondere für psychisch kranke Patienten relevant sei.

Der pauschale Verweis auf psychisch kranke Patienten ist an dieser Stelle nicht nur missverständlich, sondern auch diskriminierend. Sowohl bei psychisch als auch bei körperlich kranken Menschen können besondere Belastungssituationen bestehen, die eine Einschränkung bestimmter Rechte notwendig machen. Eine Entscheidung über die Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation kann in diesen Ausnahmefällen nur nach einer ausgewogenen Abwägung und bezogen auf den Einzelfall getroffen werden. Durch die pauschale Bezugnahme auf psychisch Kranke wird jedoch der Ein-

druck erweckt, deren Rechte könnten einfacher eingeschränkt werden als die Rechte somatisch Kranker.

Die BPTK hat daher gefordert, auf den pauschalen Verweis in der Begründung zu verzichten und stattdessen den Aspekt der einzelfallbezogenen Abwägung hervorzuheben. Außerdem sollte in der Gesetzesbegründung auch die Definition von „seelischer Erkrankung“ an den fachwissenschaftlichen Standard angepasst und auf die veralteten und unzutreffenden Definitionen aus einem Medizinrechtslehrbuch verzichtet werden.

Patientenakte

Patienten dürfen nach dem Gesetzentwurf ihre Patientenakte grundsätzlich und vollständig einsehen, es sei denn, es stehen dem erhebliche therapeutische Gründe entgegen. Vor etwa 30 Jahren hatte der Bundesgerichtshof noch entschieden, dass sich das Einsichtnahmerecht nicht auf subjektive Eindrücke erstreckt, die in der Dokumentation festgehalten werden. Dagegen entschied das Bundesverfassungsgericht 2006, dass sich das Einsichtnahmerecht eines Patienten im Maßregelvollzug auf alle Unterlagen erstreckt. Es ließ dabei ausdrücklich offen, ob dies nicht für alle Behandlungsverhältnisse gelten muss. Der Gesetzentwurf bejaht diese Frage zugunsten der Patientenrechte. Diese Regelung berührt einen sensiblen Bereich für die psychotherapeutische Behandlung. Die BPTK sieht es daher als geboten an, die Diskussion um den Stellenwert und die Definition der sogenannten subjektiven Aufzeichnungen in der Psychotherapie auf breiter Basis innerhalb der Profession zu führen. Zu diesem Themenschwerpunkt findet am 27.09.2012 in Berlin ein offener Workshop statt, in dem die Implikationen gemein-

sam mit dem BPTK-Vorstand ausgelotet werden sollen.

Minderjährige Patienten

Die Begründung des Gesetzentwurfs geht auf die Frage ein, wann Minderjährige einwilligungsfähig sind und was dies in der Konsequenz bedeutet. Hierzu verweist sie auf die bisherige Rechtsprechung. Die BPTK fordert dagegen bei dieser wichtigen Frage eine ausdrückliche Regelung im Gesetzestext, da dieser doch gerade bisheriges Richterrecht kodifizieren soll. Das Gesetz sollte außerdem die Möglichkeit schaffen, eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte zu verweigern. Dies sollte dann möglich sein, wenn Konflikte zwischen Patient und seinen Sorgeberechtigten zentraler Gegenstand der Behandlung sind oder wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Einsichtnahme zu dem Zweck erfolgt, sich Informationen für eine Auseinandersetzung zwischen den Sorgeberechtigten zu beschaffen. Wenn in diesen Fällen ein Minderjähriger nicht einwilligungsfähig ist, könnte z. B. ein Ergänzungspfleger das Recht des Minderjährigen wahrnehmen.

Eine solche Regelung würde die Rechte Minderjähriger erheblich stärken. Sie müssten zum einen nicht befürchten, dass ihre Eltern von ihren Äußerungen während einer Behandlung dadurch Kenntnis erlangen, dass sie das Einsichtnahmerecht des Kindes wahrnehmen. Zum anderen kann damit verhindert werden, dass – was leider vergleichsweise häufig vorkommt – Äußerungen von Kindern und Jugendlichen in einer Therapie von Eltern in Sorgerechtsstreitigkeiten verwendet werden. Dies würde letztlich den Zweck des Gesetzes, die Rechte auch des minderjährigen Patienten zu stärken, in sein Gegenteil verkehren.

Workshop der BPTK
„Patientenrechtegesetz:
Auswirkungen auf die
Praxis“ am 27.09.2012
in Berlin

Morbi-RSA: Psychische Krankheiten stärker berücksichtigt

Im Jahr 2013 werden psychische Krankheiten stärker im Finanzausgleich der gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigt. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat am 9. März eine neue Liste der Krankheiten festgelegt, deren Kosten im „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ (Morbi-RSA) zwischen den Kassen ausgeglichen werden. Das BVA strebte eine engere Abgrenzung der Krankheiten unter ätiologisch-pathogenetischen Aspekten und insbesondere eine Überprüfung der psychischen Krankheiten an. Dabei griff es zahlreiche Anregungen

der BPtK auf. Das führte dazu, dass die Angst- und Zwangserkrankungen einschließlich der Posttraumatischen Belastungsstörung in einer Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zusammengefasst wurden. Ein erheblicher Fortschritt ist es auch, die hyperkinetischen Störungen und die Störungen des Sozialverhaltens unter den „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zusammenzufassen. Damit lässt sich die grundsätzliche Benachteiligung von Erkrankungen, die schwerpunktmäßig im

Kindes- und Jugendalter auftreten, zumindest teilweise kompensieren. Außerdem werden im nächsten Jahr zusätzlich auch die Krankheiten „chronischer Schmerz“ und „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ im Morbi-RSA berücksichtigt.

Dadurch, dass die Kosten psychischer Erkrankungen im Morbi-RSA umfassender berücksichtigt werden, verbessern sich die Voraussetzungen für Krankenkassen, in eine leitliniengerechte und effiziente Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen zu investieren.

Bundesversicherungsamt
www.bva.de
> Risikostrukturausgleich
> Festlegungen

Gesetzentwurf zur Sicherungsverwahrung problematisch

Das Kabinett hat am 7. März 2012 den Gesetzentwurf zur Sicherungsverwahrung beschlossen. Dadurch kommt die Regierung einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. Mai 2011 nach, das die bisherigen gesetzlichen Regelungen für verfassungswidrig erklärt hatte, insbesondere weil sich die Sicherungsverwahrung nicht ausreichend vom normalen Strafvollzug unterscheidet (Abstandsgebot). Deshalb hatte das Bundesverfassungsgericht vom Bundesgesetzgeber gefordert, den Ländern entsprechende Leitlinien bei der Neuordnung der Vollzugsgesetze vorzugeben.

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf begrüßt, dass bei angeordneter oder drohender Sicherungsverwahrung dem Täter bereits im vorangehenden Strafvollzug eine individuelle und intensive Betreuung auf der Basis einer umfassenden Behandlungsuntersuchung anzubieten ist. Dabei hatte die BPtK eine Klarstellung gefordert, dass diese Untersuchung im Strafvollzug möglichst frühzeitig erfolgen und die Behandlungen zeitig beginnen sollten.

In dem nun vorliegenden Gesetzentwurf wurde der Vorschlag der BPtK nicht aufgegriffen, die Möglichkeit der nachträglichen Überweisung nach § 67a StGB in eine andere Maßregel wieder zu streichen. Durch die Überweisungsoption besteht die Gefahr, dass im Strafvollzug nicht die erforderlichen personellen und therapeutischen Ressourcen geschaffen werden. Von der Überweisungsmöglichkeit könnte immer dann Gebrauch gemacht werden, wenn intensivere Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind. Darüber hinaus sieht die BPtK die Gefahr, dass die Länder die erforderlichen Aufstockungen der personellen Ressourcen im Strafvollzug nicht hinreichend sicherstellen und es vornehmlich zur Verschiebung der vorhandenen Ressourcen zulasten anderer Straftäter kommt.

Die Bundestagsdebatte am 8. März 2012 ließ darüber hinaus erkennen, dass von SPD und CDU/CSU eine Ergänzung des Regierungsentwurfs um eine nachträgliche Therapieunterbringung gefordert werden könnte. Diese soll für diejenigen Straftäter in Betracht kommen, bei denen im Urteil keine Siche-

rungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten wurde und deren Gefährlichkeit erst während der Haft festgestellt und diese auf eine psychische Störung zurückgeführt wurde.

Damit würde der rechtlich unbestimmte juristische Begriff der psychischen Störung für die nachträgliche Unterbringung von gefährlichen Straftätern nicht nur für die so genannten Altfälle (Therapieunterbringungsgesetz), sondern auch für nach neuem Recht verurteilte Straftäter eine zentrale Rolle spielen. Mit dem Begriff der psychischen Störung verließ jedoch das Gesetz das engere wissenschaftliche Konzept einer psychischen Erkrankung im Strafrecht und schuf willkürliche Entscheidungsspielräume. Außerdem besteht das Risiko, dass die Gefährlichkeit von Straftätern mit dem Vorhandensein einer psychischen Störung gleichgesetzt bzw. durch diese erklärt wird. Dies ist bereits jetzt ein wesentlicher Grund für die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Auch hierzu wird sich die BPtK im weiteren Gesetzgebungsverfahren kritisch positionieren.

Empfang anlässlich des 65. Geburtstags des Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer Prof. Dr. Rainer Richter

Am 15. März 2012 feierte die Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam mit den Vertretern unterschiedlichster Organisationen des Gesundheitssystems den 65. Geburtstag ihres Präsidenten. Die Laudatoren Frau Monika Konitzer, Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, und Prof. Dr. Günter Esser, stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, hoben den nun über Jahrzehnte dokumentierten konsequenten Einsatz des Jubilars für die Interessen der Psychotherapie und der Psychotherapeuten hervor. Ein Highlight des Abends war der Vortrag von Wilhelm Schmid, freier Philosoph, zum Thema „Mit sich selbst befreundet sein – von der

Lebenskunst im Umgang mit sich selbst“. In dem klaren weißen durch Lichteffekte strukturierten Saal der Kunztschule in der Schützenstraße 6, nutzten die Gäste anschließend die Gelegenheit für intensive Gespräche.



Dr. Rainer Hess (G-BA) und Prof. Dr. Rainer Richter (BPtK)



Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer) und Prof. Dr. Rainer Richter (BPtK)



Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg (GKV-Spitzenverband) mit Thomas Ballast (vdek) und Erika Behnsen (MinR'in a. D.)



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