

# BPTK-Newsletter

D 67833  
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe II/2014

Juni  
2014

## Innovationen für mehr Bedarfsgerechtigkeit Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung

### Themen dieser Ausgabe:

- **Innovationen für mehr Bedarfsgerechtigkeit – Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung**
- **Diagnose Junge! Pathologisierung eines Geschlechts?**
- **BPTK-Dialog:**  
*Personalausstattung in der Psychiatrie*  
*Interview mit Bernhard Morsch*
- **BPTK-Fokus:**  
*Patienten mit Schizophrenie: Psychotherapeutische Versorgungsqualität im Krankenhaus*
- **BPTK-Inside:**  
*Diotima-Ehrenpreis 2014 für Prof. Dr. Ursula Lehr*

Aktuell werden 60 Prozent der Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, im Rahmen einer Kurzzeittherapie (bis zu 25 Stunden) behandelt. Dies zeigen Auswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Brauchen Patienten eine längere Therapie, dann orientiert sich deren Länge am individuellen Behandlungsbedarf und nicht an den Behandlungskontingenten, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vorgibt. Patienten und Psychotherapeuten gehen also ausgesprochen sorgsam mit der Behandlungszeit um, die ihnen zur Verfügung steht.

Vorschläge, die psychotherapeutische Behandlung weiter zu kürzen oder eine Zwangsunterbrechung nach zwölf Behandlungsstunden einzuführen, gehen an dieser Versorgungsrealität vorbei.

### Innovationen notwendig

Um die Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu lösen, ist es vielmehr notwendig, den Psychotherapeuten

größere Freiräume und mehr Flexibilität bei der Versorgung psychisch kranker Menschen einzuräumen. Es ist an der Zeit, das Problem konstruktiv anzugehen und über echte Innovationen nachzudenken.

### Differenzierter Versorgungsbedarf

Notwendig ist ein Konzept, das dem differenzierten Versorgungsbedarf der Patienten gerecht wird. Denn die Erkrankungen unterscheiden sich ganz erheblich hinsichtlich Dauer, Akuität bzw. Chronizität, Verlauf, Beschwerdeintensität, Schweregrad und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen, aber auch bezüglich weiterer Erkrankungen sowie dem daraus insgesamt resultierenden subjektiven Leidensdruck. Entsprechend unterschiedlich ist der individuelle Versorgungs- und Behandlungsbedarf der betroffenen Menschen. Auch die subjektive Behandlungsbedürftigkeit und Akzeptanz von Behandlungsangeboten sind wichtige Einflussgrößen des individuellen Behandlungsbedarfs.

Patienten suchen also mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen psychotherapeutische Hilfe. Deshalb brauchen Patienten ein differenzierteres Versorgungsangebot, das die individuellen Bedarfe berücksichtigt und einen schnelleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung schafft, sodass auch die Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie zumindest ein wenig verkürzt werden können, bis eine wirkliche Reform der Bedarfsplanung gelingt. Wartezeiten auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten von durchschnittlich drei Monaten sind nicht akzeptabel. In dieser Zeit verschlimmern sich viele psychische Erkrankungen und das Risiko einer Chronifizierung nimmt zu. Um diese Unterversorgung abzubauen, sind auch bei differenzierten Versorgungsangeboten grundsätzlich mehr Psychotherapeuten notwendig.

### Psychotherapeutische Sprechstunde

Einen niedrigschwelligen und schnelleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung kann

*Fortsetzung auf Seite 2*

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Bundesgesundheitsministerium bereitet für den Herbst einen neuen Gesetzentwurf vor. Dessen Ziel ist, dass Patienten künftig nicht länger als vier Wochen auf einen Termin beim Facharzt warten sollen. Während das Ministerium also darüber nachdenkt, den Zugang der Patienten zur Versorgung zu erleichtern, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für psychisch kranke Menschen eine Verknappung der Behandlungskapazitäten. Künftig sollen die psychiatrischen Institutsambulanzen auf die psychotherapeutische Versorgung angerechnet werden. Damit verringert sich die mögliche Anzahl psychotherapeutischer Praxen. Psychiatrische Institutsambulanzen erbringen aber in aller Regel keine mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vergleichbaren Leistungen. Die Anrechnung auf die Psychotherapeuten ist eine willkürliche und keine sachgerechte Entscheidung.

Der Deutsche Psychotherapeutentag hat einstimmig eine Resolution verabschiedet, mit der er das Bundesgesundheitsministerium auffordert, den Beschluss zu beanstanden. Hoffen wir, dass die Rechtsaufsicht dem G-BA Einhalt gebietet.

Herzlichst

Ihr Rainer Richter

eine psychotherapeutische Sprechstunde ermöglichen. Innerhalb dieser Sprechstunden wird eine orientierende Erstdiagnostik und – wenn fachlich möglich – eine vorläufige Indikationsstellung erfolgen. Durch die Sprechstunden können Psychotherapeuten für ihre Patienten eine Art Lotsenfunktion übernehmen und gemeinsam mit den Patienten überlegen, welches Versorgungsangebot das für sie passende ist. Psychotherapeutische Sprechstunden sollten von allen niedergelassenen Psychotherapeuten angeboten werden können, um möglichst vielen Patienten auch in strukturschwachen Regionen schnell ein orientierendes Erstgespräch und eine Erstdiagnostik anbieten zu können. Insbe-

sondere Gemeinschaftspraxen, Praxengemeinschaften und Psychotherapeutische Versorgungszentren könnten psychotherapeutische Sprechstunden zu festen Zeiten oder Gesprächstermine innerhalb bestimmter Fristen realisieren.

#### **Ergänzende Leistungen**

Notwendige Ergänzung dieser Sprechstunde ist ein differenziertes ambulantes Versorgungsangebot, das den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen der Patienten gerecht wird. Dazu würden eine geleitete Selbsthilfe und psychoedukative Gruppen gehören. Auch Kriseninterventionen bei akuten Zuspitzungen von Erkrankungen und aufsuchende Behandlungen durch den Psychotherapeuten, z. B. im Pflegeheim, im Krankenhaus aber auch zu Hause, sollen Teil des psychotherapeutischen Leistungsspektrums sein.

#### **Aufhebung der Befugnisseinschränkung**

Wenn Psychotherapeut und Patient zu dem Ergebnis kommen, dass der Patient einen Facharzt konsultieren sollte, in ein Krankenhaus einzuweisen ist, Heilmittel oder Rehabilitationsleistungen braucht oder arbeitsunfähig ist, dann sollte der Psychotherapeut die entsprechenden Bescheinigungen und Verordnungen unmittelbar ausstellen können. Voraussetzung dafür ist, dass Psychotherapeuten entsprechend ihrer Kompetenzen diese Befugnisse im SGB V eingeräumt werden.

#### **Entbürokratisierung und Flexibilisierung**

Die Psychotherapie-Richtlinie setzt den Rahmen für ein verlässliches psychotherapeutisches Angebot, das Patienten bei entsprechender Indikation intensivere und längere Behandlungen ermöglicht. Dennoch gibt es Reformbedarf. Notwendig ist z. B. eine Überarbeitung des Gutachterverfahrens, eine flexiblere Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, die Integration von Erhaltungsthera-

pie und Rezidivprophylaxe in die Richtlinie und eine Flexibilisierung der Behandlungskontingente für Patienten mit schweren chronischen Beeinträchtigungen.

#### **Ambulante Versorgungsnetze**

Patienten, die in einem besonderen Maße durch ihre psychische Erkrankung beeinträchtigt sind, brauchen ein multiprofessionelles ambulantes Versorgungsangebot, an dem Ärzte, Psychotherapeuten, Pflege und Soziotherapeuten beteiligt sind. Solche Versorgungsnetze sollen insbesondere für Patienten ein Angebot sein, die nicht stationär versorgt werden müssten, wenn es eine ausreichend intensive und vernetzte ambulante Alternative gäbe.

Um solche Versorgungsnetze aufzubauen, werden Krankenhäuser und der ambulante Bereich bei Weitem intensiver und verbindlicher zusammenarbeiten müssen als derzeit. Damit ein solches Versorgungsangebot entstehen kann, schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) die Einrichtung einer vom BMG moderierten Expertenkommission vor, die die Hemmnisse für eine sektorenverbindende Kooperation identifiziert und praktikable Lösungen für eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Einführung solcher Versorgungsnetze erarbeitet.

#### **Kinder und Jugendliche**

Für Kinder und Jugendliche sind spezifische Ausprägungen des Versorgungskonzeptes notwendig. Wichtig ist eine finanzielle Absicherung der intensiven Kooperation und Abstimmung nicht nur mit den Eltern und Lehrern, sondern auch – je nach Problemlage – mit Angeboten der Jugendhilfe (z. B. Beratungsstellen) und dem stationären Bereich. Im ambulanten Bereich sollte eine multimodale Versorgung in der Psychotherapeutenpraxis möglich werden unter Einbeziehung z. B. sozialpädiatrischer Leistungen.

## **G-BA rechnet psychiatrische Institutsambulanzen auf Praxissitze an**

Der G-BA hat am 17. April 2014 beschlossen, psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) im Rahmen der Bedarfsplanung regelmäßig und pauschal auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten anzurechnen. Damit verringern PIA zukünftig die mögliche Anzahl zugelassener psychotherapeutischer Praxen. Zwei PIA sollen wie eine psychotherapeutische Praxis gerechnet werden. Für Ostdeutschland heißt dies, dass 48,5 der 237,5 ausgeschriebenen neuen Sitze der G-BA-Entscheidung zum Opfer fallen können.

Der Beschluss widerspricht gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen zur Arbeit der PIA. PIA sind Ambulanzen der Krankenhäuser, die psychisch kranke Menschen behandeln sollen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung nicht ausreichend in ambulanten Praxen versorgt werden können. Eine Anrechnung auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist also widersinnig, denn die PIA versorgen andere Patienten als niedergelassene Psychotherapeuten, sie bieten ihnen ein anderes psychotherapeutisches Leistungsspektrum und verfügen in aller Regel nicht über die finanziellen Mittel, ihnen eine Versorgung vergleichbar mit der ambulanten Richtlinienpsychotherapie anzubieten.

Der Beschluss gefährdet die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen und verlängert die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung. Die BPTK hat deshalb das BMG aufgefordert, den G-BA-Beschluss zu beanstanden. Weitere Informationen auf unserer Homepage ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)) in der Pressemitteilung vom 20. Mai 2014.

## Personalausstattung in der Psychiatrie Interview mit Bernhard Morsch

**Bernhard Morsch ist Präsident der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und als leitender Psychotherapeut in der Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der SHG-Kliniken Merzig beschäftigt.**

**Herr Morsch, mit der Einführung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) verliert die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ihre Gültigkeit. Hat sie tatsächlich ausgedient?**

Die Behandlungsqualität in der Psychiatrie und Psychosomatik ist – noch stärker als in den somatischen Krankenhäusern – von der Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals abhängig. In Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen ist das qualifizierte therapeutische Gespräch wesentlich. Die Einführung der Psych-PV in den 1990er Jahren hatte erstmals ein breites Personalportfolio gesetzlich festgeschrieben und war deshalb auch ein Meilenstein auf dem Weg von der Verwahr- zur Behandlungspsychiatrie. Diese Errungenschaft dürfen wir auf keinen Fall wieder aufgeben und in die Zeiten vor der Psych-PV zurückfallen.

**Warum kann man dann die Psych-PV nicht einfach bestehen lassen?**

Die Psych-PV bildet nicht mehr den aktuellen Stand in der Behandlung psychisch kranker Menschen ab. Wesentlichen wissenschaftlichen Weiterentwicklungen, vor allem in der Psychotherapie, kann sie durch die fehlende Berücksichtigung des entsprechenden psychotherapeutischen Fachpersonals nicht gerecht werden. Zudem ist die Psych-PV vor allem ein Instrument zur Budgetermittlung: Auf der Basis von Stichtagserhebungen, in denen

die Patienten in verschiedene Behandlungsbereiche eingestuft werden, wird der Personalbedarf und damit das Budget für das folgende Jahr verhandelt. Ein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität war und ist die Psych-PV jedoch wegen einer Reihe von Fehlentwicklungen nicht. Die Krankenhäuser sind nicht rechenschaftspflichtig, ob sie das verhandelte Geld tatsächlich für die Personalausstattung verwenden oder ob es auch in andere Krankenhausbereiche fließt. Vor allem seit der Einführung der DRG-Pauschalen werden Defizite in der Somatik häufig auch durch Quersubventionierungen aus der Psychiatrie ausgeglichen. Auch die Budgetdeckelung unterhalb der tariflichen Lohnsteigerungen haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Psych-PV immer weniger erfüllt wurde.

**Helfen die Empfehlungen zur Personalausstattung weiter, mit denen der Gesetzgeber den G-BA beauftragt hat?**

Zunächst einmal ist es positiv, dass der Gesetzgeber auch im PEPP die Notwendigkeit für Personalstandards in der Psychiatrie gesehen und einen entsprechenden Auftrag an den G-BA formuliert hat. Allerdings will er es bei „Empfehlungen“ belassen, die den einzelnen Krankenhäusern freistellen, ob sie sich daran halten oder nicht. Das geht auf gar keinen Fall. Ökonomischen Anreizen, in einem pauschalierenden Entgeltsystem Gewinne durch Personalabbau zu erzielen, muss ausdrücklich gegengesteuert werden. Die Mindestanforderungen an die Personalausstattung müssen deshalb verbindlich sein. Eine entsprechende Gesetzesänderung ist dringend erforderlich. Sonst besteht die Gefahr, dass die ohnehin in vielen Häusern schon unzureichende Personalausstattung

noch schlechter wird – zu Lasten der Behandlungsqualität.

**Die Krankenhäuser haben jetzt schon nicht genügend Geld, um die Psych-PV zu erfüllen. Können verbindliche Mindestanforderungen das Problem lösen?**

Zunächst einmal hat der Gesetzgeber mit der Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre attraktive finanzielle Anreize gesetzt, die es den optierenden Krankenhäusern ermöglichen, höhere Budgets zu verhandeln. Gleichzeitig verlängert sich auch die Zeit, in der die Psych-PV auf 100 Prozent nachverhandelt werden kann. Das sind schon einmal gute Ausgangsbedingungen. Selbst eine hundertprozentige Ausfinanzierung der Psych-PV alleine löst aber nicht das Problem, dass Psychotherapie bereits in der Psych-PV nicht zur Behandlung aller Patientengruppen in der erforderlichen Intensität vorgesehen ist. Das heißt, es ist insbesondere im psychotherapeutischen Bereich von einem zusätzlichen Personalbedarf auszugehen. Es wird daher von zentraler Bedeutung sein, dass der G-BA ungeachtet der Verlängerung der Optionsphase seine Empfehlungen weiterhin wie geplant bis Ende 2016 verabschiedet. Die durch die Verlängerung gewonnene Zeit muss dazu genutzt werden herauszufinden, welche Mittel fehlen, damit die Krankenhäuser die vom G-BA verabschiedeten Personalstandards erfüllen können.

Letztlich ist es aber immer auch eine politische Entscheidung, ob ausreichende finanzielle Mittel für eine qualitätsorientierte stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung gestellt werden oder nicht. Eine bessere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist nach meiner Überzeugung nicht ohne zusätzliches Geld zu erreichen.



**Bernhard Morsch**

Präsident der  
Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## BPtK-Fokus



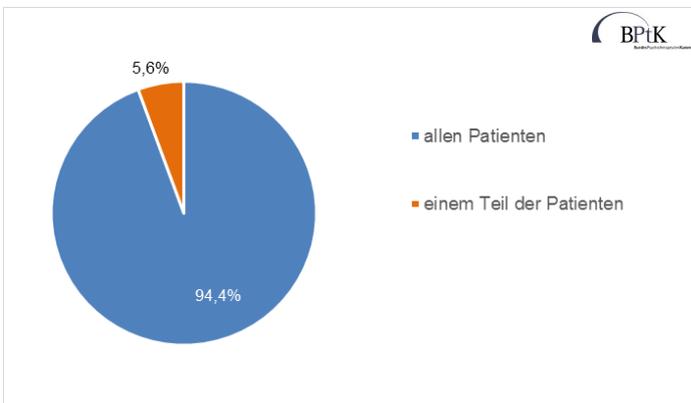
## Patienten mit Schizophrenie: Psychotherapeutische Versorgungsqualität im Krankenhaus

Schizophrenie ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen, die stationär behandelt werden. Im Jahr 2012 wurden in psychiatrischen Krankenhäusern fast 130.000 Patienten mit Schizophrenie versorgt. Das entspricht 18 Prozent aller Patienten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt knapp fünf Wochen und liegt damit über der durchschnittlichen Behandlungsdauer aller Diagnosegruppen von drei Wochen.

Lange galt, dass eine psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit psychotischen Störungen wirkungslos sei oder gar vermieden werden sollte. In den vergangenen 30 Jahren konnte die Psychotherapieforschung jedoch zeigen, dass Psychotherapie, zusätzlich zur antipsychotischen Medikation, den Krankheitsverlauf bei Schizophrenie deutlich positiv beeinflussen kann. Evidenzbasierte Leitlinien (z. B. NICE) empfehlen deshalb heute auch in allen Phasen der Erkrankung eine psychotherapeutische Mitbehandlung. Dies gilt auch in der Akutphase.

Mit einer Befragung in psychiatrischen Krankenhäusern hat die BPtK untersucht, inwieweit nach Einschätzung der befragten Psychotherapeuten diese Be-

Abbildung 1: Anteil der Krankenhäuser, in dem allen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie Psychopharmakotherapie angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

handlungsempfehlungen bereits in der stationären Versorgungsrealität umgesetzt werden.

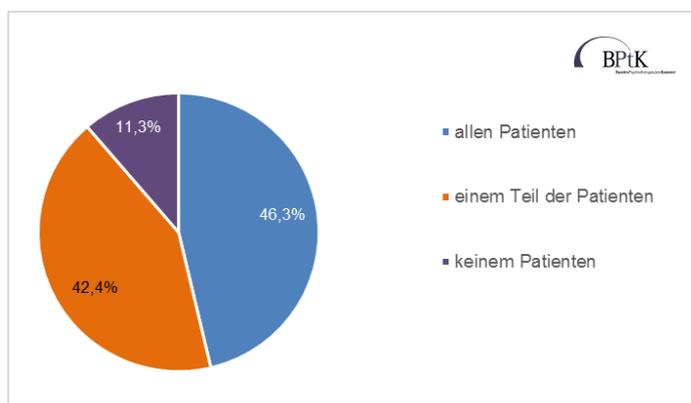
### Nur 57 Prozent erhalten Psychotherapie

In nahezu allen Kliniken (94 Prozent), in denen die an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeuten arbeiten, werden alle schizophren erkrankten Patienten mit Psychopharmaka behandelt (Abbildung 1). Aber nur in 46 Prozent der Einrichtungen bekommen alle Patienten auch Psychotherapie angeboten. In weiteren 42 Prozent hat ein Teil der Patienten Zugang zur Psychotherapie und in elf Prozent der Häuser fehlt Psychotherapie vollständig im Be-

handlungsangebot (Abbildung 2). Bezogen auf die von den befragten angegebenen Patientenzahlen wird nur etwas mehr als der Hälfte der Patienten (57 Prozent) eine psychotherapeutische – und somit leitliniengerechte – Behandlung angeboten. Hinzukommt, dass nicht einmal die Hälfte der an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeuten die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung in ihren Kliniken für angemessen hält.

Diese Einschätzung wird von den Kalkulationsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterstützt. Gemäß dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2014 wurden für nur knapp 20 Prozent der Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung intensive psychotherapeutische Leistungen, d. h. psychotherapeutische Leistungen im Umfang von mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche, dokumentiert. Die geringe psychotherapeutische Versorgung erklärt sich zumindest teilweise aus der veralteten Psych-PV, in der vor allem der Bedarf an Psychotherapeuten nicht abgebildet wird.

Abbildung 2: Anteil der Krankenhäuser, in dem Patienten mit der Diagnose Schizophrenie eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

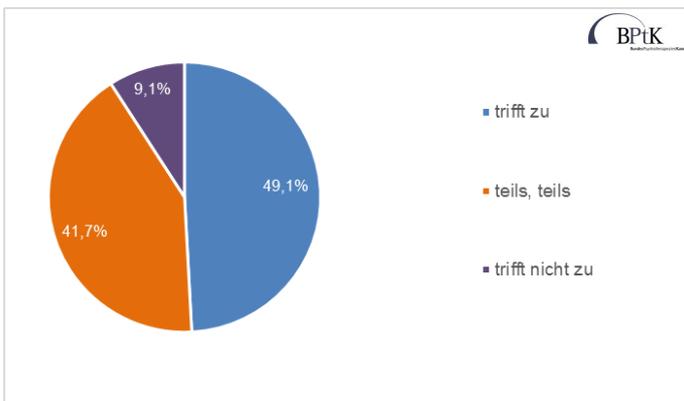
Link:  
www.bptk.de  
>Publikationen  
>BPtK-Infomaterial

### Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern besonders selten

Ob man als Patient mit Schizophrenie ein psychotherapeutisches Angebot erhält und in welcher Intensität ist offensichtlich auch davon abhängig, ob man in einem Allgemein- oder Fachkrankenhaus oder einer Universitätsklinik behandelt wird. Bei der Bewertung des psychotherapeutischen Angebots sehen die Befragten aus psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern die größten Probleme: Ein Viertel der Befragten aus Allgemeinkrankenhäusern und 17 Prozent der Befragten aus Fachkrankenhäusern antwortet auf die Frage, ob alle Patienten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot erhalten: „Trifft nicht zu“. In Universitätskliniken waren es nur sieben Prozent der Befragten (Tabelle 1).

Dies liegt – neben unterschiedlichen Behandlungskonzepten und der Unterschätzung des psychotherapeutischen Personalbedarfs – unter Umständen auch an den unterschiedlichen finanziellen Ressourcen der Krankenhäuser. Im derzeitigen Finanzierungssystem der tagesgleichen Pflegesätze hängt die Höhe der Pflegesätze auch vom Verhandlungsergebnis der einzelnen Krankenhäuser ab. Je höher der ausgehandelte Pflegesatz, desto mehr Personal kann beschäftigt und umso mehr Psychotherapie realisiert werden. Nach der Evaluation der Psych-PV durch die Aktion

Abbildung 3: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal“



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Psychisch Kranke lag der Psych-PV Erfüllungsgrad im Jahr 2005 bei durchschnittlich 90 Prozent. Hinzu kommt, dass die Einführung der DRG-Pauschalen in der Somatik dazu geführt hat, dass Einnahmen in der Psychiatrie zur Quersubventionierung anderer Abteilungen genutzt werden, was insbesondere Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern betreffen kann.

#### Nicht durch qualifiziertes Personal

Ein weiterer Hinweis auf Mängel in der Strukturqualität ergibt sich aus der Frage, wer in den Krankenhäusern die psychotherapeutischen Behandlungen durchführt. Nach Einschätzung der befragten Psychotherapeuten erfolgt, selbst wenn Patienten mit schizophrener Erkrankung Psychotherapie angeboten wird, diese nur bei der Hälfte durch

hinreichend qualifiziertes Personal (Abbildung 3). Hinreichend qualifiziertes Personal sind ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Psychotherapeuten in fortgeschrittener Ausbildung (d. h. nicht während der Praktischen Tätigkeit) oder Ärzte in fortgeschrittener Weiterbildung unter Supervision.

#### Verbindliche Mindestanforderungen an die Personalausstattung

Die Ergebnisse unterstreichen, wie notwendig es ist, Mindestanforderungen für die Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern festzulegen. Diese Mindestanforderungen müssen sich soweit möglich an aktuellen Leitlinien orientieren und damit ausreichend Personal, z. B. zur Realisierung von Psychotherapie, vorsehen. Solche Mindestanforderungen soll der G-BA in seinen Empfehlungen zur Strukturqualität bis 2016 festlegen. Die BPtK fordert, dass diese Mindestanforderungen für therapeutisches Personal – anders als aktuell geplant – für die Krankenhäuser verbindlich werden. Außerdem müssen den Kliniken ausreichend finanzielle Mittel zur Erfüllung der Mindestanforderungen zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 1: Zustimmung der Befragten zur Aussage: „Alle Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erhalten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot“

Art des Krankenhauses	Zustimmung		
	Trifft zu	Teils, teils	Trifft nicht zu
	%	%	%
Universitätsklinik	50,0	42,9	7,1
Allgemeinkrankenhaus	41,9	32,3	25,8
Fachkrankenhaus/ Erwachsene	35,6	47,1	17,3
Sonstige	42,3	53,8	3,8

Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

## BPtK-Fokus



## Diagnose Junge! Pathologisierung eines Geschlechts?

Link:  
www.bptk.de  
>Aktuell  
>Web-Bericht

Jungen sind doppelt so oft in Förderschulen wie Mädchen und sie verursachen höhere Krankheitskosten. Das gilt besonders bei psychischen Erkrankungen. Hier sind die Krankheitskosten bei Jungen beinahe doppelt so hoch wie bei Mädchen. Droht die Pathologisierung eines Geschlechts? Diese provokante Frage diskutierten Experten aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe und dem Bildungsbereich auf einem BPTK-Symposium am 3. Juni 2014 in Berlin.



Peter Lehdorfer

### Zahlen und Fakten zu Jungengesundheit

Lernstörungen oder umschriebene Entwicklungsstörungen treten bei Jungen doppelt so häufig auf wie bei Mädchen und das Autismusrisiko ist bei Jungen um das Zwei- bis Fünffache erhöht, zeigte BPTK-Vorstand Peter Lehdorfer in seiner Präsentation von Zahlen und Fakten zur Jungengesundheit. Ab dem siebenten Lebensjahr ist das Risiko für einen Jungen, die Diagnose ADHS zu bekommen, viermal höher als bei einem Mädchen. Im Alter von zehn bis 20 Jahren sterben Jungen dreimal häufiger durch Suizid als gleichaltrige Mädchen. 56,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Abteilungen sind Jungen und sie erhalten mehr als

doppelt so häufig Antipsychotika wie Mädchen. Mit einem Anteil von 60 Prozent unter den neu begonnenen erzieherischen Hilfen benötigen Familien mit Jungen auch deutlich häufiger Unterstützung durch das Jugendamt, insbesondere im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren.

### Jungen – das missverständene Geschlecht

Prof. Dr. Sabine Walper, Forschungsdirektorin des Deutschen Jugendinstituts, erläuterte in ihrem Vortrag die relevanten biologischen, psychischen und sozialen Einflüsse und ihre Wechselwirkungen, die zur Erklärung dieser Geschlechtsunterschiede verfügbar sind. Für viele überraschend: Studien haben gezeigt, dass Jungen empfindlicher und vulnerabler sind als Mädchen. Sie brauchen mehr emotionale Sicherheit und fürsorgliche Zuwendung. Problematisch sei, dass Jungen dazu neigten, eher keine Hilfe in Anspruch zu nehmen, erklärte Dr. Hans Hopf, Preisträger des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeuten-schaft im Jahr 2013. Hopf kritisierte die explosionsartig gestiegenen ADHS-Diagnosen, die er auf eine wachsende gesellschaftliche Intoleranz gegenüber dem gesteigerten Bewegungsdrang von Jungen bei gleichzeitiger Medikalisierung dieses Phänomens zurückführt.

### Geschlechtergerechtes Aufwachsen

Um gegenzusteuern, brauche es mehr Geschlechtersensibilität auf allen Ebenen. Doch oft fehle es bereits an grundlegenden Daten, weil Geschlechtsunterschiede nicht systematisch erfasst würden, beklagte Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Dies gelte vor allem auch für die Wechselwirkungen mit anderen Faktoren wie dem Migrationshintergrund oder dem sozioökonomischen Status. Diese Wechselwirkungen seien in der Regel aussagekräftiger als die Geschlechtszugehörigkeit allein. Aufbauend auf soliden Daten müssten geschlechtergerechte Aspekte dann auch in die Aus- und Weiterbildung von Fachleuten wie Erziehern, Pädagogen, Ärzten und Psychotherapeuten integriert werden – darin waren sich die Experten auf dem abschließenden Podium einig. Ziel müsse es sein, die Gefährdungen von Jungen und Mädchen in unserer Gesellschaft systematisch zu verringern. Mit dem Präventionsgesetz hat die Regierungskoalition bereits eine Gesetzesinitiative angekündigt, mit der Weichen für eine nachhaltige geschlechtergerechte Entwicklungs- und Gesundheitsförderung gestellt werden können.



Thomas Altgeld



Prof. Dr. Sabine Walper



Dr. Hans Hopf



## Diotima-Ehrenpreis 2014 für Prof. Dr. Ursula Lehr

Am 16. Mai 2014 erhielt Prof. Dr. Ursula Lehr in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeuten-schaft. Die BPtK ehrte mit Prof. Lehr eine Wissenschaftlerin und Politikerin, die sich für ein positiveres Altersbild in unserer Gesellschaft und eine angemessene Gesundheitsversorgung älterer Menschen einsetzt.

BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter stellte in seinem Grußwort dar, dass sich unser Gesundheitssystem aufgrund der demografischen Entwicklung auf eine steigende Zahl älterer Patienten einstellen müsse. Dies gelte auch für die Psychotherapie. Wie unsere Gesellschaft diese Herausforderung meistere, hänge wesentlich von den Vorstellungen über das Altwerden und das Altsein ab. Die BPtK ehre deshalb mit Prof. Lehr eine Person, die mit ihren Forschungen zeigen konnte, dass ein einseitig defizitorientiertes Bild des Alterns falsch sei. Seit Langem setze sie sich für ein differenziertes und realistisches Bild des alten Menschen in unserer Gesellschaft ein.

Prof. Dr. Eva Jaeggi, Verhaltenstherapeutin und Psychoanalytikerin, ging anschließend darauf ein, was das Alter für die Psychotherapie bedeute. Häufige Themen, die in der Psychotherapie mit alten Menschen eine Rolle spielten, seien der Wegfall sozialer Kontakte, veränderte berufliche und familiäre Rollen, Verluste nahestehender Personen und der Umgang mit erlebten Kriegs- und Nachkriegstraumata. Prof. Jaeggi unterstrich die Notwendigkeit, dem älteren Patienten in der Psychotherapie ein differenziertes Bild des Alterns zu vermitteln. Einerseits das Bild vom alten Menschen, der weiterhin die Fähigkeit besitze, sich zu verändern. Andererseits aber auch das

Bild vom alten Menschen, der loslassen könne, der nachdenklicher werde und zur Ruhe komme.

In seiner Laudatio würdigte Prof. Dr. Andreas Kruse, Nachfolger Lehrs am Lehrstuhl für Gerontologie in Heidelberg, Prof. Lehr als hervorragende Wissenschaftlerin, mutige Politikerin und Frau mit „*élan vital*“, die der Betrachtung des Alters eine neue Richtung gegeben habe. Er beleuchtete die Bedeutung ihres Lebenswerks für die Psychotherapie. Ihre wissen-



Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr

schaftlichen Arbeiten hätten gezeigt, dass der Prozess des Alterns nicht rein biologisch determiniert, sondern gestaltbar sei. Die Aufgabe von Psychotherapeuten sei es daher, ältere Patienten bei der „Selbstgestaltung des Alterns“ zu unterstützen. Die Förderung der Selbstreflexion über die eigene Biografie und die Stärkung der Selbstgestaltung des aktuellen und zukünftigen Lebens seien wesentliche Aspekte in der Psychotherapie älterer Menschen.

Prof. Richter würdigte Prof. Lehr bei der Preisverleihung insbesondere für ihr Engagement als Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit bei der Verabschie-

dung des Psychotherapeutengesetzes 1998. Ohne ihre Durchsetzungsfähigkeit wäre die Etablierung des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als akademische Heilberufe nicht gelungen.

In ihrer Dankesrede ging Prof. Ursula Lehr vertiefend auf die Folgen der demografischen Entwicklung für unsere Gesellschaft, das Gesundheitswesen und jeden einzelnen Menschen ein. Sie beleuchtete die Herausforderungen unserer zunehmen-

den Langlebigkeit für die Psychotherapie und wies auf die Unter- und Fehlversorgung psychisch kranker älterer Menschen hin. Noch zu wenige ältere und alte Menschen mit psychischen Erkrankungen erhielten eine Psychotherapie. Gründe hierfür seien vor allem das Vorurteil vieler Behandler von der „Untherapierbarkeit“ alter Menschen sowie die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Vorbehalte bei den älteren Menschen selbst gegenüber Psychotherapie. Prof. Lehr betonte, dass psychische Erkrankungen auch im Alter behandelbar seien und forderte, mehr zu tun, um ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen angemessen zu behandeln.

BPtK-News vom  
27.05.2014  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)

## Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Psychotherapie: Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Menschen mit psychischen Beschwerden sind mit der ambulanten Versorgung durch Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten größtenteils zufrieden. Zu diesem Ergebnis kam das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) in einer aktuellen Versichertenbefragung. Vier von fünf Patienten, die eine Psychotherapie erhielten, waren damit sehr zufrieden oder zufrieden. Bei der weit überwiegenden Mehrheit (87,2 Prozent) führte die psychotherapeutische Behandlung zu einer Verbesserung. Die Befragten gaben auch an, im Schnitt etwa einen Monat auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten gewartet zu haben. „Dass psychisch kranke Patienten nur 4,5 Wochen auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten warten, stellt aus unserer Sicht eine Unterschätzung dar“, so BPTK-Präsident Richter. „In der WiDO-Befragung werden nur diejenigen Patienten befragt, die letztlich in einer Psychotherapie ankommen. Diejenigen Menschen, die bei der Therapeutensuche aufgeben oder die sich

in eine stationäre Behandlung begeben, werden nicht berücksichtigt.“ Die BPTK konnte in einer eigenen Untersuchung zeigen, dass psychisch kranke Menschen durchschnittlich drei Monate auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten warten. Für den aktuellen WiDO-Monitor wurden 2.010 zufällig ausgewählte Personen zu ihren Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung bei psychischen Beschwerden telefonisch befragt. 423 der Befragten (23,6 Prozent) hatten in den letzten zwölf Monaten mit ihrem Arzt über persönliche und psychische Probleme gesprochen. 269 Befragte (13,4 Prozent) hatten in ihrem Leben schon einmal eine Psychotherapie in Anspruch genommen.

### Link:

[www.wido.de](http://www.wido.de)  
> Publikationen  
> WiDOMonitor

## Dement, depressiv oder beides? BPtK-Symposium am 1. Juli 2014

Wenn ältere Menschen unter Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit leiden, kommt häufig der Verdacht auf eine beginnende Demenz auf. Solche kognitiven Beschwerden können jedoch ebenso bei einer Depression auftreten. Da Depressionen und beginnende demenzielle Erkrankungen jedoch unterschiedlich behandelt werden, ist eine ausführliche Differenzialdiagnostik notwendig. Die Unterscheidung zwischen beiden Krankheitsbildern ist jedoch nicht immer einfach.

Am 1. Juli 2014 findet deshalb ein Symposium in Berlin mit dem Titel: „Dement, depressiv oder beides? Fehldiagnosen vermeiden – Versorgung verbessern“ statt. Das Symposium veranstaltet die BPtK gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und dem Deutschen Hausärzterverband. Dabei geht es auch um Fragen, wie sich Depressionen und beginnende Demenzen voneinander unterscheiden und wie depressive ältere Menschen, die unter geistigen Leistungseinbußen leiden, behandelt werden können. Außerdem wird disku-

tiert, wie dies in der Versorgungspraxis angemessen realisiert werden kann.

Zu dem Thema wird aktuell auch ein Informationsflyer erstellt. Mit dem Informationsflyer sollen ältere Menschen angesprochen werden, die unter Vergesslichkeit und Konzentrationsschwäche leiden und sich Sorgen machen, dass sie an einer Demenz erkrankt sein könnten, sowie deren Angehörige. Mit dem Flyer möchten die BPtK und ihre Kooperationspartner Interessierte darüber informieren, dass geistige Leistungseinbußen auch bei Depressionen auftreten können und nicht zwangsläufig auf eine Demenz hinweisen müssen. Nähere Informationen auf der BPtK-Homepage unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

### Veranstaltungsort:

Heinrich-Böll-Stiftung  
Schumannstraße 8  
10117 Berlin  
Anmeldung über die BPtK

## Der G-BA stellt sich vor

70 Millionen Menschen sind in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Sie haben Anspruch auf eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung“, so formuliert es der Gesetzgeber. Dabei spielt der G-BA eine wichtige Rolle. Er legt fest, was unter ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu verstehen ist. Er gibt damit rechtsverbindlich vor, auf welche Leistungen die Versicherten Anspruch haben. Außerdem soll er dafür sorgen, dass die Patienten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt werden. Um diese Aufgaben für Laien verständlich darzustellen, hat der G-BA eine Broschüre „Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten“ herausgegeben.

### Link:

> [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)  
> Institution  
> Aufgaben, Arbeitsweise, Finanzierung

## Impressum

BPtK-Newsletter  
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter  
Redaktion: Kay Funke-Kaiser  
Layout: Sylvia Rückstieß  
Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugweise nicht gestattet.  
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Telefon: 030 278785-0  
Fax: 030 278785-44  
E-Mail: [info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
Internet: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)