

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2010

Mai
2010

Themen dieser Ausgabe:

- *Psychotherapeutenausbildung*
- *Diotima-Ehrenpreis*
- *Bedarfsplanung*
- *Vorratsdatenspeicherung*
- *Präventionsgesetz*
- *Kinderschutzgesetz*
- *Runder Tisch „Sexueller Missbrauch“*

- **BPtK-Dialog:**
Interviews mit den Diotima-Preisträgern
Prof. Dr. Thomas Bock
Wolfgang Faulbaum-Decke für den Dachverband Gemeindepsychiatrie

- **BPtK-Focus:**
BPtK-Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik

- **BPtK-Inside:**
Ambulante Kodierrichtlinien
Psychotherapie verringert Rückenschmerzen

Psychotherapeutentag fordert umfassende Reform der Ausbildung

Elf Jahre nach Inkrafttreten ist das Psychotherapeutengesetz dringend reformbedürftig. Die im Gesetz geregelten Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapeutenausbildung können nach Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge und dem Wegfall von Rahmenstudien- und Prüfungsordnungen nicht mehr gewährleisten, dass Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Studium die für ihren Heilberuf erforderlichen wissenschaftlichen Kompetenzen erworben haben. Zugleich weist die Ausbildung während der praktischen Tätigkeit qualitativ und finanziell gravierende Strukturdefizite auf.

Der 16. Deutsche Psychotherapeutentag hat sich daher für eine grundlegende Reform der Psychotherapeutenausbildung ausgesprochen. Die beschlossenen „Eckpunkte“ sehen vor, die beiden Berufe PP und KJP zu einem neuen gemeinsamen Beruf „Psychotherapeut“ weiterzuentwickeln und eine praktische Ausbildung so zu gestalten, dass sie den Anforderungen aus der Versorgung gerecht wird.

Eine Approbation

Alle Psychotherapeuten sollen über die gleiche, hohe akademische Grundqualifikation verfügen, unabhängig davon, ob sie Kinder, Jugendliche oder Erwachsene behandeln. Deshalb soll der Master die Zugangsvoraussetzung zur postgradualen Ausbildung sein und eine einheitliche Approbation am Ende der Ausbildung stehen. In den meisten Bundesländern wird heute in (sozial-)pädagogischen Studiengängen bereits der zu niedrige Bachelorabschluss als Zugangqualifikation der Ausbildung zum KJP akzeptiert.

Schwerpunktqualifikation

Das verabschiedete Reformkonzept garantiert, dass die Befugnisse der heutigen PP nicht reduziert werden. Im sozialrechtlichen Bereich sollen die spezifischen Qualifikationen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen einerseits und zur Behandlung von Erwachsenen andererseits erhalten bleiben. Gleichzeitig soll die Ausweitung dieser Qualifikationen auf den jeweils anderen Altersbereich allen Psychotherapeuten mit vertretbarem Aufwand möglich

werden. Für KJP gibt es diese Option heute nicht.

Vergütete praktische Ausbildung

Zweites Ziel der Reformeckpunkte ist die Lösung der grundlegenden Defizite während der praktischen Tätigkeit (Psychiatriejahr). Künftig sollen Ausbildungsteilnehmer für die psychotherapeutische Versorgung in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und in unterschiedlichen Settings qualifiziert werden. Die praktische Tätigkeit soll durch eine praktische Ausbildung im (teil-)stationären Bereich ersetzt werden. Bislang erfolgt die praktische Ausbildung von PP und KJP dagegen weitgehend im ambulanten Bereich. Damit könnten Ausbildungsteilnehmer in allen Phasen der Ausbildung aktiv an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt werden, sodass auch eine Vergütung dieser Tätigkeiten gesetzlich vorgeschrieben werden könnte. Voraussetzung dafür ist, dass Ausbildungsteilnehmer einen formalen Status erhalten, der sie ausdrücklich berechtigt, während ihrer Ausbildung unter Supervision oder Aufsicht psychotherapeutisch zu behandeln.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

kaum eine Behandlungsmethode nutzt die Selbstheilungskräfte der Patienten stärker als Psychotherapie. Deshalb ziehen viele Patienten Psychotherapie auch der Pharmakotherapie vor. Aber insbesondere im ambulanten Sektor herrscht massive Unterversorgung. Ein Defizit, das wir bei den Gesprächen über eine Reform der Bedarfsplanung in den nächsten Monaten zur Sprache bringen wollen. Die bisherigen Verhältniszahlen der Bedarfsplanung bedürfen bei Psychotherapeuten einer Generalüberholung. Um die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung für die Zukunft zu sichern, benötigen wir eine Reform der Ausbildung. Es freut mich sehr, dass es dem 16. Deutschen Psychotherapeutentag gelungen ist, sich auf wesentliche Eckpunkte einer Ausbildungsreform zu einigen. Die langen, intensiven und fruchtbaren Diskussionen innerhalb der Profession haben damit zu einem ausgesprochen positiven Ergebnis geführt. Nun gilt es, die Politik davon zu überzeugen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Diotima-Ehrenpreis: Bundesgesundheitsminister Rösler würdigt Preisträger

Am 7. Mai 2010 hat die deutsche Psychotherapeutenchaft zum zweiten Mal den Diotima-Ehrenpreis verliehen. Die diesjährigen Preisträger sind Prof. Dr. Thomas Bock, Leiter der Sozialpsychiatrischen Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg, und der Dachverband Gemeindepsychiatrie. Mit dem Diotima-Ehrenpreis wurden dieses Jahr eine Person und eine Organisation geehrt, die sich in besonderem Maß um die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen verdient gemacht haben. Die Preise wurden im Rahmen des 16. Deutschen Psychotherapeutentages bei einer Festveranstaltung verliehen.

chisch Kranken, die heute immer noch anders wahrgenommen würden als körperlich Erkrankte und oft stigmatisiert würden. Die diesjährigen Preisträger des Diotima-Ehrenpreises hätten diese Grundsätze vorbildlich umgesetzt.

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, erinnerte daran, dass schwer psychisch kranke Menschen auch heute noch in ihrer beruflichen und sozialen Teilhabe viel zu häufig eingeschränkt seien. „Deshalb brauchen wir mehr noch als bisher wohnortnahe, flexible und koordinierte Versorgungsangebote, die auf multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsstrategien ausgerichtet sind.“

Dass Psychotherapeuten ein wichtiger Bestandteil dieser Netzwerke sein könnten und auch sollten, betonte Prof. Dr. Harald Rau (Zieglersche Anstalten e.V.). Über die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten Psychotherapeuten. Psychotherapie sei bei allen psychischen Erkrankungen ein wirksames Behandlungsmittel. Es sei also nicht die Psychotherapie, die für diese

Patienten nicht geeignet sei, vielmehr müssten die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen dem spezifischen Bedarf dieser Patientengruppen besser angepasst werden.

Mit Prof. Dr. Thomas Bock wurde ein Psychotherapeut ausgezeichnet, der sich in seiner täglichen Arbeit, aber auch als Autor und Wissenschaftler seit mehr als 30 Jahren für ein anthropologisches Verständnis psychischer Erkrankungen und eine stärkere Integration von Psychotherapie in die Versorgungsangebote für schwer psychisch kranke Menschen einsetzt.

Er plädierte dafür, die Lebensgeschichte von schwer psychisch kranken Menschen stärker in der Behandlung zu berücksichtigen, da die überwiegende Mehrheit der Psychosekranken einen engen Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und ihrer Lebensgeschichte sehe. Prof. Bock war auch für den Verein „Irre menschlich Hamburg e.V.“ Mitgestalter von Hamburgs Bewerbung als Gesundheitsmetropole der Zukunft, die mit einem ausschließlich auf seelische Gesundheit zielenden Konzept erfolgreich war.

Chronisch psychisch kranke Menschen können nur dann ein selbstbestimmtes Leben führen, wenn die entsprechenden ambulanten Hilfsstrukturen vorgehalten werden. Die im Dachverband Gemeindepsychiatrie, dem zweiten diesjährigen Preisträger, zusammengeschlossenen Träger, Hilfsvereine, Bürgerinitiativen und die Selbsthilfe leisten hierzu seit über 30 Jahren einen wichtigen Beitrag. Der Dachverband fühlt sich dem Grundsatz der „Inklusion“ verpflichtet, d. h. der aktiven Verhinderung von sozialem Ausschluss, des Verlusts von Familie und Kindern, sozialen Beziehungen, Arbeit und Verarmung. Der Dachverband sieht deshalb vor allem eine Chance in der integrierten Versorgung psychisch kranker Menschen, erklärte der Vorsitzende Wolfgang Faulbaum-Decke, der den Preis stellvertretend für den gesamten Dachverband entgegennahm. Die Einbeziehung von Psychotherapie oder psychotherapeutischen Konzepten sei dabei aus seiner Sicht dringend notwendig. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie wünsche sich, dass Psychotherapeuten aktiv bei der Entwicklung der neuen Versorgungskonzepte mitarbeiten und wichtige Partner in der Netzwerkarbeit vor Ort werden.



v. l.: Wolfgang Faulbaum-Decke, Prof. Dr. Thomas Bock, Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, Prof. Dr. Rainer Richter

In seinem Grußwort betonte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, dass die für eine Gesellschaft der Zukunft wesentlichen Begriffe von Wissen und Toleranz auch bei der Versorgung psychisch kranker Menschen von besonderer Bedeutung seien: Wissen aus der Versorgungsforschung, wie die unterschiedlichen Versorgungsektoren besser miteinander vernetzt werden könnten, damit psychisch kranke Menschen schnell und unkompliziert sowie möglichst lange ambulant und in ihrem sozialen Umfeld behandelt werden könnten. Und Toleranz gegenüber psy-

Dürftige Beziehungskultur

Was sind die größten Errungenschaften in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen seit der Psychiatrie-Enquête? Die Behandlungsbedingungen sind menschenwürdiger, zumindest äußerlich. Die gemeindenahen Hilfen sind besser, werden aber immer mehr von Institutionen und Märkten als von Bedürfnissen bestimmt. Das Wichtigste ist, dass Psychiatrieerfahrene und Angehörige selbstbewusster auftreten – durch die Selbstorganisation und durch die neue Idee des Trialogs: Erfahrene, Angehörige und Profis begegnen sich als Experten, lernen wechselseitig eine neue Praxis und auch ein neues Verständnis mit Blick für individuelle Besonderheit, soziale Zusammenhänge und subjektive Perspektiven.

Worin sehen Sie aktuell die größte Fehlentwicklung in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen? Wir leisten uns Institutionen mit widersin-

nigen Belohnungsmechanismen (stationär vor ambulant), wenig Kontinuität und dürftiger Beziehungskultur. Viele Angebote sind wenig vernetzt und immer noch von einer bequemen Komm-Struktur geprägt. Psychotherapie kommt eher den fast Gesunden als den schwer Kranken zugute. Die mangelnde Beweglichkeit gilt äußerlich wie innerlich: Ein fataler Hang zu (biologischem) Reduktionismus engt Verstehen und Handeln ein, als seien die Erklärung für psychotisches Handeln die Psychose und der Grund für Misstrauen die Non-Compliance.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft? Ich wünsche mir eine Psychiatrie, in der die Idee des Trialogs alle Ebenen prägt: Alltag, Psychiatrieplanung, Qualitätssicherung, Lehre und Forschung, präventive Projekte in Schulen und Betrieben. Ich wünsche mir eine radikal andere (pauschale) Finanzierung, in

der nicht mehr das belegte Bett, sondern Home-Treatment belohnt wird. Psychisch erkrankte Menschen im sozialen Kontext zu begleiten, ihre Ressourcen wahrzunehmen und zu stärken, ist die neue alte Herausforderung. Psychotherapie kann dabei eine Rolle spielen, wenn sie sich mehr vernetzt und sich als Dienstleistung mit Priorität für Schwerkranke versteht. Von der Kammer wünsche ich mir, dass sie die Behandlung von schwer psychisch Kranken in der Aus- und Weiterbildung besser berücksichtigt und sich dafür einsetzt, dass die Psychotherapie-Richtlinien so verändert werden, dass den Besonderheiten, bspw. der Behandlung von Menschen mit Psychosen, besser Rechnung getragen wird. Große Zukunft hat die Idee des EXperienced-INvolvement: Erfahrungswissen nutzen, Betroffene als Lebenslehrer (in Schulen und Betrieben) und als Peer-Berater (in der Versorgung) – das macht Hoffnung.

Zu hohe Kliniklastigkeit

Was sind die größten Errungenschaften in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen seit der Psychiatrie-Enquête? Aus meiner Sicht ist dies der gelungene Aufbau ambulanter Hilfsstrukturen für chronisch psychisch erkrankte Menschen durch die aktiven, bürgerschaftlich organisierten gemeindepsychiatrischen Vereine gewesen. Ebenso zu nennen ist der Wandel der Krankheits- und Behandlungsparadigmen hin zu einer stärkeren Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen, die gelungenen Erfahrungen mit den Soteria-Konzepten in der stationären Behandlung sowie die Diskussion und Kritik an der bundesdeutschen Praxis der Psychopharmakagabe. Last, but not least ist die Einbindung systemisch-psychotherapeutischer Ansätze in entstehende ambulante Krisen- und Behandlungseinheiten zu nennen.

Worin sehen Sie aktuell die größte Fehlentwicklung in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen? Es herrscht leider immer noch eine zu hohe Institutions- und Kliniklastigkeit bei der Versorgung mit Hilfen vor. Dies ist weder effektiv noch kostengünstig. Es fließen damit zu viele Mittel in das klinische System, die im ambulanten Feld meiner Ansicht nach weit besser genutzt werden könnten. Der Bereich der Prävention findet zurzeit noch eine zu geringe Beachtung, große Gruppen von ersterkrankten Menschen finden erst zu spät passgenaue Hilfen und laufen Gefahr, zu „neuen Chronikern“ zu werden.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft? Betroffene Menschen sollten einen eigenen Weg zur Gesundung finden können. Dazu sollten Exklusion und Verarmung verhindert

sowie die eigenen, familiären und professionellen Netzwerke gestärkt werden. Meiner Ansicht nach sind der Ausbau integrierter Versorgungsangebote und die Schaffung sozialpsychiatrischer Verbundsysteme in einem verlässlichen ambulanten und lebensweltorientierten Netzwerk die wesentlichen Bausteine der Zukunft der psychiatrischen Versorgung. Integrierte Versorgung durch die Akteure der Gemeindepsychiatrie wird zu einer besseren und für alle Beteiligten transparenteren und zeitnäheren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. Dabei wird der notwendige Aufbau von multiprofessionellen, ambulant arbeitenden Teams und Netzwerken mit Psychotherapeuten als Behandlern zu einer großen Verbesserung einer lebensweltorientierten Behandlung und Krisenintervention führen.



Prof. Dr. Thomas Bock

Diotima-Preisträger 2010
und Leiter der
Sozialpsychiatrischen
Ambulanz des
Universitätsklinikums
Hamburg-Eppendorf



**Wolfgang
Faulbaum-Decke**

nahm als Vorsitzender des
Dachverbands
Gemeindepsychiatrie e.V.
den Diotima-Ehrenpreis
2010 entgegen

Gesundheitspolitik diskutiert Bedarfsplanung

Entschließungsantrag auf der BPTK-Homepage:
www.bptk.de

Die Bundesregierung plant, noch vor der Sommerpause einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung vorzulegen. Die Reformvorschläge der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler suchen insbesondere nach Wegen, den Arztberuf attraktiver zu gestalten. Mit einer Landarztquote und Honoraranreizen soll die Versorgung in strukturschwachen Gebieten verbessert werden.

Die Reformkonzepte der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) unterscheiden sich – kaum überraschend – erheblich voneinander. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) prognostiziert einen generellen Ärztemangel. Sie schlägt neben einer besseren Vergütung eine kleinräumige Bedarfsplanung und Arztstationen

in strukturschwachen Gebieten vor. Diese Arztstationen sind mit Unterstützung der Kommunen eingerichtete Arztpraxen, in denen mobile Allgemein- aber auch Fachärzte regelmäßig Sprechstunden abhalten.

Der GKV-Spitzenverband betont dagegen das Nebeneinander von Unter- und Überversorgung. Er will die hausärztliche Versorgung stärken, indem er die ärztliche Niederlassung in strukturschwachen Regionen fördert und dort Vergütungszuschläge zahlt, denen Abschläge in überversorgten Regionen gegenüberstehen. Für zusätzliche Hausärzte sollen fachärztliche Praxissitze gestrichen werden. Die fachärztliche Bedarfsplanung soll großräumiger gestaltet werden. Vergütungszu- oder -abschläge sollen Ärzten Anreize bieten, sich in unterversorgten Gegenden niederzulassen. Au-

ßerdem sollen verstärkt Praxen in als überversorgt geltenden Gebieten aufgekauft werden.

Eine Länderarbeitsgruppe, die die Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni vorbereitet, schlägt vor, die Bedarfsplanung zu einer Versorgungssteuerung weiterzuentwickeln. Aus Sicht der Länder sollte eine künftige Bedarfsplanung Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren. Sie sollte flexibel und kleinräumig auf lokale Disparitäten reagieren können und eine sektorenübergreifende Rahmenplanung ermöglichen. Der 16. Deutsche Psychotherapeutentag hat sich mit der anstehenden Reform der Bedarfsplanung beschäftigt und einen Entschließungsantrag zur Positionierung der Psychotherapeuten verabschiedet.

Bundesregierung plant kein Präventionsgesetz

In dieser Legislaturperiode wird es kein Präventionsgesetz geben. In ihrer Antwort (BT-Drs. 17/845) auf eine Kleine Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion stellt die Bundesregierung klar, dass sie den Gesetzentwurf der vorigen Bundesregierung nicht weiterverfolgen wird. Stattdessen soll Prävention als ressortübergreifende Verantwortung wahrgenommen und ein Gesamtkonzept verfolgt werden, das Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten anregt.

BR-Drs. 229/10:
www.bundesrat.de

Vorratsdatenspeicherung und Schutz von Berufsgeheimnisträgern

Das Bundesverfassungsgericht hat am 2. März 2010 die gesetzlichen Regelungen zur Vorratsdatenspeicherung für verfassungswidrig erklärt (1 BvR 256/08). Dabei hat es allerdings die Vorratsdatenspeicherung nicht für „von vornherein schlechthin verfassungswidrig“ angesehen, sondern nur die konkrete Ausgestaltung der vorsorglichen Speicherung der Daten.

Der Gesetzgeber hatte zuvor Telekommunikationsunternehmen dazu verpflichtet, Daten zu Festnetz-, Internet- und Mobilfunktelefonaten, zum Versand von SMS-, MMS- und ähnlichen Nachrichten, zu E-Mail-Verbindungen und zum Internetzugang für einen Zeitraum von sechs Monaten zu speichern. Diese Daten ermöglichten es beispielsweise nachzuvollziehen, wer wann mit wem wie lange telefoniert hat. Das Telefonat selbst wurde nicht aufgezeichnet.

Die Vorratsdatenspeicherung ist eines von vielen Sicherheitsgesetzen, die nach den Terroranschlägen des 11. September 2001 erlassen wurden. So gilt seit der vergangenen Legislaturperiode auch der absolute Schutz des Berufsgeheimnisses von Ärzten und Psychotherapeuten vor staatlicher Überwachung nicht mehr. Aufgrund der Änderung der Strafprozessordnung (StPO) und des Gesetzes über das Bundeskriminalamt (BKAG) können auch psychotherapeutische Praxen unter engen Voraussetzungen abgehört werden. Die BPTK hatte bereits im Gesetzgebungsverfahren die Verfassungsmäßigkeit der entsprechenden Gesetze bezweifelt und sich für den absoluten Schutz psychotherapeutischer Gespräche vor staatlicher Überwachung eingesetzt.

Im Koalitionsvertrag vereinbarten die Regierungsparteien dazu, in Zukunft wieder alle Rechtsanwälte absolut zu schüt-

zen und den Schutz weiterer Berufsgeheimnisträger zu prüfen. Am 31. März 2010 hat die Bundesregierung den „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes von Vertrauensverhältnissen zu Rechtsanwälten im Strafprozessrecht“ (BR-Drs. 229/10) beschlossen. Die Prüfung in Bezug auf andere Berufsgeheimnisträger läuft noch. Nach Auffassung der BPTK gehören psychotherapeutische Gespräche zum Kernbereich privater Lebensführung und sind daher vor staatlicher Überwachung absolut zu schützen. Sie hat dies gegenüber dem Bundesjustizministerium deutlich gemacht und tritt für eine entsprechende Gesetzesänderung ein.

Auch das Bundesverfassungsgericht prüft, ob diese Sicherheitsgesetze mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Mehrere Verfassungsbeschwerden, auch die eines Psychotherapeuten, wurden eingereicht.



BPtK-Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik

In Deutschland lassen sich jährlich über eine Million Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus behandeln. Behandlungskonzepte und -qualität der Kliniken unterscheiden sich erheblich. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat der Presse deshalb am 6. Mai eine „Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik“ vorgestellt, die Patienten hilft, das für sie richtige Krankenhaus für ihre psychische Erkrankung zu finden. „Psychisch kranke Menschen wollen sich bewusst entscheiden, wann und wo sie sich stationär behandeln lassen“, stellte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter fest. „Die BPtK-Checkliste unterstützt Patienten und Angehörige bei der Suche nach dem besseren Krankenhaus.“

Dass hier eine große Lücke existiere, betonte auch Jürgen Matzat, Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss und Leiter einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen. In der täglichen Beratungsarbeit begegne er häufig Patienten mit psychischen Erkrankungen. Diesen fehlten oft schon grundlegende Informationen zu den stationären Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland.

„Bisher wissen wir noch zu wenig, was in Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen passiert“, erklärte Richter. „Aus Patientensicht besteht ein erhebliches Informationsdefizit. Wir brauchen dringend mehr Transparenz in Psychiatrie und Psychosomatik, z. B. einen besseren Überblick über die Behandlungsangebote, damit sich Patienten ausreichend informieren können. Dafür ist wichtig, dass die Krankenhäuser dokumentieren, welcher Patient welche Behandlungen (Einzel-, Gruppenpsychotherapie, Medikamente, Ergotherapie etc.) erhält und wie erfolgreich die Behandlung war.“

Dass dies möglich ist, zeigen die psychosomatischen Rehabilitationskliniken, die in das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung eingebunden sind.

Alle stationären Einrichtungen arbeiten mit multimodalen Behandlungskonzepten und multiprofessionellen Teams. Während der Schwerpunkt in der Psychiatrie oft in der Behandlung mit Medikamenten liegt, bietet die Psychosomatik insbesondere psychotherapeutische Behandlungsangebote. Für die meisten psychischen Erkrankungen gibt es inzwischen störungsspezifische Behandlungskonzepte, z. B. die übertragungsfokussierte oder dialektisch-behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Einige Krankenhäuser bieten entsprechende Behandlungsprogramme, die entweder auf speziellen Stationen oder stationsübergreifend angeboten werden. Darüber hinaus gibt es wissenschaftlich überprüfte Behandlungsleitlinien, auf die sich alle beteiligten Fachleute geeinigt haben. Ein wichtiges Qualitätskriterium bei Depressionen ist deshalb, ob sich die Behandlungsangebote einer Klinik an der „Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ orientieren. Diese empfiehlt z. B. bei akuten schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Medikamenten. Eine Behandlung nur mit Psychotherapie oder nur mit Medikamenten ist weniger wirksam und entspricht nicht den Leitlinien.

Psychisch kranke Menschen können bisher viel zu selten eine informierte Entscheidung treffen, wenn sie sich stationär behandeln lassen wollen. Informationen darüber zu haben, welche Behandlung ein Patient mit einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus bekommt, hält auch Jürgen Matzat für ein wichtiges Ziel.

Ihm seien schon Patienten begegnet, die während eines mehrwöchigen stationären Aufenthalts keine einzige Stunde Gruppentherapie erhalten hätten. Das grenze fast an „Etikettenschwindel“, schließlich handele es sich doch um Krankenhäuser für „Psychiatrie und Psychotherapie“.

Die „Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik“ gibt deshalb eine erste Orientierung und Antworten auf grundlegende Fragen wie:

- Welche Krankenhäuser gibt es für psychisch kranke Menschen?
- Wie finde ich ein Krankenhaus in meiner Nähe?
- Wann ist eine Krankenhausbehandlung ratsam?
- Kann ich das Krankenhaus wechseln?

Hauptgrund für die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus bzw. eine Krankenhausabteilung sind Alkoholerkrankungen (26 Prozent), gefolgt von unipolaren Depressionen (21 Prozent) und schizophrenen Erkrankungen (18 Prozent). Hauptaufnahmegrund in psychosomatischen Krankenhäusern bzw. Krankenhausabteilungen sind unipolare Depressionen (49 Prozent), Angststörungen (14 Prozent) sowie somatoforme Störungen (acht Prozent).

Die durchschnittliche Behandlungszeit beträgt in der Psychiatrie drei und in der Psychosomatik sechs Wochen. Diese erheblichen Unterschiede lassen sich z. T. durch die unterschiedlichen Erkrankungen der Patienten erklären, aufgrund derer sie in den beiden Kliniken behandelt werden. Patienten mit Alkoholerkrankungen werden überdurchschnittlich häufig in psychiatrischen Einrichtungen behandelt. Sie bleiben dort allerdings nur relativ kurz (11,2 Tage), weil sie nur eine Entgiftung erhalten.

Checkliste auf der
BPtK-Homepage:
www.bptk.de

Neuer Anlauf zu einem Kinderschutzgesetz

Die Bundesregierung unternimmt einen neuen Anlauf zur Verbesserung des Kinderschutzes in Deutschland. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) will dazu noch in diesem Jahr einen Referentenentwurf vorlegen. Zwei Arbeitsgruppen des Bundesfamilienministeriums arbeiten bereits mit Vertretern von Ländern, Kommunen und den für den Kinderschutz relevanten Verbänden und Organisationen an den Eckpunkten.

Querschnittsaufgabe

Die erste Arbeitsgruppe soll insbesondere den Regelungsbedarf bei den Querschnittsaufgaben von Gesundheitswesen und Jugendhilfe beschreiben, wenn beispielsweise Ärzte und Hebammen im Rahmen der Gesundheitsversorgung diagnostisch für den Kinderschutz tätig werden oder wenn Psychotherapeuten im Sinne „Früher Hilfen“ in die Ressourcenstärkung von Risikofamilien

Gemeinsame Leitlinien

Die Arbeitsgruppe prüft außerdem den Entwicklungsbedarf fachlicher Standards für die Aufdeckung von Kindeswohlgefährdungen. Während Vertreter der Jugendhilfe hier auf eine bereits hoch entwickelte Fachlichkeit verweisen und daher keinen Bedarf für bundeseinheitliche Regelungen sehen, machen Vertreter des Gesundheitswesens auf fehlende Klassifikations- und Diagnosesysteme für Anhaltspunkte von Kindeswohlgefährdung in ihrem Bereich aufmerksam. Eine Lösung könnte die gemeinsame Entwicklung von Leitlinien sein.

Hausbesuch umstritten

Auf breite Ablehnung stößt weiterhin eine mögliche Regelung, Jugendämtern bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung einen Hausbesuch vorzuschreiben. Eine solche Regelung hatte es im gescheiterten Gesetzentwurf der vorigen Bundesregierung gegeben.

Frühe Hilfen flächendeckend

Eine zweite Säule des verbesserten Kinderschutzes soll nach dem Willen der Bundesregierung ein flächendeckendes Angebot „Früher Hilfen“ für Risikofamilien sein. Erfolgreiche Maßnahmen aus dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ sollen verstetigt und in die Fläche gebracht werden können. Ob und wie die dafür erforderliche Mischfinanzierung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe in Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt werden kann, ist dabei noch völlig offen und ohne Beteiligung des BMG auch nicht zu beantworten. Das Ziel ist mit Blick auf ein bereits mehrfach gescheitertes Präventionsgesetz zudem sehr ambitioniert.

Befugnisnorm für Berufsheimnisträger

Die zweite Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Ausbau verlässlicher Netzwerke im Kinderschutz. Ziel ist, eine bessere Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen vor Ort zu gewährleisten. Der gescheiterte Gesetzentwurf sah dazu eine bundesweite Befugnisnorm für Berufsheimnisträger vor. Die BPTK setzt sich in der Arbeitsgruppe für eine solche gesetzliche Klarstellung ein, die es Psychotherapeuten ermöglichen soll, leichter eine verantwortliche Gewissensentscheidung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu treffen. Voraussetzung dafür sind eindeutige Kriterien für Mitteilungen und eine ausreichende fachliche Unterstützung durch das Jugendamt.

Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“

Im April nahm der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ seine Arbeit auf. Noch im Laufe des Jahres sollen erste Ergebnisse vorgelegt werden. Von den Beteiligten des Runden Tisches wurde die Verantwortung aller gesellschaftlichen Kräfte für einen verbesserten Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt klar benannt.

Die BPTK fordert in diesem Zusammenhang ein ausreichendes Angebot psychotherapeutischer Hilfen für Opfer und Täter. Viele Opfer sexuellen Missbrauchs brauchen eine Psychotherapie, die die seelischen Folgen der erlebten sexualisierten Gewalt lindert oder heilt. Dies ist zugleich nachhaltige Prävention, denn Kinder, die sexuell missbraucht werden, werden als Erwachsene oft selbst zu Tätern.

eingebunden sind. Eine solche Aufgabe kann nur ressortübergreifend bearbeitet werden. Daher soll auf Bundesebene neben dem federführenden BMFSFJ auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beteiligt werden. Auf der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe Ende April stieß es daher auf Bedauern, dass Vertreter aus dem BMG fehlten.

Vielmehr wird gefordert, die Wirkungen des 2005 in Kraft getretenen § 8a des SGB VIII zu evaluieren, bevor weitergehende Regelungen getroffen werden, die dem Jugendamt die Möglichkeit nehmen, angemessen auf den Einzelfall zu reagieren, und darüber hinaus hohe personelle Ressourcen binden, die dann bei anderen Hilfen fehlen.

Ablehnend steht die Arbeitsgruppe dagegen dem Vorstoß Bayerns zu einer Meldepflicht für Berufsheimnisträger gegenüber. Internationale Vergleichsstudien haben gezeigt, dass eine solche Meldepflicht die Aufklärungsquoten bei Kindeswohlgefährdung nicht verbessert, aber in jedem Fall das Vertrauensverhältnis zu den Patienten zerstört.

Ambulante Kodierrichtlinien

Für die Abrechnung und Vergütung von ambulanten vertragsärztlichen Leistungen sind ab dem 1. Januar 2011 verbindliche Kodierrichtlinien geplant. Im dritten Quartal 2010 sollen diese Kodierrichtlinien einem ersten Praxistest in der KV Bayerns unterzogen werden. Damit werden gesetzliche Auflagen des GKV-WSG erfüllt, nach denen die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation von Behandlungsdiagnosen zu vereinbaren hatten. Die Kodierrichtlinien dürften sich positiv auf die Funktionsfähigkeit und Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der morbiditätsorientierten Vergütung auswirken.

Der erste Entwurf der Kodierrichtlinien hatte im November 2009 noch für einige Irritationen gesorgt, nicht zuletzt aufgrund der speziellen

Kodierrichtlinien für die psychischen Störungen. Die Kodierung einiger psychischer Störungen war stark berufspolitisch geprägt und setzte z. B. mindestens eine Mitbehandlung durch einen Psychiater zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die aktuelle Fassung der Kodierrichtlinien trägt nun den zentralen Bedenken der BPtK Rechnung. So wurden die ursprünglich vorgesehenen Plausibilitätskriterien bei unipolaren depressiven Störungen ersatzlos gestrichen. Bei den psychischen Störungen Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen, bei manischen und bipolaren affektiven Störungen sowie bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen wurde der Kreis der für die Kodierung einer gesicherten Diagnose erforderlichen (Mit-)Behandler um die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psycholo-

gischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweitert.

Der allgemeine Teil der Kodierrichtlinien widmet sich zentralen Schwachpunkten der bisherigen Kodierpraxis in der ambulanten Versorgung. So können Dauerdiagnosen nur noch kodiert werden, wenn sie die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen. Ferner sind alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen, entsprechend der ICD-10-GM zu kodieren und dies möglichst präzise, also bis zur maximalen Kodiertiefe (je nach ICD-Schlüsselnummer drei-, vier- oder fünfstellig) und möglichst spezifisch. Der Anteil der unspezifischen Diagnosecodes, der beispielsweise für die depressiven Störungen zuletzt bei über 50 Prozent gelegen hatte, sollte sich daher in Zukunft deutlich reduzieren.



Institut des Bewertungsausschusses (InBA):

www.gkv-spitzenverband.de

Psychotherapie verringert Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind weit verbreitet und gehören zu den teuersten Erkrankungen in den industrialisierten Ländern. Ungefähr jeder Dritte in Deutschland leidet aktuell unter Kreuzschmerzen. Bei rund 90 Prozent der Patienten verschwinden die Schmerzen innerhalb von sechs Wochen wieder von selbst. Zwei bis sieben Prozent entwickeln jedoch chronische Rückenschmerzen.

Eine entscheidende Rolle bei der Chronifizierung von Rückenschmerzen spielen psychosoziale Faktoren. Die meisten Rückenschmerzen sind unspezifisch, d. h., es kann keine körperliche Ursache für die Schmerzen identifiziert werden. Viele Patienten haben aber die Überzeugung, dass ihre Rückenschmerzen auf Schäden an der Wirbelsäule zurückzuführen sind und eine zu starke kör-

perliche Belastung und Bewegung deshalb schädlich für sie sind. In der Folge entwickeln sie eine „Schonhaltung“, die häufig dazu führt, dass sich die Rückenschmerzen verfestigen.

Diese Zusammenhänge zu vermitteln, war auch das Ziel einer Gruppenpsychotherapie, die mit 600 Patienten bei 56 Allgemeinärzten in England durchgeführt wurde (Back Skills Training Trial). Die Ergebnisse, die im März im Lancet veröffentlicht wurden, belegen eindrucksvoll, dass akute oder chronische Rückenschmerzen durch eine sechsstündige kognitive Verhaltenstherapie gelindert werden können. Dabei zeigten sich die überlegenen Effekte der Psychotherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe, die lediglich eine Beratungsstunde erhielt, vor allem auch im längeren

Verlauf. Auch ein Jahr nach Beendigung der Therapie berichteten die Teilnehmer über deutlich weniger Schmerzen und Beeinträchtigung als die Vergleichsgruppe. In der Psychotherapiegruppe hatten sich bei 60 Prozent der Patienten die Rückenschmerzen auch noch nach einem Jahr verringert, in der Kontrollgruppe hingegen nur bei 31 Prozent. Dabei ist diese Therapie im Vergleich zu den herkömmlichen Therapien bei Rückenschmerz, wie Physiotherapie oder Akupunktur, wesentlich kosteneffektiver. Die Kosten für ein gewonnenes Lebensjahr in guter Lebensqualität (Quality-Adjusted Life-Year, QALY) liegen nach Berechnungen der Autoren bei 1.786 Pfund. Im Gegensatz hierzu liegen diese für Physiotherapie bei 3.800 Pfund und für Akupunktur bei 4.242 Pfund.

Quelle:

Lamb S. E. et al, 2010, The Lancet, Vol. 375, Issue 9.718, Pages 916 - 923

BPtK beteiligt sich am Bündnis für seltene Erkrankungen

Eine Erkrankung wird offiziell als „selten“ klassifiziert, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Aktuell sind ca. 6.000 bis 8.000 Erkrankungen bekannt, die als „seltene Erkrankungen“ gelten. In Deutschland sind damit insgesamt ca. vier Millionen Menschen von seltenen Erkrankungen betroffen und somit ähnlich viele Menschen wie von den „Volkskrankheiten“ Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale mit jeweils ca. fünf bis sechs Millionen Erkrankten.

Seltene Erkrankungen gibt es prinzipiell in allen medizinischen Erkrankungsgruppen, wodurch diese sehr heterogen ausfallen. Beispiele sind angeborene Störungen der Blutbildung, Intersexualität oder seltene Tumorarten. Psychische Erkrankungen treten in aller Regel häufiger auf, wobei beispielsweise einige Varianten von Autismus- oder Demenzerkrankungen Ausnahmen bilden.

Die meisten seltenen Erkrankungen verlaufen chronisch und führen oft zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Viele Patienten leiden außerdem erheblich unter der oft andauernden Unsicherheit,

überhaupt eine korrekte Diagnose und angemessene Therapie zu erhalten. Häufig ist auch eine Unterstützung der Angehörigen notwendig. In einem Forschungsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit gaben 91,5 Prozent der Befragten aus Patientenorganisationen an, dass sie sich eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung bei seltenen Erkrankungen wünschten.

Klinischen Erfahrungen zufolge berichten Menschen insbesondere mit somatoformen Erkrankungen öfter über Beschwerden, die differenzialdiagnostisch von seltenen Formen somatischer Erkrankungen abgegrenzt werden müssen. Für die korrekte Diagnostik seltener Erkrankungen sind deswegen auch psychopathologisch-psychotherapeutische Kompetenzen erforderlich.

Die BPtK hat sich aus diesen Gründen am „Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen“ (NAMSE) beteiligt. In dem Bündnis sollen Vorschläge für einen Nationalen Aktionsplan für Seltene Erkrankungen erarbeitet werden.

Mehr Netzwerke in der Gemeindepsychiatrie

Unter dem Titel „Netzwerke in und mit der Gemeindepsychiatrie – zwischen Konkurrenz und Kooperation“ findet vom 8. bis 10. September 2010 die diesjährige Jahrestagung des Dachverbands Gemeindepsychiatrie in Gelsenkirchen statt.

Psychiatrienetz



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Psychisch kranke Menschen brauchen in Zukunft mehr noch als bisher wohnortnahe, flexible und koordinierte Behandlungsangebote, die multiprofessionell ausgerichtet sind. Benötigt werden stimmige Versorgungsangebote, in denen die verschiedenen Professionen Hand in Hand zusammenarbeiten. Aus Sicht des Dachverbands Gemeindepsychiatrie und der Bundespsychotherapeutenkammer ist es wünschenswert, dass Psychotherapeuten noch stärker in die gemeindepsychiatrische Versorgung eingebunden werden. Diesen Themen widmet sich die Tagung, die in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer durchgeführt wird.

Neue Regeln bei der gematik

Wer was bei der Einführung der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) entscheidet, ist neu geregelt. Die Gesellschafter der gematik haben am 19. April eine grundlegende Reform der Aufgabenverteilung beschlossen.

Danach verantwortet der GKV-Spitzenverband ab sofort das „online gestützte“ Management der Versichertenstammdaten, die Bundesärztekammer den Notfalldatensatz und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die „adressierte Kommunikation“ der Leistungserbringer. Um die von den Kostenträgern geforderte verpflichtende Online-Anbindung der Praxen umzusetzen, plant das Bundesgesundheitsministerium offenbar, einen Änderungsantrag zum GKV-Änderungsgesetz einzubringen. Die verpflichtende Online-Anbindung stößt bei den Leistungserbringerorganisationen auf erheblichen Widerstand. Sie befürchten eine Gefährdung der sensiblen Patientendaten in der Praxis.

Mit Entscheidung der gematik-Gesellschafterversammlung ist die „Bestandsaufnahme“ der eGK-Einführung beendet, die die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag beschlossen hatte. Kern der Entscheidung ist ein Neustart der gematik. Die drei eGK-Anwendungen, die jetzt umgesetzt werden sollen, müssen zukünftig nicht mehr im Konsens auf der Gesellschafterversammlung entschieden werden. Damit sind die Entscheidungsstrukturen für die nächsten eGK-Projekte wesentlich vereinfacht und die Zusammenarbeit von gematik und Selbstverwaltung neu gestaltet. Im Zusammenhang mit der Bestandsaufnahme hatte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter vor einem „technokratischen Machbarkeitsautomatismus“ gewarnt und Lösungen gefordert, die die „Akzeptanz der Anwender“ finden.

Psychiatrienetz/Termine:
www.psychiatrie.de

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Scheide
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