



BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 3/2006

September
2006

Themen dieser Ausgabe:

- *Psychotherapie und PKV*
- *BMG beanstandet PT-Richtlinien*
- *BPTK-Focus: Gesundheitsreform 2006*
- *Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen*
- *Bachelor für KJP?*
- *Reform des Maßregelrechts*
- *Suchtkranke Raucher*
- *109. Ärztetag*
- *BPTK-Inside: Workshop QM; Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall; EU-Grünbuch „Psychische Gesundheit“*

PKV lehnt psychisch Kranke ab

Regelmäßig werden die BPTK und die Landespsychotherapeutenkammern auf Schwierigkeiten aufmerksam gemacht, die psychisch Erkrankte bei der Aufnahme in eine private Krankenversicherung haben. Die BPTK hat daher bei 48 privaten Krankenversicherungen nachgefragt, welche Chancen psychisch Kranke haben, in die PKV aufgenommen zu werden. Die Ergebnisse waren ebenso eindeutig wie besorgniserregend: 40 Versicherungen gaben an, Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung psychisch erkrankt waren, generell nicht aufzunehmen. Acht Unternehmen gaben keine oder keine eindeutige Antwort.

„Diese erschreckende Bilanz macht deutlich, wie wichtig es ist, die PKV zu einem "Basistarif" ohne individuelle Risikoprüfung zu verpflichten", erklärte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK. "Bisher kann in Einzelfällen schon eine Konsultation bei einem Psychotherapeuten oder Psychiater da-

zu führen, dass ein Patient als nicht versicherungsfähig eingestuft wird. Die Gesundheitsreform sollte hier unbedingt korrigierend eingreifen, damit die PKV ihre Risikoselektion zu Lasten psychisch Kranker beendet."

Auch eine in der Vergangenheit erfolgreich behandelte psychische Erkrankung kann nachträglich zum Ablehnungskriterium bei der Antragstellung werden. Neun private Krankenversicherungen nehmen prinzipiell keine Personen auf, die akut oder in der Vergangenheit in psychischer Behandlung waren. Bei den übrigen Versicherern muss die Therapie in der Regel fünf bis zehn Jahre zurückliegen. Konkret bedeutet dies, wer als Kind mit Ritalin (ADHS) behandelt wurde, als Mädchen magersüchtig oder als Jugendlicher aufgrund aggressiven Verhaltens auffällig war, gefährdet schon in jungen Jahren seine Versicherungsfähigkeit bei der PKV. "Schon bei 20- bis 30jährigen betreibt die

PKV eine massive Risikoselektion", erläuterte der BPTK-Präsident.

Fast aussichtslos ist der Wechsel in eine private Krankenversicherung für Menschen, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung behandelt wurden oder sich noch in Therapie befinden: Depressionen, Schizophrenie oder andere psychotische Erkrankungen sind für die meisten Versicherungen ein direkter Ablehnungsgrund.

Potenziell sind damit Millionen Versicherte betroffen: Psychische Störungen entwickeln sich zu einer der größten gesundheitspolitischen Herausforderung der kommenden Jahrzehnte. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys 2004 erkrankt etwa jeder dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Das sind über 16 Millionen erwachsene Menschen pro Jahr. Die PKV schließt damit eine große Gruppe von Patienten aus ihrem Versicherungsschutz gezielt aus.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

der Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform liegt vor. Zwar ist noch nichts in trockenen Tüchern, aber deutlich wird: Die zukünftige Finanzierung der GKV mag noch so umstritten sein, die Politik ist sich einig, auf der Ausgabenseite das Gesundheitssystem grundlegend neu zu strukturieren. Künftig wird es z. B. neben einem kollektivvertraglichen explizit einen selektivvertraglichen Versorgungsbereich geben. Hausarzttarife werden verbindlich, Kassenärztliche Vereinigungen dürfen Dienstleistungsgesellschaften gründen. Die Organisation der gesetzlichen Krankenkassen wird tief greifend verändert.

Das alles sind Entwicklungsprozesse, zu denen Psychotherapeuten im Interesse ihrer Patienten und im Interesse ihrer Profession Position beziehen werden. Dies wird uns leichter fallen, wenn wir gemeinsam zu den zentralen Fragen nach Antworten suchen. Gemeinsam mit unseren Mitgliedskammern und den Berufs- und Fachverbänden wollen wir unsere Vision zum Gesundheitssystem der Zukunft erarbeiten. Sie soll im Frühjahr nächsten Jahres dem 10. Deutschen Psychotherapeutentag vorgelegt werden. Ich würde mich freuen, wenn sich möglichst viele Kolleginnen und Kollegen in diesen Diskussionsprozess einbringen.

Prof. Dr. Rainer Richter

BMG beanstandet Änderung der Psychotherapie-Richtlinien

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Änderung in Abschnitt B der Psychotherapie-Richtlinien ist vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet worden und tritt daher nicht in Kraft. Keine Einwände hatte das BMG gegen die Änderungen in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien, die eine an der ICD-10 orientierte Neudefinition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie beinhalten. Dieser Teil der Änderung tritt somit in Kraft.

Die zentrale Änderung in Abschnitt B bezog sich auf die Einführung eines Schwellenkriteriums „Versorgungsrelevanz“ als Voraussetzung für die Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren. Dieses Kriterium wurde operationalisiert als Wirksamkeitsnachweis bei mindestens den drei häufigsten psychischen Störungen (Depression, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme Störungen).

Zwar bestätigt das BMG ausdrücklich, dass für die Anerkennung von Psychotherapieverfahren der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden muss. Es sah jedoch keine rechtliche Grundlage, die Anerkennung von Verfahren an ein solches Schwellenkriterium zu koppeln. Dieses sei unverhältnismäßig, da eine Nicht-Anerkennung eine Zulassungsbeschränkung für die betroffenen Psychotherapeuten zur Folge hätte und damit einer nicht akzeptablen berufswahlbaren Einschränkung gleichkomme.

Das BMG bezweifelte auch grundsätzlich die Notwendigkeit, dass ein Verfahren eine ausreichende Bandbreite von psychischen Erkrankungen abdecken muss, um so eine umfassende psychotherapeutische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Forderung nach einer solchen Breitband-

versorgung sei nicht vom Gesetz gedeckt. Psychotherapieverfahren mit hoher Wirksamkeit in einzelnen Indikationen würde dadurch in unzulässiger Weise der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwehrt. Auch sei das Kriterium der Komorbidität von psychischen Krankheiten, mit welcher der G-BA seine Definition von Versorgungsrelevanz begründet, nicht einschlägig. Psychotherapeuten seien aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage, verfahrenübergreifend verschiedene psychische Störungen zu erkennen und an abrechnungsbefugte Psychotherapeuten zu überweisen. Das BMG hält hier die indikationsbezogene Abrechnungserlaubnis für einen gangbaren Weg.

Kritisch sah das BMG auch die konkrete Operationalisierung der Versorgungsrelevanz von psychischen Erkrankungen und bezog sich dabei in weiten Teilen auf die Stellungnahme der BPTK. Der G-BA hatte Versorgungsrelevanz ausschließlich über die Häufigkeit psychischer Krankheiten definiert. Weitere entscheidende Merkmale, wie Schweregrad, Prognose, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Folgen und Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Behandlung, seien auch zu berücksichtigen, stellte das BMG fest. Der G-BA habe nicht schlüssig darlegen können, warum die zusätzlichen Kriterien der Versorgungsrelevanz nicht mit herangezogen wurden. In seiner Begründung hatte der G-BA ausgeführt, dass für die weiteren Dimensionen der Versorgungsrelevanz keine belastbaren Daten vorlägen, dieses jedoch nicht näher durch Literaturrecherchen belegt. Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme beispielsweise auf die National Comorbidity Survey Replication hingewiesen, die diagnosebezogenen Daten zum Schweregrad der Beeinträchtigung be-

richtet. Bereits auf dem Symposium hatte u. a. die BPTK angeregt, eine angemessene Operationalisierung der Versorgungsrelevanz unter Berücksichtigung seiner verschiedenen Merkmale von einer breit zusammengesetzten Expertengruppe mit Hilfe der Delphi-Methode zu erarbeiten.

Für das BMG wie für die BPTK ist die Rechtslage eindeutig. Durch Beschlüsse des G-BA darf ein psychotherapeutisches Verfahren der vertieften Ausbildung nicht in eine Methode umdefiniert werden. Grundsätzlich regt das BMG an, eine möglichst einheitliche Nomenklatur im sozial- und berufsrechtlichen Kontext anzustreben und die Einführung neuer Begriffe mit der BPTK und dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie abzustimmen. Zum anderen schlägt das BMG für den Fall vor, dass ein Verfahren den erforderlichen Nutznachweis nur für ein begrenztes Spektrum von Indikationen erbringt, auf das „mildere Mittel“ der indikationsspezifischen Abrechnungsgenehmigung zurückzugreifen. In diesem Fall würden die Psychotherapeuten in dem betroffenen Verfahren zur GKV zugelassen, könnten die psychotherapeutische Behandlung jedoch nur bei den nachgewiesenen Indikationen mit der GKV abrechnen.

Dieser BMG-Lösungsvorschlag verursacht allerdings erhebliche Probleme in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und der Ausbildung in dem jeweiligen Verfahren. Zudem wurden indikationsspezifische Konzepte bereits im Anhörungsverfahren von der Profession einhellig abgelehnt.

Abschließend macht das BMG in seinem Schreiben deutlich, dass nach seiner Auffassung die laufende Bewertung zur Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage der derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden kann.

Aktuelle Informationen

- Beanstandung der Richtlinienänderung durch das BMG
- Stellungnahme der BPTK
- Beschluss und Begründung der Änderung der Psychotherapie-Richtlinien des G-BA

www.bptk.de

National Comorbidity Survey Replication

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.

Gesundheitsreform 2006 - Ende offen

Es war der erste größere gesetzliche Stolperstein der neuen schwarz-roten Regierungskoalition – und die jung Vermählten, zur Vernunftgehe gezwungen, holten sich ein blaues Auge, schlimmer, als selbst ihre Gegner erwartet hatten. Beitragssatzsteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in 2007 – dafür hätte es wirklich keiner Gesundheitsreform bedurft. Das wäre auch ganz von alleine so gekommen, ganz zu schweigen davon, dass die anvisierten 0,5 Prozent wohl kaum ausreichen werden.

Die GKV-Finanzreform war ein Desaster. Einbezug weiterer Einkommensarten: Fehlanzeige. Einbeziehung der privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich der GKV: Fehlanzeige. Verbesserte Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV: Rückschritt, verglichen mit der im GMG erreichten Finanzierung über die Tabaksteuer.

Gesundheitsfonds – mehr als Gebühreneinzugszentrale?

Die Resonanz war so verheerend wie verheerend. Nun liegt ein Arbeitsentwurf vor. Ob der Gesetzeskraft erlangen kann, ist fraglich. Der Sprengsatz, der für die Große Koalition in der Gesundheitsreform steckt, ist mitnichten aus dem Weg geräumt.

Erst der endgültige Gesetzentwurf wird Klarheit darüber bringen, was die Regierung überhaupt meint beschlossen zu haben. Zu viele Details sind noch unklar, der Arbeitsentwurf des Ministeriums versucht nur eine erste Interpretation. Wie sieht beispielsweise der Gesundheitsfonds genau aus, der doch ohne PKV eigentlich nicht mehr notwendig war, hinter den sich die Kanzlerin aber noch einmal ausdrücklich

gestellt hat. So viel ist klar: Künftig werden die GKV-Beiträge gesetzlich festgesetzt. Sie sind kassenübergreifend einheitlich. Der Fonds sammelt Beiträge und Steuergelder ein und verteilt sie als Versichertenpauschalen an die Krankenkassen. Was ist das mehr als eine Gebühreneinzugszentrale, es sei denn, die finanzielle Ausstattung der GKV ist ausreichend, die Versichertenpauschalen sind morbiditätsorientiert und auf die Prämie wird verzichtet.

Ausreichende Finanzierungsausstattung und Morbiditätsorientierung entscheidend

In der Morbiditätsorientierung steckt tatsächlich ein Clou der Reform. Für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist entscheidend, wie genau die Versichertenpauschalen ausdrücken, ob ein Versicherter selten oder häufig krank wird. Bleiben hier Lücken, konzentriert sich der Wettbewerb der Kassen auf die gesunden Versicherten. Gelingt der Morbiditätsausgleich, könnten die Krankenkassen zukünftig unterschiedliche Versorgungsmodelle mit speziellen Tarifen entwickeln. Der Wettbewerb erfolgte dann über spezielle Angebote für unterschiedliche Versichertengruppen – solange die Beitragssätze für alle Versicherten die gleichen bleiben und vorausgesetzt, dass die kleine Kopfpauschale, auch Gesundheitsprämie genannt, als Finanzierungsinstrument nicht zum Einsatz kommt.

So mancher Kassenvorstand, der sich bisher nur symbolisch um neue Versorgungsformen bemüht hat, müsste umdenken. Profil im Wettbewerb könnte seine Kasse künftig nur noch mit Wahltarifen und speziellen Versorgungsangeboten zeigen.

Nebeneinander kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung

Der Arbeitsentwurf spricht von einer kollektiv- und selektivvertraglichen Versorgung im ambulanten Bereich. Zu den Selektivverträgen gehören der Hausarzttarif, aber auch indikationsspezifische Versorgungsverträge und alles, was unter der Rubrik Integrationsversorgung vereinbart wird. Für den selektivvertraglichen Teil werden die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag übernehmen. Über Dienstleistungsgesellschaften dürfen die KVen den selektivvertraglichen Bereich mitgestalten. Erster und verbindlicher Präzedenzfall für eine selektivvertragliche Versorgung werden die Hausarzttarife sein. In diesem Szenario müssen sich Psychotherapeuten neu aufstellen. Wo ist ihr Platz in einer hausärztlich zentrierten Gesundheitsversorgung? Wie sehen sie ihre Rolle in künftigen indikationsspezifischen Versorgungsverträgen und Disease-Management-Programmen? Wie gestalten sie ihre Kooperation mit und in Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern? Welche Chancen bieten sich im kollektivvertraglichen – welche im selektivvertraglichen System?

Vergütungssystem – wenig Neues für Psychotherapeuten

Das geplante neue Vergütungssystem für Vertragsärzte und –psychotherapeuten setzt auf Pauschalisierung und hat für psychotherapeutische Leistungen wahrscheinlich kaum Konsequenzen, wenn es gelingt, die angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen bei dem bundesweit als Orientie-

BPtK-Focus



Sachverständigenrat: Neue Kooperationen der Gesundheitsberufe

Die demographische Entwicklung und das sich auch deshalb wandelnde Krankheitspanorama stellen die Gesundheitsberufe vor neue Herausforderungen. „Neue Aufgabenverteilung und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen“ war deshalb das Thema einer Anhörung, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August in Berlin veranstaltete. Vertreten waren neben den Bundeskammern der Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und Psychotherapeuten

auch der Deutsche Pflegerat, der Bund Deutscher Hebammen sowie der Deutsche Berufsverband für soziale Arbeit e.V.

Viele Gesundheitsberufe reagieren auf den Wandel des Krankheitspanoramas mit der Entwicklung neuer und vertiefter Kompetenzen, die zum Teil eine Akademisierung der Ausbildung erfordern. Ein breiteres und anspruchsvolleres Tätigkeitsspektrum, das im Rahmen einer akademischen Ausbildung vermittelt wird, führt aber vielfach zu einem neuen Selbstver-

ständnis der Professionen. Der Anspruch größerer Eigenverantwortung, insbesondere im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, ist eine Konsequenz. Eine andere ist ein neuer Zuschnitt ärztlicher Kompetenzen und die Entwicklung neuer Kooperationsstrukturen.

Das Gesundheitssystem steht am Beginn eines langwierigen Anpassungsprozesses. Das Gutachten des Sachverständigenrates wird im Frühjahr nächsten Jahres erwartet.

Fortsetzung von Seite 3

rungsgröße dienenden Punktwert gesondert zu berücksichtigen. Für Leistungen mit Mindestzeiten macht es außerdem Sinn, bei einer Vergütung nach Einzelleistung zu bleiben. Problematisch ist die Idee, Honorarzu- und -abschläge vorzusehen, je nachdem, ob ein Planungsbereich über- oder unterversorgt ist. Vor der Einführung einer solchen ökonomischen Steuerung auf der Basis der Bedarfsplanung müssten erst einmal die größten strukturellen Fehler der derzeitigen Systematik behoben werden. Dazu gehört beispielsweise eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenspsychotherapie.

Bedarfsplanung – keine Basis für Honorarzuschläge

Grundsätzlich aber gilt: Eine gezielte Steuerung der Dichte eines Versorgungsangebotes sollte sich am Versorgungsbedarf einer Region und nicht – wie derzeit – an den regionalen Präferenzen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten orientieren. In sozialen Brennpunkten ist der Versorgungsbedarf besonders hoch, das Versor-

gungsangebot aber besonders dünn. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung und die individuellen Niederlassungsentscheidungen haben über die Jahrzehnte nicht wirklich zueinander gefunden. Die Systematik der Bedarfsplanung müsste also grundsätzlich überdacht werden. Ob die Gesundheitspolitik aber dieses Fass aufmachen wird? Im Arbeitsentwurf fehlte ihr noch der Mut dazu.

Kein Ende der Budgets

Der Gesundheitsfonds wird auch dazu führen, dass regionale Krankenkassen, die bisher von den guten Einkommen ihrer Versicherten profitierten, weniger Mittel für die Versorgung in ihrer Region zur Verfügung haben, wie beispielsweise die AOK in Bayern und Baden-Württemberg. Profitieren könnten dagegen die Krankenkassen in den neuen Ländern. In Verbindung mit dem geplanten einheitlichen Orientierungswert für die Kalkulation der regionalen Euro-Gebührenordnung kann dies dazu führen, dass Psychotherapeuten in KV-Bereichen, in denen bisher ein gutes Honorar gezahlt wurde,

Abstriche hinnehmen müssen. Die Vergütung in Euro und Cent wird wie immer angeblich betriebswirtschaftlich kalkuliert und de facto verhandelt. Niemand kann sich der naiven Erwartung hingeben, dass die Politik den Mut hat, Mehrausgaben der GKV zu verantworten. Die regionalen Sonderverträge reicher Kassen und KVen haben kaum mehr Zukunft, auch wenn der Arbeitsentwurf Honorarzuschläge entsprechend der Wirtschaftskraft eines Landes vorsieht, denn diese Wirtschaftskraft schlägt sich im Finanzhaushalt der Krankenkassen nicht mehr nieder. Dass es entgegen politischer Versprechen bei einer budgetierten Gesamtvergütung bleibt, überrascht nur Märchenfreunde. Dass die Budgets immerhin morbiditätsorientiert fortgeschrieben werden sollen, ist auch Realisten kein wirklicher Trost.

Die Gesundheitsreform ist für viele eine Büchse der Pandora und voller Menschheitsübel. Die Gesundheitslobby argumentiert bisher mit der größten anzunehmenden Dummheit des Gesetzgebers. Wer seinen Gesprächspartner aber unterschätzt, hat meistens schon verloren. Warten wir also den Gesetzentwurf ab!

Bachelor für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Nach Ansicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) reicht für eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Bachelorabschluss aus. Hintergrund dieser Entscheidung sind die Veränderungen von Studiengängen und –abschlüssen im Zuge des Bologna-Prozesses, der zu einer Harmonisierung der EU-Hochschulabschlüsse führen soll. Diplom- und Magisterstudiengänge werden durch Bachelor- und Masterstudiengänge abgelöst.

Das BMG beruft sich auf Vorgaben der Kultusministerkonferenz zur Vergleichbarkeit neuer und alter Studienabschlüsse (Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG). Ein Bachelorabschluss ist danach einem Fachhochschuldiplom gleichwertig.

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verlangt heute in pädagogischen Studiengängen ein Fachhochschuldiplom als Zugangsvoraussetzung für die

Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Forderung eines Masterabschlusses bedeute daher eine Erhöhung der Zugangsvoraussetzung und sei damit eine Einschränkung des Berufszugangs, so das Ministerium.

Eine solche Erhöhung der Zugangsvoraussetzungen müsste fachlich überzeugend begründet werden. Danach wäre das PsychThG entsprechend anzupassen mit einer expliziten Benennung des Masterabschlusses sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Diese Begründung und einen Entwurf zur Anpassung des PsychThG hat die BPTK bereits zu Beginn des Jahres vorgelegt: Ein sechsemestriger Bachelorstudiengang muss grundsätzlich vorrangig praxisorientiert konzipiert werden. Die qualitätsgesicherte Ausübung eines akademischen Heilberufs erfordert jedoch eine wissenschaft-

lich fundierte Methodenkompetenz, um während und nach der Ausbildung eine kontinuierliche Rezeption des wissenschaftlichen Fortschritts sicherzustellen. Diese Kompetenzen vermittelt nur ein Masterstudiengang.

Die BPTK fordert daher einen Masterabschluss sowohl in Psychologie als auch in den pädagogischen Studiengängen, die Voraussetzung für eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind. Diese Einschätzung teilen auch die wissenschaftlichen Fachverbände (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft) und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Ein Bachelorabschluss qualifiziert nach Ansicht der Fachleute künftige Psychotherapeuten nicht ausreichend, um psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen qualitätsgesichert zu behandeln.



Gesetzliche Änderung im Maßregelrecht geplant

Die Zahl der Straftäter, die aufgrund einer psychischen oder Suchtkrankheit in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt untergebracht sind, ist in den vergangenen Jahren dramatisch gestiegen – bundesweit zwischen 1995 und 2005 um 90 Prozent. Die Ursachen für diesen Anstieg liegen einerseits darin, dass Gerichte mehr Straftäter als früher in den Maßregel- statt den Strafvollzug schicken (Therapie vor Strafe), und andererseits die Zahl der Entlassungen sinkt, die Patienten also länger im Maßregelvollzug bleiben. Bleibt es auch in den nächsten Jahren bei den steigenden Patientenzahlen, könnten bald tausende Plätze im Maßregelvollzug fehlen.

Bundesregierung (BT-Drs. 16/1110) und Bundesrat (BT-

Drs. 16/1344) haben Gesetzentwürfe vorgelegt, die die Effizienz des Maßregelvollzugs verbessern sollen. Ziel der Entwürfe ist es ausdrücklich, den „Belegungsdruck“ zu verringern und lange Aufenthalte zu vermeiden. Kritiker befürchten eine Rückkehr zum Konzept „Strafe vor Therapie“.

Die BPTK warnt in ihrer Stellungnahme davor, „schwierige Patienten“ vorschnell von einer Behandlung auszuschließen, wie es die beiden Gesetzentwürfe vorschlagen. Straftäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen dürften nicht grundsätzlich im Strafvollzug untergebracht werden, solange dieser dafür weder geeignet noch angemessen ausgestattet sei. Ziel einer Reform des Maßregelrechts müsse vor allem sein, bei Diag-

nose- und Prognosegutachten hohe fachliche Qualitätsstandards sicherzustellen. Darüber hinaus müssten die Therapiebedingungen verbessert werden. Eine Psychotherapie sei bei den meisten Betroffenen die Behandlung der Wahl.

Ein weiterer Gesetzentwurf der Bundesregierung plant Änderungen der Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993). Die Führungsaufsicht überwacht und betreut Verurteilte, die ihre Strafe verbüßt haben oder aus einer forensischen Klinik entlassen wurden. Von der Reform verspricht sich die Bundesregierung eine straffere und effizientere Kontrolle der Lebensführung von Straftätern. Ihr Ziel ist eine geringere Rückfallkriminalität. Die BPTK erarbeitet auch zu diesem Gesetzentwurf eine Stellungnahme.

Stellungnahme der BPTK zur Reform des Maßregelrechts

www.bptk.de

Gesetzentwürfe

<http://drucksachen.bundestag.de/>



Leitlinie Tabakentwöhnung

www.awmf-online.de

Suchtkranke Raucher

Auch Berlin diskutiert inzwischen ein Nichtraucherschutzgesetz. Rauchen soll zumindest in öffentlichen Gebäuden untersagt werden. Viele plädieren für weiter reichende Rauchverbote, die sich auch auf Restaurants und Gaststätten erstrecken. Nichtraucher sollen weniger oder gar keinem Tabakrauch mehr ausgesetzt werden.

Wer jedoch über einen verbesserten Nichtraucherschutz diskutiert, darf nicht jene Raucher vergessen, die aufgrund eines ausgeprägten Suchtverhaltens aus eigener Kraft nicht mit dem Rauchen aufhören können. Nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums ist etwa jeder vierte Raucher nikotinabhängig nach Kriterien des DSM IV. Trotz der weiten Verbreitung und der gravierenden gesundheitlichen Folgen gehört die Behandlung einer

Tabakabhängigkeit im Gegensatz zur Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Zwar gibt es in Prävention und Rehabilitation Kursangebote zur Raucherentwöhnung. Als Therapie können die in der Regel stark standardisierten Maßnahmen jedoch aufgrund der beschränkten Mittel und der fehlenden Qualifikation der Durchführenden nicht bezeichnet werden.

Die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Behandlung von Rauchern mit ausgeprägtem Suchtverhalten fasst die "Leitlinie Tabakentwöhnung" der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zusammen. Eine Therapie sollte so-

wohl die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit berücksichtigen und sowohl akut- als auch langwirksame Therapieelemente beinhalten. Dabei zeigt die Kombination von medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen die höchste Effektivität. Spezielle Problemgruppen, die besondere Behandlungsansätze benötigen, sind Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, die eine besonders hohe Raucherprävalenz aufweisen, Schwangere, deren Tabakkonsum unmittelbare Gesundheitsschäden beim Kind zur Folge hat, Patienten mit einer kardiovaskulären Erkrankungen, deren Morbidität und Mortalität durch Tabakkonsum besonders erhöht ist sowie Jugendliche, bei denen Nikotinkonsum ein besonders hohes Gesundheitsrisiko darstellt.

Zum 109. Mal: Vorfahrt für Ärzte

Der 109. Deutsche Ärztetag entdeckte psychisch und psychosomatisch kranke Menschen als berufspolitisches Betätigungsfeld.

Psychosoziale und kommunikative Aspekte der ärztlichen Tätigkeit sollen generell gestärkt und in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung stärker vermittelt werden. Das Honorierungs- und Abrechnungssystem soll entsprechend umgestaltet und die Bedarfsplanung weiterentwickelt werden. Auch die Ärzteschaft erkennt inzwischen, dass das derzeitige ambulante Versorgungsangebot bei Weitem nicht ausreicht, um z. B. psychisch kranke Kinder und Jugendliche angemessen behandeln zu können.

Eine weitere wichtige ärztliche Forderung war die nach einer Qualifikation zur fachgebundenen Psychotherapie. Gynäkologen sollen z. B. künftig über die psychosomatische Grundversorgung hinaus auch die Behandlung leichter psychi-

scher Störungen übernehmen können. Der Ärztetag erkannte auch, dass für die Versorgung psychisch Kranker vernetzte, integrierte gemeindenahere Versorgungsnetze notwendig sind. Scurril war allerdings die Vorstellung, dass in solchen Netzen ausschließlich Facharzt Disziplinen tätig sein sollen. Psychologische Psychotherapeuten kommen in der Welt der Ärzteschaft bis heute nicht vor.

Dazu passt, dass ärztliche Psychotherapie unter Artenschutz gestellt werden soll. Für ärztliche Psychotherapeuten besteht innerhalb der Bedarfsplanung eine exklusive Quote, die dazu führt, dass bundesweit über 1.800 Praxissitze nicht besetzt werden können, weil es keine ausreichende Zahl ärztlicher Psychotherapeuten gibt. Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können diese Praxissitze nicht besetzen. Obwohl absehbar ist, dass es auch in Zukunft für die-

se offenen Praxissitze keine ärztlichen Psychotherapeuten gibt, forderte der Ärztetag dieses obsoletere Praxenprivileg in der Bedarfsplanung zu verlängern.

Bei neuen Versorgungsstrukturen forderte der Ärztetag, dass „Psychologen keine Ärzte anstellen“ sollen. Warum eigentlich nicht? Dazu äußerte sich die ärztliche Berufspolitik nicht. Das Engagement der BPTK für eine Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wurde als problematisch eingestuft, weil das unbestreitbare Versorgungsdefizit nicht dazu führen dürfe, „nicht qualifizierte“ psychologische Therapeuten zu generieren. Aber Ehre, wem Ehre gebührt, auch gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch Kranker wandte sich der 109. Deutsche Ärztetag. Bei der Verfolgung dieses Zieles wird die BPTK gerne mit der Bundesärztekammer an einem Strang ziehen.

Beschlussprotokoll des 109. Dt. Ärztetages

www.baek.de

BPtK-Workshop Qualitätsmanagement

Seit Anfang des Jahres ist die Richtlinie in Kraft: Für Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind darin die grundsätzlichen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement (QM) beschrieben. Die BPtK organisierte deshalb am 26. Juni einen Workshop, bei dem sektorübergreifend Entwicklungen und Erfahrungen zum QM referiert und diskutiert wurden.

Die allgemeinen Trends der existierenden Programme im internationalen Vergleich legte Susanne Weibrenner von der TU Berlin dar. Danach bilden

multidisziplinär entwickelte Leitlinien und Patienteninformationen sowie bereichsübergreifende QM-Systeme und eine qualitätsorientierte Steuerung der Prozesse im Gesundheitswesen die Schwerpunkte der zukünftigen Entwicklung.

Psychotherapeuten haben eine grundsätzliche Pflicht zur Qualitätssicherung (QS) und daher auch zu einem Qualitätsmanagement, stellte Dr. Martin Stellpflug, Justiziar der BPtK, in seinem Referat fest. Dabei sei ein zentrales Grundelement von QS und QM die Ausrichtung an fachlichen Standards.

Weitere Beiträge arbeiteten die Unterschiede eines QM in der ambulanten Praxis, in Ausbildungsambulanzen und in der stationären Psychotherapie heraus und erläuterten die spezifischen Chancen, Probleme und Risiken in den unterschiedlichen Sektoren. Für Psychotherapeuten wird es darauf ankommen, die fachlichen Standards der Profession in die Entwicklung und Ausgestaltung der QM-Systeme einzubringen, damit tatsächlich eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden kann.

BPtK-Inside



Richtlinie zum Qualitätsmanagement in Praxen

www.bptk.de

Akutversorgung im Notfall ist Kernkompetenz

Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall ist heute Teil der Psychotherapieausbildung. Für setting- und feldbezogene Kompetenzen, über die Psychotherapeuten verfügen sollten, die z. B. in Einsatzpläne für Notfälle bei Großveranstaltungen eingebunden sind, legte eine BPtK-Vorstandskommission nun Empfehlungen für zwei Fortbildungskonzepte vor: „Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall“ und „Leitender Notfallpsychotherapeut bzw. leitende Notfallpsychotherapeutin“. Zentrale In-

halte sind die situationsangemessene Diagnostik, stützende und stabilisierende Interventionen, therapeutische Kurzinterventionen, administrative bzw. organisatorische Kenntnisse und praktische Erfahrungen.

Darüber hinaus schlug die BPtK-Kommission Empfehlungen für „Sofortmaßnahmen der psychologischen Ersten Hilfe“ vor, die für Laienschulungen gedacht sind. Potenzielle Ersthelfer sollen hier einfache Verhaltensregeln kennen lernen, um in Notfällen richtig zu reagieren.

Die Empfehlungen der Vorstandskommission wurden mit den Landespsychotherapeutenkammern diskutiert. Im Vorfeld der Fußballweltmeisterschaft 2006 fanden auf der Grundlage dieser Empfehlungen bereits erste Fortbildungsveranstaltungen statt. Anlass war der Einbezug von Psychotherapeuten in die behördlichen Einsatzplanungen an verschiedenen Spielstätten und Public-Viewing-Plätzen. Ein erster bundesweiter Erfahrungsaustausch erfolgt im Herbst dieses Jahres.

Empfehlungen zu Fortbildungsinhalten

www.bptk.de

BPtK und BÄK begrüßen EU-Grünbuch

In einer gemeinsamen Stellungnahme begrüßen die BPtK und die Bundesärztekammer (BÄK) die Initiative der europäischen Kommission zur Förderung der psychischen Gesundheit. Sie stimmen mit dem Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ darin überein, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen zur größten Herausforderung

für die Gesundheitsfürsorge der europäischen Bevölkerung geworden sind. Dies zeigt sich in den hohen Prävalenzen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und den vorderen Plätzen, die diese Krankheiten als Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung einnehmen. Mit dem Grünbuch wird eine umfassende EU-Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit vorgeschlagen.

BPtK und BÄK weisen jedoch darauf hin, dass eine EU-

Strategie, die Primärprävention von der Gesundheitsversorgung trennt und sich wie das Grünbuch auf Public-Health-Maßnahmen beschränkt, zu kurz greift. Eine erfolgreiche Gesamtstrategie muss ebenso Maßnahmen zur Früherkennung und Behandlung von Störungen sowie zur psychosozialen und beruflichen Rehabilitation bei chronischen Krankheitsverläufen umfassen. Erforderlich sei daher ein Einbezug der Heilberufe in die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen.

Stellungnahme von BPtK und BÄK

www.bptk.de

EU Kommission: Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz

http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/

Antidepressiva I: Kein Zusatznutzen bei Magersucht

Patienten mit Magersucht (Anorexia nervosa) leiden oft unter weiteren psychischen Störungen. Zu den häufigsten gehören depressive Störungen und Zwangsstörungen. Daher werden in den verschiedenen Phasen der Behandlung oftmals auch Antidepressiva verabreicht. Für die erste Behandlungsphase haben Kontrollstudien die Wirkungslosigkeit dieser Antidepressiva gut belegt. Weniger gut untersucht war bisher, ob Antidepressiva die körperliche Erholung und Gewichtszunahme verbessern und Rückfälle verhindern können.

In einer randomisierten Doppelblindstudie erhielten deshalb 93 Patientinnen nach einer stationären und ambulanten Therapie und Rehabilitation, in der sie ihr normales Gewicht für mehrere Wochen stabilisieren konnten, ein Jahr lang zwei unterschiedliche Nachbehandlungen: Eine Gruppe wurde neben einer kognitiven Verhaltenstherapie mit Fluoxetin (Antidepressivum) behandelt, die andere Gruppe erhielt neben der Psychotherapie ein Placebo. Ergebnis war, dass Fluoxetin weder mehr Rückfälle verhindert, noch eine längere Gewichtsstabilität bewirkt hat als das Placebo. In beiden Gruppen war ein knappes Drittel der Patientinnen nach einem Jahr psychotherapeutischer Behandlung weiterhin normalgewichtig und hatte die Behandlung nicht vorzeitig abgebrochen.

Walsh, B.T., Kaplan, A.S., Attia, E. et al. (2006). Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa. *JAMA*, 295, 2605-2612.

Bei der Behandlung chronischer körperlicher Krankheiten fehlen psychotherapeutische Interventionen, die Patienten ermöglichen, nachhaltig ihren Lebensstil zu ändern oder Folgen der Krankheit zu bewältigen. Die bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt, nutzen dieses Potenzial psychotherapeutischer Interventionen bei Weitem nicht aus. Dabei haben sich die häufig praktizierten Patienteninformationen und -schulungen als nur sehr eingeschränkt wirksam erwiesen. Die BPTK führt deshalb ein Symposium „Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Patienten mit chronischen Erkrankungen – Beiträge aus der Versorgungsforschung“ durch. Die Veranstaltung gehört zum 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, der vom 17. bis 21. September in Nürnberg stattfindet.

Die Vorträge präsentieren Befunde zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei den derzeitigen DMP-Indikationen. Vor dem Hintergrund des Forschungsstands und der aktuellen Leitlinien-

empfehlungen werden psychotherapeutische Versorgungsdefizite bei verschiedenen Patientengruppen aufgezeigt. Es werden aber auch die Forschungsdefizite benannt, die eine bessere Integration psychotherapeutischer Elemente in die DMP verhindern.

Ein Vortrag behandelt die psychischen Barrieren beim Selbstmanagement der Diabeteserkrankung. Für den Bereich der chronischen Atemwegserkrankungen wird gezeigt, wie häufig komorbide psychische Störungen auftreten und wie wirksam verschiedene psychotherapeutische Behandlungsansätze sind. Ein weiterer Beitrag geht auf die Bedeutung depressiver Erkrankungen für den Verlauf der koronaren Herzerkrankung ein. Für psychotherapeutische Interventionen konnte hier bislang lediglich eine Verbesserung der depressiven Symptomatik, jedoch kein Effekt auf die Mortalität nachgewiesen werden. Der aktuelle Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen bei Brustkrebs verdeutlicht bestehende Defizite im Bereich der Versorgungsforschung.

www.dgps2006nuernberg.de

Antidepressiva II: Suizidrisiko bei depressiven Kindern und Jugendlichen

Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) hatte die pharmazeutische Industrie verpflichtet, ihre Antidepressiva mit einem Warnhinweis zu versehen, weil sie bei Kindern und Jugendlichen das Suizidrisiko erhöhen.

Eine landesweite Fallkontrollstudie bestätigte jetzt diese Gefahr. Untersucht wurden 263 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen acht und 18 Jahren, die nach einer stationären Behandlung wegen einer Depression einen Suizidversuch unternommen hatten. Die Hälfte der Patienten war während der Therapie mit Antidepressiva behandelt worden. Vergleichsgruppen waren 1.241 Patienten ohne Suizidversuch und 521 depressive Erwachsene.

Die Ergebnisse zeigen, dass Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen das Suizidrisiko um das 1,5fache erhöhen. Bei Erwachsenen gab es keinen signifikanten Un-

terschied. Wenngleich die Ergebnisse auf retrospektiven Daten basieren und es bei den Befunden durchaus Unterschiede zwischen den verschiedenen Substanzgruppen gibt, kommen die Autoren dennoch zu dem Schluss, dass eine Behandlung schwerer Depressionen bei Kindern und Jugendlichen tatsächlich eine im Vergleich zu Erwachsenen erhöhte Aufmerksamkeit von den Behandelnden erfordert. In Deutschland stiegen die verordneten Tagesdosen von Antidepressiva an Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren von 2003 auf 2004 um mehr als ein Viertel (Arzneiverordnungsreport 2005).

Olfson, M., Marcus, S.C. & Shaffer, D. (2006). Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults. *Archives of General Psychiatry*, 63,865-872.

Impressum

BPTK-Newsletter

Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Rainer Richter

Redaktion: Kay Funke-Kaiser

Layout: Dr. J. Klein-Heßling

Verlag: Verlagsgruppe Hüthig

Jehle Rehm, Im Weiher 10,

69121 Heidelberg.

Druck: Zimmermann-Druck,
Balve

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

www.bptk.de