

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 3/2010

September
2010

Themen dieser Ausgabe:

- *GKV-Finanzierungsgesetz*
- *Ausgaben für psychische Erkrankungen*
- *Dachverband Gemeindepsychiatrie: Tagung vom 09.-11.09.2010*
- **BPtK-Dialog:**
„Mehr Muttersprachler für Migranten“ - Interview mit Sibel Koray
- **BPtK-Focus:**
Psychotherapeutische Versorgung von Migranten
- **BPtK-Inside:**
BPtK-Workshop: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung“

**BPtK-Stellungnahme
„Referentenentwurf
eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)“
vom 6. September 2010:**
www.bptk.de

Ausgaben für psychische Erkrankungen rasant gestiegen

Die ökonomischen Kosten von psychischen Krankheiten zeigen sich immer deutlicher. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes stiegen die Kosten für psychische Krankheiten von 2002 bis 2008 um 5,3 Milliarden Euro auf knapp 28,7 Milliarden Euro. Der Anstieg war damit höher als bei allen anderen Krankheiten. Allein bei Depressionen erhöhten sich die Kosten um 33 Prozent, während der durchschnittliche Anstieg der Krankheitskosten nur 16 Prozent betrug. Insgesamt beliefen sich die Kosten für Depressionen im Jahr 2008 auf über 5,2 Milliarden Euro. Psychische und Verhaltensstörungen waren damit die Gruppe mit den dritthöchsten Kosten – nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (37 Milliarden Euro) und Krankheiten des Verdauungssystems (34,8 Milliarden Euro). Das Statistische Bundesamt berechnet alle zwei Jahre die ökonomischen Kosten von Krankheiten für die deutsche Volkswirtschaft. In die Berechnung fließen – neben medizinischen Heilbehandlungen – auch sämtliche Ausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein.

Abschied aus der Parität – Das neue GKV-FinG

Kernthema der Gesundheitspolitik nach der Sommerpause ist das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG). Der Gesetzgeber plant, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) grundsätzlich zu ändern. Künftig entfällt der Mechanismus, der zu einer Anpassung der Beitragssätze führt, wenn die Mittel des Gesundheitsfonds eine bestimmte Deckung der GKV-Ausgaben unterschreiten. Ausgabensteigerungen in der GKV müssen daher über Zusatzbeiträge finanziert werden, die pauschal erhoben und ausschließlich vom Versicherten zu zahlen sind. Wenn der Zu-

satzbeitrag mehr als zwei Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens eines Versicherten übersteigt, ist ein Sozialausgleich vorgesehen, wobei offen bleibt, ob und inwieweit dieser über Steuermittel finanziert wird.

Das neue Finanzierungssystem bürdet damit steigende Kosten grundsätzlich allein den Versicherten auf. „Der schleichende Abschied von der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist problematisch“, stellte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter fest. „Die Wirtschaft wird damit allmählich

aus der Verantwortung für gesunde Arbeitsbedingungen entlassen. Gerade der Anstieg der Krankschreibungen aufgrund von psychischen Erkrankungen zeigt aber, wie stark Arbeitsbedingungen die Gesundheit einer Bevölkerung beeinflussen.“ Das GKV-FinG soll außerdem den Wechsel von der GKV zur privaten Krankenversicherung (PKV) erleichtern. Die gesetzliche Krankenversicherung bleibe, so Prof. Richter, für psychisch kranke Menschen immer noch die beste Versicherung. „Wer sich privat versichert, muss weiterhin sehr aufpassen, ob sein Vertrag überhaupt die Behandlung von

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie viele Facetten die psychotherapeutische Versorgung hat, zeigt wieder einmal dieser Newsletter. Wir beschreiben Wege, wie muttersprachliche Psychotherapie für Migranten möglich gemacht werden kann. Wir machen Vorschläge, wie die Versorgung von Soldaten verbessert werden kann, die z. B. nach einem Afghanistaneseinsatz unter Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden. Wir setzen uns dafür ein, das SGB V so zu korrigieren, dass ADHS weiter zu den ausgleichsfähigen Krankheiten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gehört. Wir suchen gemeinsam mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie nach Wegen, die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen stärker psychotherapeutisch auszurichten. Die Botschaft, die sich hinter den vielen einzelnen Meldungen versteckt, ist deutlich: Psychotherapie gehört zur Behandlung von seelisch kranken Menschen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Fortsetzung von Seite 1

**Kleine Anfrage der SPD
(BT-Drs. 17/1652):**
<http://dipbt.bundestag.de>

psychischen Krankheiten beinhaltet und welche Leistungen er erhält. Die GKV-Leistungsstandards werden in der PKV selten erreicht.“

**Entgeltsystem Psychiatrie
und Psychosomatik –
keine objektiven Daten
zum Mehraufwand**

Die bisherige Umsetzung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik war Thema einer Kleinen Anfrage der SPD (BT-Drs. 17/1785). Die Bundesregierung antwortete, dass die Dokumentation besonders aufwändiger Leistungen eine Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems sei. Der damit verbundene „gefühlte“ Dokumentationsaufwand werde von den Kliniken, die am Prä-Test teilnehmen, abhängig von der eingesetzten Software zur Dokumentationsunterstützung von „überschaubar“, „erträglich“ bis hin zu „recht aufwändig“ eingeschätzt. Objektive Daten zum Mehraufwand lägen der Bundesregierung nicht vor.

**Kleine Anfrage der SPD
(BT-Drs. 17/1785):**
<http://dipbt.bundestag.de>

eine Kleine Anfrage der SPD (BT-Drs. 17/1652). Die Bundesregierung plant, neben dem Ausbau der erfolgreichen Präventionsprogramme zu riskantem Alkoholkonsum, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Rauchen bei Jugendlichen, das Thema „Sucht im Alter“ stärker in den Blick zu nehmen.

Die neuen Akzente der Drogenbeauftragten Mechtild Dyckmans (FDP) sollen deutlich erkennbar werden, wenn sie ihre Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik Ende des Jahres vorstellt. In ihrer Arbeit wird sie vom Drogen- und Suchtrat unterstützt. In diesen wurde für die BPTK Vizepräsidentin Monika Konitzer berufen. Die konstituierende Sitzung des neuen Drogen- und Suchtrats ist im Herbst geplant.

**Mehr Mittel für
Versorgungsforschung**

In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 17/2663) zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland beziffert die Bundesregierung u. a. die Aufwendungen für Psychotherapie- und Versorgungsforschung. In den ver-

gangenen zehn Jahren sind ca. 27 Millionen Euro in die Erforschung der Epidemiologie psychischer Erkrankungen geflossen, 58 Millionen Euro in die Erforschung der Grundlagen psychischer Erkrankungen und ca. 51 Millionen Euro in die Versorgungsforschung. Ca. 60 Millionen Euro seien – so die Bundesregierung – für die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen ausgegeben worden, davon 15 Millionen im Förderschwerpunkt Psychotherapie.

Diese Summen sind im Vergleich zu den Forschungsausgaben der Industrie für Psychopharmaka zu sehen. Allein für das Jahr 2008 werden diese auf ca. fünf Milliarden Euro geschätzt. Auch die Bundesregierung räumt ein, dass viele relevante Fragen noch nicht beantwortet werden können. Umso dringlicher wäre es aus BPTK-Sicht, mehr Mittel für Versorgungsforschung zur Verfügung zu stellen, eventuell über das innerhalb der GKV eingeführte Instrument des Systemzuschlags. So wird bereits die Entwicklung und Pflege des DRG-Systems oder auch die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert.

**Kleine Anfrage von
Bündnis 90/Die Grünen
(BT-Drs. 17/2663):**
<http://dipbt.bundestag.de>

**Neue Akzente in
Drogen- und Suchtpolitik**

Auskunft über die künftige Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung gibt die Antwort der Bundesregierung auf

Unabhängige Patientenberatung Deutschland – auch zur Psychotherapie

**Die Anlaufstelle für Beschwerden
zur Psychotherapie bei der UPD ist
seit 1. August 2010 wie folgt zu
erreichen:**

**Tel.-Nr.: 0221 6952149
(montags 10:00 bis 12:00 Uhr)**

sowie online datengesichert über
die Website: [www.upd-online.de/
beschwerden-psychotherapie.html](http://www.upd-online.de/beschwerden-psychotherapie.html)

Von Seiten der Psychotherapeutenkammern Berlin, Baden-Württemberg und Bayern wurde für eine Pilotphase vom 01.08.2010 bis 31.12.2010 eine Zusammenarbeit mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) initiiert.

Ziel ist es, das Beschwerdeverfahren der Kammern und das kammerseitige Beratungsangebot

um ein von Akteuren des Gesundheitswesens unabhängiges Beratungsangebot zu ergänzen. Ratsuchende können von einer externen Beratungsmöglichkeit profitieren und gemeinsam mit einem neutralen Berater nach Handlungsperspektiven für sich suchen. Ziel der Beratung der UPD ist, über Patientenrechte aufzuklären und auf der Basis der Kompetenzen, Ressourcen und Wünsche der Ratsuchenden das weitere Vorgehen zu besprechen.

Zudem erfolgt künftig von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland eine anonymisierte Rückmeldung über Anzahl und Art der Patientenfragen an die beteiligten Landespsychotherapeutenkammern. Die entsprechenden Kammern können so ihr eigenes Beratungsangebot und Beschwerdemanagement weiterentwickeln. Daraus können sich Verbesserungsmöglichkeiten in Versorgung und Berufspraxis entwickeln.

Mehr Muttersprachler für Migranten - Interview mit Sibel Koray

Brauchen Migranten besondere psychotherapeutische Angebote?

Koray: Migranten brauchen Angebote, die ihren besonderen Lebensumständen gerecht werden. Vor allem Klienten der ersten Generation oder nachgezogene Ehepartner, deren Sozialisation im Herkunftsland erfolgte, wünschen sich eine problemlose, sprachlich differenzierte Verständigung und ein Gegenüber, dem ihr soziokultureller Hintergrund vertraut ist - d. h. in erster Linie muttersprachliche Psychotherapie. Verfügt der Klient über genügende Deutschkenntnisse, kommt insbesondere für die zweite und dritte Generation genauso ein deutschstämmiger Therapeut in Betracht - vorausgesetzt, er/sie verfügt über interkulturelle Kompetenz, was bedeutet, neugierig und gut reflektiert zu sein, mit der Bereitschaft, Normen und Werte als relational anzusehen, Mehrdeutigkeiten und Widersprüche in Situationen und Handlungsweisen zu tolerieren, hoch empathisch und sich mit einer annehmenden wie ggf. auch kritischen Offenheit auf den Ratsuchenden einzulassen. Selbstverständlich gelten diese Kriterien für einen muttersprachlichen Psychotherapeuten in gleicher Weise.

Erfassen Sie die Migrationsgeschichte eines Patienten systematisch?

Die Migrationsgeschichte erachte ich als bedeutsam und unbedeutend zugleich. Wenn der Vorstellungsanlass nicht unbedingt etwas mit der Migration zu tun hat, würde ein pauschales Abfragen befremdend wirken und der Klient würde sich möglicherweise mit seinem Anliegen nicht ernst genommen fühlen. Der Aspekt sollte allerdings vom Psychotherapeuten im Hinterkopf behalten und zu gegebenem Anlass, wenn es - vielleicht erst nach vielen Sitzungen - als Thema ansteht, ins Gespräch gebracht werden.

Welche psychischen Belastungen haben ältere Migranten? Sie haben eine enorme Anpassungsleistung hinter sich - und eine andere noch vor sich. Im Heimatland sozialisiert, verfügen sie in

der Regel über eine stabile Identität mit eindeutigen Werten und Normen. Mit der Migration verließen sie ein ihnen vertrautes Umfeld und soziales Beziehungsgefüge, um sich auf neuem Terrain mit z. T. differenten gesellschaftlichen Standards, einer unvertrauten Sprache, neuen Beziehungen auseinander zu setzen und ihren Platz in der Aufnahmegesellschaft zu finden. Dies verlangte von ihnen ein hohes Maß an Mut und Risikobereitschaft. Den einen gelang dieser Schritt besser, den anderen weniger gut. Selten erfüllten sich die ursprünglichen Erwartungen deckungsgleich mit der tatsächlichen Entwicklung vor Ort. Vieles stellte sich als unbedacht, möglicherweise unterschätzt heraus. Nun gilt es, eine annehmbare Lebensperspektive und Verortung fürs Alter zu entwickeln, den Anschluss an die nachfolgenden Generationen zu halten, mit gesundheitlichen Einbußen zurecht zu kommen. Vor allem gilt es, konträre Erwartungen mit Kindern und Enkelkindern, die hier sozialisiert sind und deren Autonomiebedürfnisse häufig dazu führen, dass sie sich gegen Bevormundungen und Einmischungen durch die Eltern/Großelterngeneration auflehnen, wie auch eine Entfremdung von der Heimat, in der die Zeit nicht stehengeblieben ist, auszuhalten.

Welche psychischen Belastungen haben jüngere Migranten?

Diese können migrationsspezifischer Art sein oder auch nicht. Hier kann eine passende Psychotherapie helfen, die Probleme richtig einzuordnen, den möglicherweise verengten Blick zu weiten. Zwei typische, immer wiederkehrende Themen sind: Wird die ältere Generation bei Dominanz- und Kontrollansprüchen als übergriffig erlebt, stellt sich für den Klienten die Frage, wie weit er sich im Zeichen von Toleranz und Respekt unterordnen muss, oder ob Grenzen gesetzt werden können und die Distanzierung möglicherweise bis hin zum Kontaktabbruch aushaltbar ist. Vielleicht wird auch ein Kompromiss entwickelbar sein, der beiden Seiten ein

Stück weit gerecht werden kann. Häufig wird auch der Aspekt der tatsächlichen oder angenommenen Benachteiligung und Inakzeptanz in der Aufnahmegesellschaft, in Nachbarschaft, Schule oder Beruf als sehr belastend erlebt.

Ist die Sprache ein Hindernis für Psychotherapie mit Migranten?

Da Sprache *das* Handwerkszeug des Therapeuten schlechthin ist, ist eine sprachliche Verständigungsebene meines Erachtens Voraussetzung für eine effiziente Psychotherapie. Die Gefühlsebene ist eng mit der Muttersprache verknüpft. Ohne sie können wir nur bedingt an Emotionen herankommen. Jugendliche z. B. switchen gerne zwischen den Sprachen: Wenn ihnen ein Thema zu nahe geht, können sie die weniger affektbesetzte Sprache wählen und umgekehrt. Dabei ist es natürlich von Vorteil, wenn der Therapeut ebenfalls beides beherrscht.

Was halten Sie davon, Dolmetscher in der Psychotherapie zu nutzen?

Es ist zwar ein Nothelfer, aber da es unrealistisch ist, Psychotherapie in jeder Sprache flächendeckend anbieten zu können, ist es wichtig, über einen Pool an Sprach- und Kulturmittlern zu verfügen, der gut ausgebildet und professionell ist und deren Finanzierung abgesichert ist. Hier entscheidet eine sorgfältige Vorbereitung über den Erfolg einer Psychotherapie. Die Übersetzerrolle dem Klienten zu überlassen oder gar Familienmitglieder aus Praktikabilitätsgründen zum Dolmetschen zu nehmen, halte ich für einen Kunstfehler. Insbesondere Kinder werden in der Übersetzerrolle hierarchisch über ihre Eltern gestellt und oftmals mit den Inhalten überfordert.

Brauchen wir mehr Psychotherapie in der Muttersprache der Patienten?

Wenn ich mir die übermäßig langen Wartezeiten der niedergelassenen muttersprachlichen Psychotherapeutinnen ansehe, kann ich nur mit einem eindeutigen „Ja“ antworten.



Sibel Koray
Psychologische
Psychotherapeutin,
Jugendamt der Stadt Essen

Sibel Koray ist Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet seit 26 Jahren in der Erziehungsberatung. Sie ist Referentin auf dem BPtK-Symposium „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ am 7. Oktober in Berlin.



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.



Jahrestagung
vom 08. - 10.09.2010
im Wissenschaftspark
in Gelsenkirchen

Zukunft von Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie

Die Gesundheitspolitik hat in den vergangenen Jahren mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem eingeführt und durch Selektivverträge ermöglicht. Dazu gehören Strukturverträge, integrierte Versorgungsverträge und Disease-Management-Programme. Diese Verträge haben das Ziel, die Segmentierung und Sektorisierung des deutschen Gesundheitswesens zu überwinden. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind solche vertraglichen Spielräume besonders wichtig. Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen in besonderem Maße Versorgungsangebote, in denen eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung gesichert ist und Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter eng miteinander kooperieren.

Wie diese Versorgungspraxis gelingen kann, die an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist, stand im Mittelpunkt der Tagung „Netzwerke in und mit der Gemeindepsychiatrie – Gemeinsame Zukunft und Herausforderung“, die der Dachverband Gemeindepsychiatrie unter anderem in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer vom 8. bis 10. September 2010 in Gelsenkirchen durchgeführt hat.

Entwicklung von Netzwerken

Welche Bedingungen aus systemischer Sicht für Netzwerke erfüllt sein müssen, skizzierte Prof. Jochen Schweitzer von der Universität Heidelberg. Der Aufbau institutioneller Netzwerke lohne sich unter anderem dann, wenn Organisationen in anspruchsvolleren Kontexten mitspielen wollten, für die ihnen die interne Kompetenz fehle. Hierfür müssten „passende Partner“ gefunden werden, die haben, was einem selbst fehlt, die Ähnliches wollen und kooperationsbereit sind.

In der Gemeindepsychiatrie ist der Netzwerkgedanke nicht neu. Nils Greve stellte in seinem Vortrag bereits existierende Formen von Netzwerkarbeit vor. Diese reichten von eher informeller Zusammenarbeit bis zu verbindlichen Strukturen, wie z. B. im „Netzwerk psychische Gesundheit“. Dieses spezielle Angebot für psychisch kranke Menschen, das bisher in Berlin, Bremen, Augsburg und München realisiert wird, soll bei akuten psychischen Krisen schnelle ambulante Hilfe sicherstellen und so (wiederholte) Krankenhauseinweisungen vermeiden. Für dieses Projekt schloss der Dachverband mit der Techniker Krankenkasse einen Vertrag zur integrierten Versorgung. Bedauerlich sei, dass bisher niedergelassene Psychotherapeuten noch zu wenig in die gemeindepsychiatrische Arbeit eingebunden werden können.

Psychotherapie stärker einbinden

Dass psychotherapeutische Interventionen eine wirksame Behandlungsoption bei schwer psychisch kranken Menschen sind, ist heute unbestritten. Gemeindepsychiatrie und Psychotherapeuten könnten und sollten sich bei der Versorgung dieser Patientengruppe deshalb ergänzen, betonte Monika Konitzer, Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer und Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in ihrer Begrüßung. Im Moment existierten die beiden Versorgungssysteme eher parallel nebeneinander und seien nur in Einzelfällen – meist regional begrenzt – miteinander vernetzt. Gemeindepsychiatrische Träger bemängelten, dass ihre Patienten häufig keinen Psychotherapieplatz erhielten. Der enge Rahmen von Psychotherapie-Richtlinien, Psychotherapie-Vereinbarung und Gebührenordnung etc. erschwert häufig

kurzfristige und flexible Krisen- und Behandlungsangebote für Akutpatienten.

Von der Theorie in die Praxis

Nachdem sich der erste Tagungstag vor allem mit den theoretischen Bedingungen von Netzbildung beschäftigte, widmeten sich die Vorträge des letzten Tages der „Netzwerkpraxis“. Dafür könnte die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“, die derzeit von einer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Thomas Becker aus Ulm erstellt wird, einen wichtigen Orientierungsrahmen geben. Die Leitlinie enthält beispielsweise die Empfehlung, dass multiprofessionell besetzte Krisen- und Behandlungsteams in definierten Versorgungsregionen gut erreichbar und mobil zur Verfügung stehen sollten, wie Frau Katrin Arnold aus der Arbeitsgruppe darstellte.

Aus der Perspektive einer niedergelassenen Psychotherapeutin berichtete Andrea Mrazek, Mitglied des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer. Ausgehend von einem konkreten Behandlungsfall stellte sie die Frage, wie sich Psychotherapeuten und gemeindepsychiatrisches Team bei der Versorgung in Zukunft besser unterstützen könnten. Beispielsweise könnte die Übernahme von bestimmten Behandlungsbausteinen durch das gemeindepsychiatrische Team sichern, dass die in der Psychotherapie erreichten Ziele gefestigt und in den Lebensalltag übertragen werden.

Diese praktischen Vorschläge, aber auch die Frage, wie Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie strukturell besser zu vernetzen sind, sind Thema einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundespsychotherapeutenkammer und des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie.

BPtK fordert bessere psychotherapeutische Versorgung von Migranten

In Deutschland leben knapp sieben Millionen Menschen mit einem ausländischen Pass. Über 15 Millionen Menschen haben mindestens ein Elternteil, das nach Deutschland immigriert ist. Der Prozess der Migration in ein anderes Land oder eine andere Kultur ist oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. So treten bei Migranten in Deutschland häufiger psychische Erkrankungen als bei der einheimischen Bevölkerung auf. Migranten erkranken z. B. um fast 60 Prozent häufiger an Depressionen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung. Auch bei Kindern von Migranten lassen sich erhöhte Prävalenzen psychischer Erkrankungen feststellen.

Dennoch nehmen Migranten Leistungen des Gesundheitssystems nur unterdurchschnittlich in Anspruch. Eine Studie der Universität Hamburg ergab, dass nur 14 Prozent der Patienten in ambulanter Psychotherapie einen Migrationshintergrund aufwiesen, obwohl der Bevölkerungsanteil 25 Prozent betrug. Ursachen für den erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem liegen in fehlenden Informationen über die Leistungen des Gesundheitssystems, begrenzten interkulturellen Kompetenzen der Gesundheitsberufe sowie fehlenden spezialisierten Behandlungsangeboten für bestimmte Migrantengruppen.

Diese Defizite sind auch Thema einer Petition an den Deutschen Bundestag (Petitions-Nr: 2-17-15-2123-008642), die eine „kultursensible muttersprachliche Psychotherapie für Menschen mit Zuwanderungshintergrund“ fordert. Insgesamt unterzeichneten 1.045 Personen diese Petition.

Die BPtK hält es für notwendig, dass Migranten, die nicht ausreichend deutsch sprechen, eine muttersprachliche Psycho-

therapie ermöglicht wird. In einer Psychotherapie ist es für Patienten von zentraler Bedeutung, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche ausdrücken zu können. Daher ist die Muttersprache eigentlich eine unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Psychotherapie.

Im ambulanten Sektor sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) daher muttersprachliche Psychotherapie in seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie als Kriterium für einen lokalen Sonderbedarf berücksichtigen. Wird ein lokaler Sonderbedarf angenommen, wenn in einem Stadtbezirk z. B. mehr als zehn Prozent der Bevölkerung einer bestimmten Migrantengruppe angehören, ergäbe sich für Berlin ein Sonderbedarf von sieben Psychotherapeuten, die ausschließlich in türkischer Sprache behandeln. Sind muttersprachliche Psychotherapeuten nicht verfügbar, sollte ein Anspruch auf einen qualifizierten neutralen Dolmetscher bestehen. Auf keinen Fall sollte auf Angehörige mit Deutschkenntnissen zurückgegriffen werden.

Auch in der stationären Versorgung fehlen spezifische Angebote für Migranten. Der G-BA sollte Krankenhäuser künftig verpflichten, in ihren Qualitätsberichten darüber zu informieren, ob sie über interkulturell geschulte Mitarbeiter verfügen, Psychotherapeuten mit den notwendigen sprachlichen Kompetenzen beschäftigen und Dolmetscherdienste oder spezialisierte Behandlungsangebote anbieten, wie z. B. Gruppentherapien für lokal häufige Migrantengruppen. Der Einsatz von Dolmetschern und spezifischen Behandlungsangeboten für Migranten sollte auch im neuen Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden.

Migrantenkinder nehmen erheblich seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil, obwohl sie häufig psychisch erkranken. Die BPtK fordert schon seit langem, die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder generell ab dem vierten Lebensjahr (U8) um Screenings für psychische Auffälligkeiten zu ergänzen. Außerdem sollte mindestens eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zwischen dem siebten und neunten Lebensjahr in der Schule stattfinden. Mit einer Untersuchung im schulischen Setting könnten alle Kinder eines Jahrgangs erreicht werden. Von ihr profitieren insbesondere jene Kinder, die selten zu einem niedergelassenen Arzt gehen.

Ein besonderer Bedarf besteht bei der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen. Ein großer Teil dieser Menschen hatte traumatische Erlebnisse, insbesondere als Kriegsflüchtling oder Folteropfer. Für hieraus resultierende psychische Erkrankungen hat sich Psychotherapie als die beste Behandlungsmethode erwiesen. Die Versorgung dieser Menschen scheitert jedoch oft an sprachlichen Barrieren. Hierfür sind speziell qualifizierte Dolmetscher erforderlich, die aufgrund der hohen Emotionalität der Behandlung eigene Supervision benötigen. Darüber hinaus ist es erforderlich, den Anspruch auf Krankenbehandlung, der aktuell durch das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkt wird, an die Ansprüche von Sozialhilfeempfängern anzugleichen.

Für die psychosozialen Zentren zur Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern ergeben sich aktuell finanzielle Engpässe durch das Auslaufen von EU-Fördergeldern. Die staatliche Förderung für diese Zentren sollte dringend ausgebaut und verstetigt werden.

BPtK-Focus



Veranstaltungshinweis:
Symposium
„Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“
7. Oktober 2010
10:00 - 16:30 Uhr
Kaiserin-Friedrich-Haus,
Berlin

BPtK-Standpunkt
vom 14. Juni 2010
„Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten“:
www.bptk.de

Petitions-Nr.
2-17-15-2123-008642:
www.bundestag.de

Ab 2011: ADHS nicht mehr im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Festlegungen des Bundesversicherungsamtes zum Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2011:
www.bundesversicherungsamt.de

Ab 2011 gehört das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) nicht mehr zu den Erkrankungen, deren überdurchschnittlich hohe Behandlungskosten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abgedeckt sind. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS droht damit für die gesetzlichen Krankenkassen zu einem Verlustgeschäft zu werden. Der krankheitsbezogene Zuschlag in Höhe von 1.335 Euro jährlich wird künftig entfallen. Stattdessen werden die Kassen ab 2011 z. B. für einen ADHS-Kranken nur noch eine krankheitsunabhängige Pauschale (1.052 Euro) als Grundpauschale sowie alters- und geschlechtsbezogenen Abschlägen aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

„Mit dieser Entscheidung wird die Umsetzung bzw. Fortführung von innovativen Modellen und Verträgen für eine bessere Be-

handlung von ADHS-Kindern gefährdet“, kritisierte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. „Grund dafür ist ein gesetzgeberischer Fehler, der zu einer systematischen Benachteiligung von Erkrankungen führt, die nur in Kindheit und Jugend auftreten. Das muss im Rahmen des jetzigen GKV-Finanzierungsgesetzes dringend korrigiert werden. Sonst gehören die ADHS-Kinder zu den Verlierern des deutschen Gesundheitssystems 2011.“

Durch den Morbi-RSA werden seit 2009 die Kosten für 80 Krankheiten, die besonders häufig und teuer sind, zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen. Im Morbi-RSA werden jedoch nur Krankheiten berücksichtigt, wenn u. a. die durchschnittlichen Kosten der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten das 1,5fache der durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten in der gesetzlich-

chen Krankenversicherung überschreiten. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um eine Kinderkrankheit handelt oder um eine Krankheit, die in jedem Lebensalter auftritt. Aufgrund der deutlich niedrigeren Gesamtbehandlungskosten bei jüngeren Versicherten ist das Überschreiten dieses Schwellenwertes für Krankheiten des jüngeren Lebensalters selbst bei hohen krankheitsspezifischen Kosten kaum zu erreichen. ADHS ist insbesondere eine Krankheit des Kindes- und Jugendalters. Über 90 Prozent aller ADHS-Diagnosen erhalten Patienten unter 18 Jahren.

Positiv für psychisch Kranke ist, dass Angsterkrankungen ab 2011 zu den berücksichtigungsfähigen Erkrankungen im Morbi-RSA zählen. Auch wenn die Zuweisungen für Angsterkrankungen vergleichsweise niedrig ausfallen werden, könnte dies dennoch das Engagement der Krankenkassen für diese Versicherten steigern.



Aygül Özkan

Niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2010

Gesundheitsminister der Länder drängen zur Ausbildungsreform

Die Gesundheitsminister sehen die dringende Notwendigkeit, die Psychotherapeutenausbildung zu reformieren. Auf ihrer 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 1. Juli 2010 forderten sie das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einstimmig und "mit Nachdruck" auf, möglichst bald eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes einzusetzen.

Der BPTK-Vorstand sieht darin das politische Signal an die Psychotherapeutenchaft, rasch die erforderlichen Reformdetails abzustimmen. Die klaren Beschlüsse des 16. Deutschen Psychotherapeutentages im Mai 2010 haben dafür bereits die Grundlagen geschaffen. Dazu gehört die Weiterentwicklung der Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zu einem einheitlichen Beruf mit einem breiten

Zugang über unterschiedliche Studiengänge und einem Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung der postgradualen Psychotherapeutenausbildung. Um eine Reform noch in dieser Legislaturperiode zu erreichen, soll der Bund-Länder-Arbeitsgruppe deshalb in diesem Jahr ein überzeugender Gesetzentwurf der BPTK vorgelegt werden. Die Reformdetails werden zurzeit gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern, Berufs- und Fachverbänden, Ausbildungsteilnehmern, Ausbildungsstätten und Hochschulvertretern konkretisiert.

Ohne eine baldige Reform droht eine bundesweite Etablierung des Bachelorabschlusses als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung. Bereits heute ist es möglich, die KJP-Ausbildung mit einem Bachelor zu beginnen. Ohne eine Reform bliebe zudem die unhaltbare finanzielle Situation der meisten

Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit bestehen, die für ihre Leistungen gar keine oder nur eine geringfügige Vergütung erhalten.

Die Gesundheitsminister planen, unabhängig von einer weitergehenden Reform, zunächst die Zugänge zur PP- und KJP-Ausbildung neu zu regeln. Für beide Berufe soll entweder ein Diplomabschluss einer Universität oder gleichgestellten Hochschule oder ein Masterabschluss Zugangsvoraussetzung werden. Allerdings erklärte das BMG noch im April die Notwendigkeit, die Psychotherapeutenausbildung umfassend reformieren zu wollen. In einem Schreiben an den Bundesverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schloss Bundesgesundheitsminister Rösler ausdrücklich aus, lediglich die Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung zu ändern.

BPtK-Workshop: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Im Jahr 2007 wurden mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die rechtlichen Grundlagen geschaffen, um die Qualitätssicherung sektoren- und einrichtungsübergreifend weiterzuentwickeln. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss hierfür am 19. April 2010 die notwendige Richtlinie und das AQUA-Institut veröffentlichte am 30. Juni 2010 sein Methodenpapier in der ersten gültigen Fassung (Version 2.0). In die Beratungen der Richtlinie war auch die BPtK einbezogen worden. Im Beirat des AQUA für dieses Projekt ist Prof. Dr. Rainer Richter für die BPtK Mitglied. Um den Austausch zwischen den Akteuren zu fördern und die deutsche Psychotherapeuten-schaft zu diesem Thema zu informieren, veranstaltete die BPtK am 28. Juni 2010 einen Workshop zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Im Eingangsreferat umriss der G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess die gesetzlichen Grundlagen der Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser. Die Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität müssten nach § 137 und § 137a SGB V einrichtungsübergreifend und möglichst sektorenübergreifend angelegt sein. Dabei seien die vom AQUA-Institut zu entwickelnden Indikatoren, Instrumente und Dokumentationsanforderungen zu beachten. Die Richtlinie stelle einen Kompromiss dar, der nach langen und kontroversen Beratungen über mehr als zwei Jahre und in zahlreichen Plenums- und Unterausschusssitzungen des G-BA erzielt werden konnte und an dem nun auch nicht mehr gerüttelt werde.

Karen Pottkämper vom AQUA-Institut beschrieb, dass bei der Entwicklung der themenbezogenen Qualitätsindikatoren

und Instrumente zunächst ein Scoping-Workshop vorgeschaltet werde. Dafür hatte auch die BPtK in ihrer Stellungnahme zum AQUA-Methodenpapier plädiert. Die Erstellung eines Indikatorenregisters werde vom AQUA auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche vorgenommen. Dem schließe sich die Bewertung der Qualitätsindikatoren mittels der RAND/UCLA-Methode an. In der Umsetzung fokussiere die sektorenübergreifende Qualitätssicherung künftig auf die Betrachtung des Behandlungsverlaufs im Gegensatz zur bisherigen Fokussierung auf die Behandlungsergebnisse. Damit werde die Qualitätssicherung stärker auf die Patientenbedürfnisse ausgerichtet. Wegen der fehlenden Eindeutigkeit, welche Behandlungsergebnisse welchen Leistungserbringern zuzuschreiben sind, komme der gemeinsamen Diskussion der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Leistungssektoren eine besondere Bedeutung zu. Die Bewertung und Förderung der Versorgungsqualität sei dabei als eine gemeinsame Aufgabe zu verstehen.

Prof. Dr. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für medizinisches Wissensmanagements an der Universität Marburg, erläuterte, dass eine Messung von Qualitätsindikatoren erforderlich sei, um Probleme in der Versorgung erkennen zu können. Geeignete Qualitätsindikatoren sollten systematisch anhand entsprechender Kriterien aus den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien abgeleitet und u. a. hinsichtlich Validität und Machbarkeit bewertet werden. Dabei sei es unerlässlich, das resultierende Indikatorenset in bestehende Maßnahmen zur Qualitätsförderung einzubinden. Grundsätzlich bewege man sich bei der Erfassung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren immer in dem Spannungsfeld möglichst umfassender Erhebung der Versorgungsqualität und datensparsamen, routinekompatiblen Lösungen.

Im Anschluss berichtete Dr. Here Klosterhuis von der Deutschen Rentenversicherung Bund über die langjährigen Erfahrungen mit der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rentenversicherungsträger etablierten seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich ein umfassendes, einrichtungsübergreifendes Programm zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, das eine routinemäßige Rehabilitandenbefragung zur Erfassung der Ergebnisqualität einschließt. Im Bereich der Prozessqualität wurde erfolgreich das Instrument des Peer-Review-Verfahrens auf der Grundlage der Entlassungsberichte entwickelt. Dieses Verfahren, so Klosterhuis, werde jetzt um das Instrument der qualitätsgesicherten Therapiestandards ergänzt, bei denen geprüft werde, inwieweit Einrichtungen leitliniengerecht bzw. evidenzbasiert behandeln.

In den beiden abschließenden Referaten wurden zwei Indikatorensysteme für die ambulante Versorgung vorgestellt. Dr. Franziska Diel zeigte am Beispiel des KBV-Projektes „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQIK), wie Qualitätsindikatoren in das umfassende Qualitätsmanagement integriert werden können und sollten. Dr. Gerhard Schillinger vom AOK-Bundesverband erläuterte, dass das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QiSA) zunächst zur Qualitätssicherung unter Budgetverantwortung entwickelt worden sei. Es hätten sich in den beteiligten Arztnetzen jedoch schnell positive Effekte gezeigt, von der Intensivierung der Qualitätszirkelarbeit über verbesserte Kenntnisse von Leitlinien bis hin zu Netzaktivitäten zur Arzneimitteltherapie und zur Prävention.

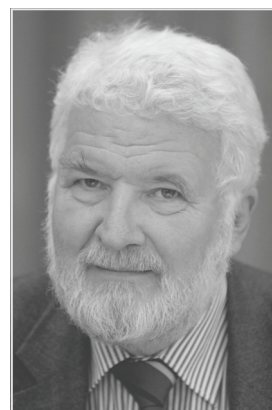
BPtK-Inside



Dr. Rainer Hess
Vorsitzender des G-BA



Prof. Dr. Ina Kopp
Leiterin des AWMF-Instituts
an der Universität Marburg



Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident der BPtK

Falsche ADHS bei jüngeren Schülern

Forscher schätzen, dass in den USA rund eine Million Schulkinder eine ADHS - Diagnose erhalten, nur weil sie jünger sind als ihre Klassenkameraden. Lehrer und Ärzte deuten den emotionalen und intellektuellen Entwicklungsstand der jüngeren Schüler, im Vergleich mit den älteren, fälschlicherweise als krankhaft. Viele der Kinder, die sich nur ihrem Alter entsprechend verhalten, erhalten deshalb eine medikamentöse Behandlung.

Die US-Forscher belegten, dass in Vorschulklassen mit vielen jüngeren Kindern bis zu 60 Prozent mehr Diagnosen von ADHS erfolgen als in Vorschulklassen mit Kindern, die im Durchschnitt etwa

ein Jahr älter sind. Selbst in der fünften und achten Klasse erhalten die jüngsten Kinder der Klasse doppelt so oft eine ADHS-Therapie wie ihre älteren Klassenkameraden. Die Wissenschaftler schätzen, dass in den USA etwa ein Fünftel der vermeintlichen ADHS-Kinder allein deswegen therapiert wird, weil ihnen ihr natürlicher Bewegungsdrang und ihre altersgemäß geringe Konzentrationsdauer zum diagnostischen Verhängnis werden.

**Studie: The Importance of
Relative Standards in ADHD Diagnoses:
Evidence Based on Exact Birth Dates:**

<http://news.msu.edu/story>

BPtK-Statistik: 2009 mehr Psychotherapeuten

Immer mehr Psychotherapeuten stehen für die Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung. Zum 31.12.2009 waren 33.588 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern. Mit 54,9 Prozent arbeitet über die Hälfte in einer psychotherapeutischen Praxis, fast jeder Fünfte (18,4 Prozent) ist in einem Krankenhaus beschäftigt. Weitere häufige Tätigkeitsfelder finden sich im sonstigen ambulanten Bereich (15,4 Prozent), wozu insbesondere Beratungsstellen gehören, sowie in Rehabilitationseinrichtungen (5,5 Prozent).

Der Anteil der Frauen ist gegenüber 2008 von 66,7 auf 67,3 Prozent leicht gestiegen und wird auch in Zukunft weiter wachsen, denn in den unteren Altersgruppen ist der Frauenanteil deutlich größer als in den oberen. Zugleich steht die Psychotherapeutenchaft wie die anderen Heilberufe vor einem Generationenwechsel. Der Altersdurchschnitt der Psychotherapeuten lag 2009 bei 53,2 Jahren – ein halbes Jahr höher als 2008.

Versorgung traumatisierter Soldaten verbessern

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat Vorschläge für eine bessere Versorgung von Soldaten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) unterbreitet.

Die Erstversorgung im Krisengebiet sollte danach durch ausreichend qualifizierte Mitarbeiter sichergestellt werden. Neben Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sind hierfür auch Psychologische Psychotherapeuten geeignet. In allen Bundeswehrkrankenhäusern sollte es abhängig vom Behandlungsbedarf traumaspezifische Behandlungsangebote geben, um eine angemessene Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Um die ambulante Versorgung zu verbessern, sollte überprüft werden, ob das langwierige Gutachterverfahren bei Soldaten mit PTBS nicht entbehrlich ist. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen könnte durch ein Leistungsangebot von Psychotherapeuten ergänzt werden, die über die erforderliche Fachkunde, aber nicht über eine Kassenzulassung verfügen. Die Behandlungskosten müssten in diesem Fall unmittelbar von der Bundeswehr übernommen werden.

Die BPtK hat ihre Vorschläge an den Wehrbeauftragten der Bundeswehr Hellmut Königshaus übersandt.

BPtK Präsident Prof. Dr. Rainer Richter wurde als Experte in die Arbeitsgruppe „Forschung, Lehre und Ausbildung“ des „Runden Tisches gegen sexuellen Kindesmissbrauch“ eingeladen. Die Arbeitsgruppe identifiziert bildungswissenschaftliche Forschungsschwerpunkte für eine nachhaltige Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von pädagogisch arbeitenden Fachkräften.

Die Bundesregierung hat den Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ eingerichtet, mit dem Ziel, der gemeinsamen Verantwortung für einen verbesserten Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt gerecht zu werden.

Das Gremium wird Handlungsempfehlungen zu verschiedenen Fragestellungen erarbeiten. Ein Zwischenbericht soll bis Ende des Jahres vorliegen. Der Runde Tisch hat sich in unterschiedlichen Arbeitsgruppen organisiert, um die verschiedenen Aspekte des sexuellen Kindesmissbrauchs aufarbeiten zu können.

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

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