

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

unsere neue Bundesregierung hat sich vorgenommen, die Prävention psychischer Erkrankungen zu fördern und die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern.

Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen sind als Problem seit Langem bekannt. Die Bundesregierung berichtet, dass Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen besonders belastet sind.

Die Bundespsychotherapeutenkammer belegt mit ihrer Wartezeitenstudie erneut, dass psychisch kranke Menschen unzumutbar lange auf einen Behandlungsplatz warten. Wir setzen darauf, dass dem Koalitionsvertrag Taten folgen werden.

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Lange Wartezeiten für psychisch Kranke BPTK-Forderungen zur Reform der Bedarfsplanung

Psychisch kranke Menschen warten immer noch viel zu lange auf eine psychotherapeutische Behandlung: Von der ersten Anfrage beim Psychotherapeuten bis zum Beginn der Behandlung vergehen rund 20 Wochen. Das ist das Ergebnis der BPTK-Studie „Wartezeiten 2018“. „Seit Jahren warten psychisch kranke Menschen monatelang auf eine psychotherapeutische Behandlung“, erklärt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). „Die Gesundheitspolitik darf vor den überlangen Wartezeiten für psychisch kranke Menschen nicht mehr die Augen verschließen.“

Die BPTK fordert eine Reform der Bedarfsplanung, die die Wartezeit auf die Sprechstunde auf höchstens vier Wochen verringert und insbesondere eine lückenlose Versorgung im Anschluss an die Sprechstunde sicherstellt. In einem ersten Schritt sollte die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Behandlung bundesweit auf das Niveau der Großstädte verringert werden. Außerdem ist die Sonderregion

Ruhrgebiet aufzuheben. Dafür sind aus Sicht der BPTK rund 7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich erforderlich. In einem weiteren Schritt geht es langfristig darum, die Wartezeiten auch in den Großstädten zu verkürzen, da diese dort mit vier Monaten ebenfalls zu lang sind.

Zu einer Reform der Bedarfsplanung gehört aus Sicht der BPTK insbesondere:

- **Bundeseinheitliches Verhältnis von Psychotherapeuten je Einwohner als Grundlage:** Unabhängig davon, ob es sich um eine städtische oder ländliche Region handelt, soll zunächst dieselbe Zahl von Psychotherapeuten je Einwohner Ausgangspunkt für die Anzahl der Zulassungen sein. Hintergrund ist, dass Menschen auf dem Land fast genauso häufig psychisch krank sind wie in der Stadt. Bei der Zahl der aktuell zugelassenen Psychotherapeuten entspräche dies einem Verhältnis von rund 3.300 Einwohnern je Psychotherapeut.

- **Regionale Besonderheiten berücksichtigen:** Die bundeseinheitliche Verhältniszahl ist um regionale Unterschiede in der Sozialstruktur der Bevölkerung anzupassen. Mitversorgungseffekte durch Großstädte sind zu überprüfen.

- **Zuwachs an Praxen finanzieren:** Der steigende ambulante Bedarf, insbesondere für zusätzliche Praxissitze, muss systematisch beim Zuwachs der Gesamtvergütung berücksichtigt werden.

- **Terminservicestellen sollen auch in Privatpraxen vermitteln:** Um kurzfristig mehr psychotherapeutische Behandlungsplätze zu schaffen, muss der Auftrag der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden. Diese sollten verpflichtet werden, auch an psychotherapeutische Privatpraxen zu vermitteln, wenn innerhalb der gesetzlichen Frist kein Behandlungsplatz bei einem Vertragspsychotherapeuten zur Verfügung steht.

BPTK-Dialog

Interview mit Burkhard Tapp vom Bundesverband der Organtransplantierten

Seite 3

BPTK-Fokus

BPTK-Studie „Wartezeiten 2018“
Seite 4/5

BPTK-Inside

- Psychisch bedingte Krankschreibungen nehmen weiter zu
- Reform der Ausbildung

Seite 6/7

Bedarfsplanung: Psychiatrische Institutsambulanzen weiter angerechnet

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sollen auch künftig in der Bedarfsplanung pauschal auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet werden. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 15. Februar 2018 beschlossen. Derzeit werden die PIA in allen Kassenärztlichen Vereinigungen pauschal mit einem Gewicht von 0,5 Sitzen bei den Psychotherapeuten angerechnet. Dadurch kommt es in 215 von 391 Planungsbereichen zur Anrechnung im Umfang von 0,5 bis 6,5 Bedarfsplanungsgewichten.

Der G-BA befragte im Juli 2017 alle Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung der Anrechnungsregelung in § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie. Diese gaben jedoch an, dass keine Daten darüber vorliegen, in welchem Umfang die PIA Leistungen aus dem fachgebietspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes erbringen, oder diese Daten nicht zur Verfügung gestellt werden.

Aus Sicht des G-BA behandeln PIA zwar überwiegend Patienten aufgrund der Kriterien „Art, Dauer und Schwere“ der Erkrankung. Darüber hinaus würden aber auch Patienten aufgrund einer zu großen Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Behandlern betreut. Zwar sei dieses Kriterium nicht immer eindeutig, diese Patienten müssten jedoch der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet werden.

Die Behandlungsfrequenzen zeigen aber, dass es sich in den meisten Fällen um Patienten handelt, die sonst ambulant psychiatrisch versorgt werden. Ein Drittel der PIA-Patienten erhält nur einen Termin pro Quartal, ein weiteres Drittel lediglich zwei oder drei Termine. Durchschnittlich hat ein Patient 3,2 Kontakte im Quartal, bei Kindern und Jugendlichen sind es sogar nur 2,7 Kontakte. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist dagegen ein Termin pro Woche die Regel, insbesondere in den Hauptbehandlungsphasen, z. B. nach einer stationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung.

Unbestritten ist, dass über die PIA-Leistungen nur unzureichende Informationen vorliegen. Die bislang gültige Dokumentation sieht lediglich ein Vier-Felder-Schema vor, bei dem zwischen Kontakten mit einem Arzt oder Psychologen und den anderen Berufsgruppen sowie zwischen aufsuchenden Kontakten und Kontakten in den PIA-Räumen unterschieden

wird. Unverständlicherweise haben dieselben Organisationen, die im G-BA diese Dokumentationsdefizite beklagen, diese mit der erst im Februar beschlossenen Vereinbarung zu den PIA nicht beseitigt. Deshalb wird auch in Zukunft nicht zwischen Patienten unterschieden, die wegen Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung in einer PIA behandelt werden und solchen, die dort wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Vertragsärzten oder Vertragspsychotherapeuten versorgt werden. Außerdem wird in der Dokumentation nicht zwischen Behandlungskontakten beim Psychotherapeuten oder Psychologen unterschieden. Zentrale Informationsdefizite wurden damit leichtfertig fortgeschrieben.

Die jetzige Entscheidung führt dazu, dass die PIA in der Bedarfsplanung bis Ende 2022 weiterhin pauschal auf die Gruppe der Psychotherapeuten angerechnet werden, obwohl alles darauf hinweist, dass sie im Schwerpunkt keine psychotherapeutischen Leistungen erbringen. Der G-BA konnte in seinem Stellungnahmeverfahren keinen Beleg dafür liefern, dass es sich bei den Leistungen, die jetzt der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden, tatsächlich im Schwerpunkt um psychotherapeutische Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie handelt. Das einzige Argument, das der G-BA jetzt nachschiebt, ist die Vermutung, dass künftig die Ressourcen von PIA für psychotherapeutische Behandlungen aufgrund der neuen Regelungen der Terminservicestellen ausgeweitet werden. Seine Regelung führt jedoch nur dazu, dass in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen nicht ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen.

Durch die willkürliche G-BA-Entscheidung droht in den kommenden Jahren ein zusätzlicher Abbau von psychotherapeutischen Praxen. In Regionen, in denen durch PIA ein Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent erreicht wird, besteht die Gefahr, dass Praxissitze nicht mehr nachbesetzt werden. In ländlichen Regionen, in denen die Bedarfsplanung grundsätzlich viel zu wenige Praxen vorsieht, könnten sich die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung dadurch weiter verlängern.

.....

Pressemitteilung und Stellungnahme der BPTK

<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/mehr-transpa-1.html>



BPtK-DIALOG

Burkhard Tapp

ist Pressesprecher des Bundesverbandes der Organtransplantierten e.V. (BDO). Der BDO ist ein gemeinnütziger Selbsthilfeverband für Patienten vor und von Organtransplantation und deren Angehörigen. Er selbst lebt seit 16 Jahren mit einer zweiten Lunge.

Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit nehmen zu

Die Zahl der Organspenden ist in Deutschland auf einen historischen Tiefststand gesunken. Welche psychischen Folgen hat dies für Patienten und ihre Familien, die auf eine Organtransplantation warten?

Die Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig ein passendes Spenderorgan zu erhalten, ist weiter gesunken. Bei den Patienten nehmen Gefühle wie (Todes-)Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zu. Angehörige müssen häufiger ohnmächtig zusehen, wie es den Patienten immer schlechter geht, ohne helfen oder die Situation irgendwie beeinflussen zu können.

Wie lange sind die Wartezeiten auf eine Organtransplantation und welche psychischen Belastungen sind damit verbunden?

Die Dauer der Wartezeit hängt zum einen vom benötigten Organ und zum anderen von der individuellen gesundheitlichen Situation ab. Aufgrund der immer geringeren Organspenden wird die Wartezeit noch weiter steigen und damit auch das Risiko, so krank zu werden, dass es für eine Transplantation zu spät ist. Schon jetzt müssen selbst Patienten mit höchster Dringlichkeit bis zu sechs Monate auf die Transplantation warten, obwohl die Überlebenschancen nur wenige Wochen beträgt. In der Zwischenzeit steigt das Risiko, dass Erkrankungen an anderen Organen auftreten, die eine Transplantation unmöglich machen. Nierenpatienten müssen im Durchschnitt mehr als sieben Jahre warten. Diese Zeit können sie an

der Dialyse überbrücken. Die ist jedoch mit erheblichen psychischen Belastungen und Nebenwirkungen verbunden. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen, teils auch chronisch. Wir schätzen, dass pro Jahr und Praxis etwa zwei Patienten und Angehörige Beratung oder Psychotherapie benötigen.

Nach der Transplantation beginnt häufig eine lange Zeit der Unsicherheit, ob das neue Organ vom Körper angenommen wird und wie gut es arbeitet. Wie schwierig ist es, sich mit einem neuen Organ nicht ständig existenziell gefährdet zu erleben?

Das Risiko, eine Abstoßung des transplantierten Organs zu erleben, ist vor allem im ersten Jahr nach der Transplantation besonders hoch. Um dies zu vermeiden, müssen die Patienten Medikamente nehmen, die das Immunsystem unterdrücken. Damit ist aber eine existenzielle Gefährdung verbunden, mit der längst nicht alle Patienten zurechtkommen. Zudem besteht aufgrund der Gratwanderung der Dosierung der Medikamente auch eine höhere Gefahr, an Infektionen zu erkranken. Patienten mit Herzunterstützungssystemen sind abhängig davon, dass diese verlässlich funktionieren. Außerdem leben sie mit der berechtigten Angst vor Infektionen an der Körpereintrittsstelle. Bei jeder Laboruntersuchung und noch stärker bei jedem Routinenachsorgetermin im Transplantationszentrum begleitet die Patienten

ein flaues Gefühl im Magen – auch noch Jahre nach der Transplantation. So ist die Erleichterung groß, wenn die Ergebnisse in Ordnung sind. Manchen Patienten ist allerdings die tägliche und lebenslange Medikamenteneinnahme schon zu viel Erinnerung an die Transplantation. Dies sind dann häufig auch diejenigen, die keinen Kontakt zu Selbsthilfegruppen haben wollen.

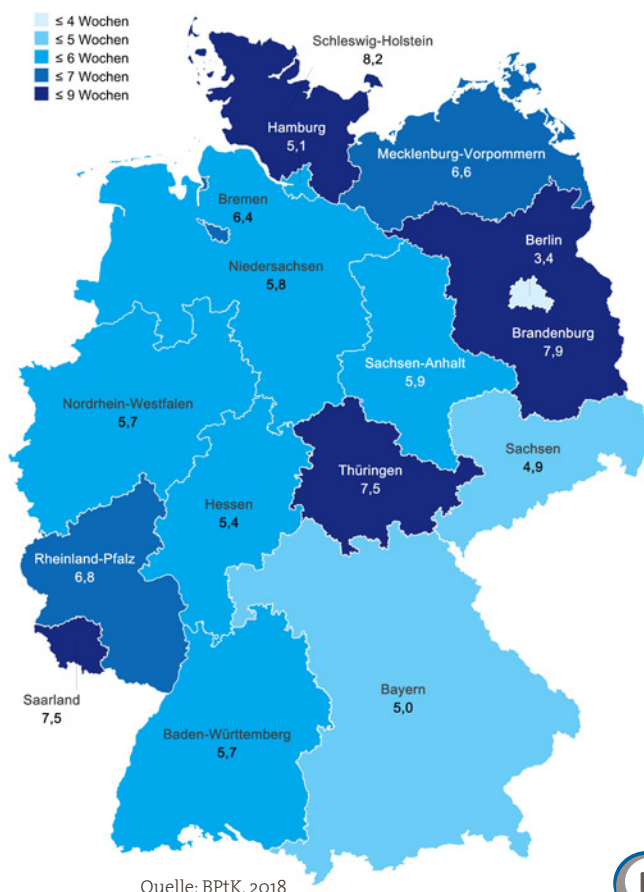
Sie haben ein Kompetenznetzwerk für Psychotherapeuten aufgebaut. Was bietet dieses Netzwerk?

Hier ist eine Reihe von erfahrenen Psychotherapeuten aus dem Bereich der Transplantationsmedizin versammelt. Diese stehen für die Beratung und Unterstützung von niedergelassenen Psychotherapeuten zur Verfügung, die sich Patienten vor und nach Organtransplantation und ihren Angehörigen annehmen wollen, aber selbst keine Erfahrung in diesem Bereich haben. Der BDO führt dazu eine Expertenliste, die u. a. auch Aufschluss gibt, für welchen konkreten Bereich diese kompetent sind, z. B. Organ-, Lebendspende, Angehörige, Wartepatient, Kinder und Jugendliche oder Erwachsene. Der BDO sucht aber auch niedergelassene Psychotherapeuten, die bereit sind, Patienten vor und nach Organtransplantation, Angehörige und auch Lebendspender in ihrer Sprechstunde oder in der Akutbehandlung zu versorgen, und sammelt deren Kontaktdaten in einer Liste.

20 Wochen Wartezeit auf psychotherapeutische Behandlung Ergebnisse der BPtK-Studie Wartezeiten 2018

Seit einem Jahr gilt die neue Psychotherapie-Richtlinie. Mit der Sprechstunde und der Akutbehandlung wurden zwei neue Leistungen eingeführt. Menschen mit psychischen Beschwerden sollten durch die Reform schneller einen ersten Termin beim Psychotherapeuten erhalten, um kurzfristig zu erfahren, wie ihre psychischen Beschwerden einzuschätzen sind und ob eine Behandlung notwendig ist. Außerdem nährten vor allem Krankenkassen die Hoffnung, dass sich dadurch auch die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung verkürzen. Um frühzeitig zu prüfen, ob diese Ziele tatsächlich erreicht worden sind, hat die BPtK gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern eine Studie zur Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in Auftrag gegeben, die vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde.

Abbildung 1: Durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde
Bundesdurchschnitt: 5,7 Wochen



Sprechstunde

Die Wartezeit auf ein erstes Gespräch zur Diagnostik und Beratung konnte deutlich verringert werden. Patienten warten aktuell knapp sechs Wochen auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten. Rund 70 Prozent der Psychotherapeuten führen innerhalb von vier Wochen ihr erstes Gespräch mit ihren Patienten. Diese Wartezeit betrug 2011 noch durchschnittlich drei Monate. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychotherapeutischen Praxen bereits nach einem Jahr als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für psychisch kranke Menschen sehr gut angenommen wurden.

Die langen Wartezeiten schreckten bisher vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen ab. Durch die Sprechstunde finden inzwischen mehr Patienten mit chronischen Erkrankungen, aber auch Patienten, die aktuell arbeitsunfähig sind, und sozial benachteiligte Patienten den Weg in die psychotherapeutische Versorgung. Ein zentrales Ziel der Reform, einen schnelleren ersten Termin beim niedergelassenen Psychotherapeuten zu ermöglichen, konnte somit weitgehend erreicht werden. Zwischen den Bundesländern gibt es allerdings noch deutliche Unterschiede. Während Berlin als einziges Bundesland die Vierwochenfrist im Durchschnitt nicht überschreitet, warten Patienten im Saarland dagegen noch immer fast acht Wochen (Abbildung 1).

Richtlinienpsychotherapie

Die BPtK-Studie zeigt allerdings auch, dass psychisch kranke Menschen noch viel zu lange auf eine psychotherapeutische Behandlung warten. Eine Richtlinienpsychotherapie beginnt im Bundesdurchschnitt erst fast fünf Monate (19,9 Wochen) nach der ersten Anfrage. Damit hat sich die durchschnittliche Wartezeit nur unwesentlich um 3,5 Wochen verkürzt (2011: 23,4 Wochen). Wartezeiten sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung. Mit der Wartezeit steigt nicht zuletzt auch das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern oder immer wiederkehren.

Unterschiede zwischen Stadt und Land

Bei der Wartezeit auf eine psychotherapeutische Behandlung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. In Großstädten liegt die durchschnittliche Wartezeit bei etwa vier Monaten, außerhalb der Großstädte dagegen bei durchschnittlich fünf bis sechs Monaten. Diese Unterschiede entstehen dadurch, dass nicht überall gleich viele Psychotherapeuten je Einwohner zugelassen sind. Insgesamt sind Wartezeiten stark davon abhängig, wie viele Psychotherapeuten

BPTK-FOKUS

peuten in einer Region niedergelassen sind und wie viele Behandlungsplätze damit zur Verfügung stehen. Je geringer die Zahl an Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ist, desto länger warten psychisch kranke Menschen auf einen Behandlungsplatz (Abbildung 2).

Insbesondere außerhalb der Ballungszentren sind deutlich weniger Psychotherapeuten zugelassen als in den Großstädten. Dabei unterstellt die Bedarfsplanung, dass psychische Erkrankungen auf dem Land deutlich seltener sind als in der Großstadt. Dies widerspricht jedoch den Ergebnissen großer bevölkerungsrepräsentativer Studien des Robert Koch-Instituts, wonach sich die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen kaum unterscheidet (Bundes-Gesundheitssurvey, DEGS1-MH-Studie). Ein Sonderfall ist das Ruhrgebiet, in dem entgegen der grundsätzlichen Systematik der Bedarfsplanung für eine großstädtische Region besonders wenige Psychotherapeuten vorgesehen sind. Die Wartezeit zwischen Duisburg und Dortmund beträgt infolgedessen mehr als sieben Monate.

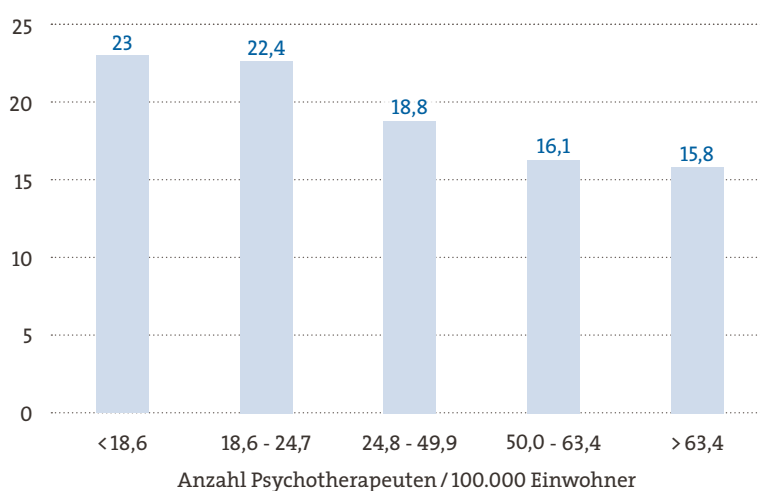
Weitervermittlung scheidet häufig

Wurde in der Sprechstunde eine psychische Erkrankung festgestellt und eine Richtlinienpsychotherapie für erforderlich befunden, konnten diese Patienten meist nicht in derselben Praxis behandelt werden. Gut die Hälfte musste sich vielmehr einen anderen Psychotherapeuten suchen. Diese Weitervermittlung in eine Richtlinienpsychotherapie in einer anderen Praxis scheidet jedoch häufig. Über die Hälfte der Psychotherapeuten gibt an, dass diese Vermittlung nicht oder eher nicht gelingt, wenn die Weiterbehandlung nicht in der eigenen Praxis möglich ist.

Akutbehandlung

Patienten, die sich in einer psychischen Krise befinden, erhalten durchschnittlich drei Wochen, nachdem bei ihnen eine Akutbehandlung als notwendig erachtet wurde, einen ersten Behandlungstermin. Zwei Drittel aller Psychotherapeuten (66,3%) bieten die Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen an. Damit ist es gelungen, für die meisten Patienten, die nicht auf eine Richtlinienpsychotherapie warten können, ein rasches Hilfsangebot zu schaffen. Bei einem Teil dieser besonders dringend behandlungsbedürftigen Patienten sind die Wartezeiten noch immer zu lang. Auch bei der Akutbehandlung scheidet die Weitervermittlung in eine andere Praxis. Zwei Drittel der Psychotherapeuten, die zwar eine Akutbehandlung für notwendig erachteten, aber selbst die Behandlung nicht durchführen konnten, gaben an, dass auch eine Weitervermittlung an einen anderen Psychotherapeuten nicht möglich war.

Abbildung 2:
Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie (in Wochen) –
Psychotherapeuten je Einwohner



Quelle: BPTK, 2018



Bürokratische Hürden

Durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde die Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte von je bis zu 12 Stunden unterteilt. Für jeden Abschnitt muss nun jeweils ein eigener Antrag gestellt werden. Fast alle Psychotherapeuten (91,5%) geben an, dass sich der bürokratische Aufwand durch die Zweiteilung der Kurzzeittherapie erhöht hat. Besonders gravierend ist dies für die Gruppentherapie. Der enorme Aufwand beim Antragsverfahren, das für jeden Patienten notwendig ist, ist einer der Gründe, warum Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung noch immer kaum zum Einsatz kommt. Dabei stellt die Gruppenpsychotherapie eine hochwirksame Behandlungsform für viele psychische Erkrankungen dar, die in der stationären Versorgung zum Behandlungsstandard gehört. Kritisch beurteilt wurde auch eine Änderung im Antrags- und Genehmigungsverfahren, wonach die Krankenkassen bei der Bewilligung von Anträgen auf Kurzzeittherapie nur noch den Patienten und nicht mehr den Psychotherapeuten informieren. Auch hieraus können vermeidbare Verzögerungen des Therapiebeginns resultieren.

Pressemittteilung und Studie „Wartezeiten 2018“ der BPTK

<http://www.bptk.de>

Ausgaben für Krankengeld höher als für Psychotherapie Psychisch bedingte Krankschreibungen nehmen weiter zu

Der Trend setzt sich fort: Psychische Erkrankungen führen wie auch in den vergangenen Jahren häufig dazu, dass Arbeitnehmer am Arbeitsplatz ausfallen. Das ergab eine aktuelle Auswertung der BpTK über die Dauer und Gründe von Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2016. Die Analyse bezieht sich auf über 80 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten. Danach nahmen die Tage, die Arbeitnehmer wegen psychischer Erkrankungen krankgeschrieben waren, im Vergleich zum Vorjahr leicht zu, von 14,1 Prozent im Jahr 2015 auf 14,7 Prozent im Jahr 2016. Damit sind psychische Erkrankungen der zweithäufigste Grund für betriebliche Fehlzeiten nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Anzahl der psychisch bedingten Krankschreibungen hat im Vergleich zum vergangenen Jahr sogar noch stärker zugenommen – von 5,1 auf 6,2 Prozent.

Ausgaben für Krankengeld höher als für Psychotherapie

Auch die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen blieb im Jahr 2016 überdurchschnittlich hoch und lag wie bereits im Vorjahr bei 34 Tagen. Keine andere Erkrankung führt zu solch langen Krankschreibungen. Dadurch sind psychische Erkrankungen eine der Hauptursachen für Langzeitarbeitsunfähigkeit und damit auch für Krankengeldzahlungen, die die Krankenkassen nach der betrieblichen Lohnfortzahlung übernehmen. Gut ein Viertel des Krankengeldes zahlen die Krankenkassen an Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen. Das waren 2016 rund 2,9 Milliarden Euro. Damit sind die jährlichen Krankengeldausgaben wegen psychischen Erkrankungen höher als die Ausgaben für ambulante Psychotherapie. Diese betragen nur circa 2 Milliarden Euro. Um lange Krankschreibungen zu verhindern, sollten psychisch kranke Arbeitnehmer die

Möglichkeit haben, frühzeitig eine Psychotherapie beginnen zu können. Dies ist aktuell jedoch vielerorts nicht möglich. Psychisch kranke Menschen müssen oft noch wochen- und monatelang auf eine Psychotherapie warten, weil sich zu wenige Psychotherapeuten niederlassen dürfen. Die BpTK fordert deshalb zusätzliche psychotherapeutische Praxen, insbesondere außerhalb von Ballungszentren.

Höchste psychische Belastungen im Gesundheits- und Sozialwesen

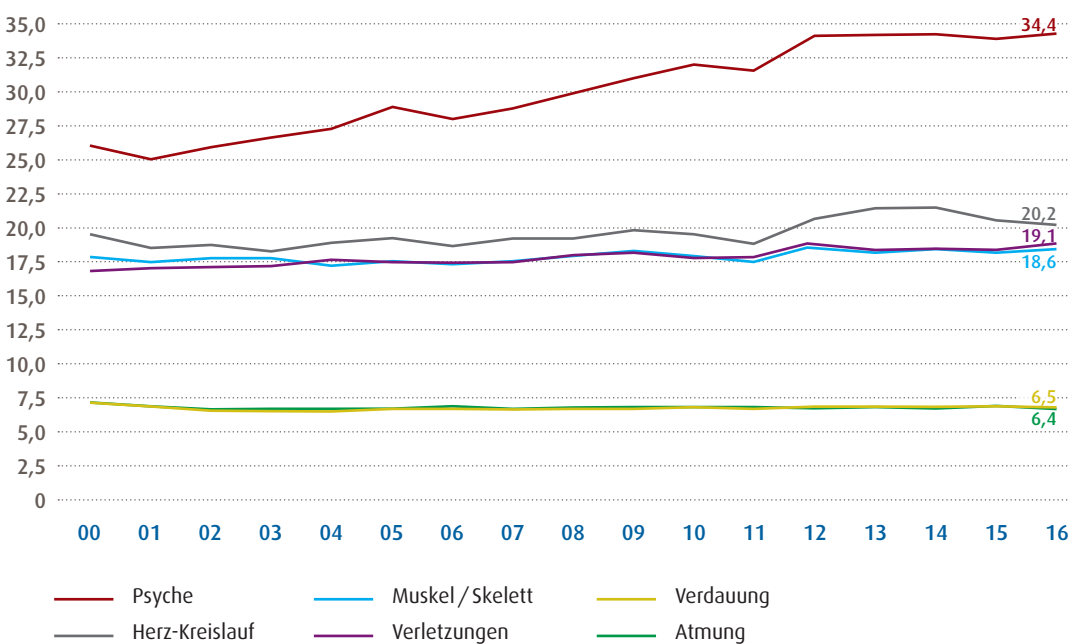
Ob Menschen wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig werden, hängt auch von dem Wirtschaftszweig ab, in dem sie arbeiten. Das ist ein Ergebnis des Berichts der Bundesregierung zur Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit für das Jahr 2016. So fehlen Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen, in der Verwaltung und bei den Sozialversicherungsträgern sowie im Bereich Erziehung und Unterricht überdurchschnittlich häufig wegen psychischer Erkrankungen. Deutlich seltener sind psychisch bedingte Fehlzeiten im produzierenden Gewerbe wie beispielsweise im Maschinenbau, im Baugewerbe sowie in der Land- und Forstwirtschaft.

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz verringern

Immer mehr Menschen arbeiten in Berufen, die hohe psychosoziale Anforderungen an sie stellen. Das Risiko, wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig zu werden, ist in Berufen, bei denen es darum geht, sich um andere Menschen zu kümmern, am größten. Die tägliche berufliche Auseinandersetzung mit anderen Menschen und die Herausforderung, sich von ihren Problemen, Sorgen und Krankheiten abzugrenzen, kann zu emotionaler Erschöpfung führen. Kommen noch

fehlende Anerkennung und knappe Personalbemessung hinzu, steigt das Risiko, wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig zu werden. Die BpTK fordert deshalb, in Gesundheits- und Sozialberufen einen besonderen Fokus auf die Verringerung psychischer Belastungen, die Stärkung psychosozialer Ressourcen sowie die Früherkennung psychischer Beschwerden und das Angebot psychosozialer Beratungs- und Hilfsangebote zu legen.

Arbeitsunfähigkeitsdauer der häufigsten Erkrankungen von 2000 bis 2016



Quelle: Daten der AOK, BARMER-GEK, BKK, DAK, TK; eigene Berechnungen der BpTK, 2017





Prof. Dr. Hans-Henning Flechtner



Dr. Christian Kieser



Dr. Dietrich Munz

Kooperation für eine gute Versorgung BPTK-Forum zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung soll zügig abgeschlossen werden. Das haben CDU/CSU und SPD im Koalitionsvertrag vereinbart. Ziel der Reform ist es, die prekären finanziellen und rechtlichen Bedingungen in den Ausbildungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu beenden und das Masterniveau als akademische Qualifikation zu sichern. Mit der Reform ist zugleich der Anspruch verbunden, Verbesserungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen zu erreichen.

Am 22. März 2018 diskutierten Ärzte und Psychotherapeuten auf einem BPTK-Forum in Berlin, welchen Beitrag die Reform zu einer noch besseren interprofessionellen Kooperation leisten kann. Ausgangspunkt war der Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) aus dem Sommer 2017, nach dem die heutige postgraduale Psychotherapeutenausbildung analog der Struktur der ärztlichen Qualifizierung zu einem Approbationsstudium mit anschließender Weiterbildung weiterentwickelt werden soll. Die BPTK befürwortet die vom BMG vorgeschlagene

Aus- und Weiterbildungsstruktur und hat in einem eigenen Reformkonzept auch Vorschläge zur Organisation und Finanzierung der Weiterbildung vorgelegt.

Ausgangspunkt der Fachtagung war die gemeinsame alltägliche Erfahrung, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen Kooperation erfordert. Viele plädierten dafür, dass sich beide Berufe bereits in der Aus- und Weiterbildung darauf vorbereiten sollten, wenn möglich gemeinsam.

Ein weiteres zentrales Diskussionsthema war der Vorschlag des BMG, Modellstudiengänge zuzulassen, in denen Psychotherapeuten die Kompetenzen zur Verschreibung von Psychopharmaka vermittelt werden. Einigkeit bestand darin, dass Psychotherapeuten generell bereits im Studium fundierte Kenntnisse über die Wirkungen von Psychopharmaka und ihre Wechselwirkungen mit Psychotherapie erwerben müssen, um Patienten leitlinienorientiert behandeln zu können.

Einige Teilnehmer sprachen sich dafür aus, dass Psychotherapeuten insbesondere in der stationären Versorgung auch die Verantwortung für die Psychopharmakotherapie tragen können sollten, wenn es eine enge Absprache mit den ärztlichen Kollegen gibt. Dies sollte jedoch nicht in einem Modellstudiengang erprobt, sondern perspektivisch möglicherweise in einer Zusatzweiterbildung geregelt werden. Andere sahen darin eine ausschließlich ärztliche Aufgabe, da nur Mediziner in Aus- und Weiterbildung die notwendige Kompetenz insbesondere zur Beurteilung von Kontraindikationen erwerben. Viele plädierten dafür, „die Türen für zukünftige Weiterentwicklungen offen zu halten“. Um die Versorgung z.B. im stationären Bereich sicherzustellen, könne auf Psychotherapeuten mit einem breiten Kompetenzprofil nicht verzichtet werden. Übereinstimmend wurde die Notwendigkeit einer intensiven wechselseitigen Abstimmung bei der Behandlung gemeinsamer Patienten zwischen den unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen und insbesondere zwischen Ärzten und Psychotherapeuten betont.

ZUM SCHLUSS

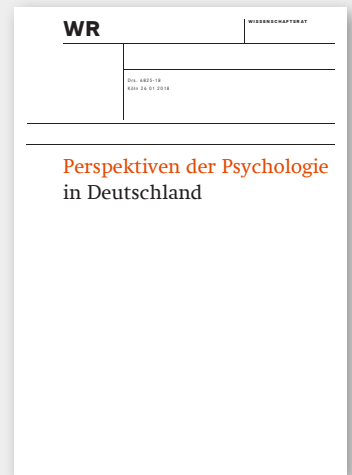
Wissenschaftsrat zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung

Der Wissenschaftsrat hat Empfehlungen zu den „Perspektiven der Psychologie in Deutschland“ vorgelegt. Einen Schwerpunkt bildet die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Psychische Störungen gehörten zu den häufigsten Erkrankungen und spielten in der Versorgung und bei den Sozialversicherungen eine bedeutende Rolle. Daher sei eine gute Qualifizierung von Psychotherapeuten von großem gesellschaftlichem Interesse.

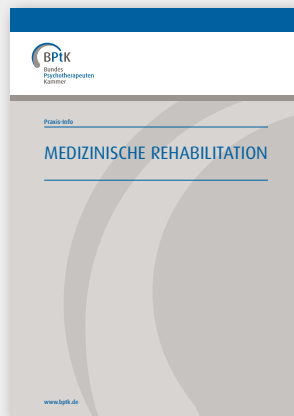
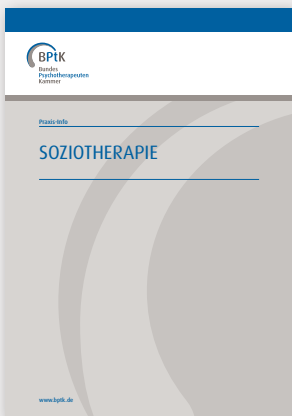
Der Wissenschaftsrat fordert, dass Psychotherapeuten bereits im Studium sowohl wissenschaftlich als auch praktisch ausreichend für die Versorgung qualifiziert werden. Der Rat favorisiert ein Bachelorstudium der Psychologie und ein verfahrens- und altersgruppen-

übergreifendes Masterstudium der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Nach einer Praxisphase und Überprüfung der praktischen Handlungskompetenzen könne die Approbation erteilt und eine Weiterbildung zur Qualifizierung für die Fachkunde aufgenommen werden.

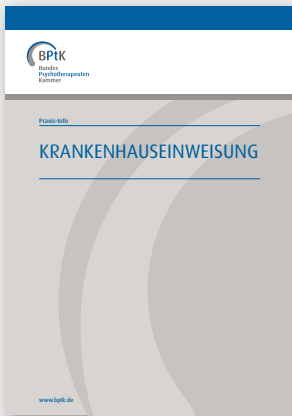
Daneben sollen auch andere Studienmodelle möglich sein. Ziel sei, unterschiedliche Formen der Praxisvermittlung, die Vermittlung neuer Behandlungsmethoden oder die Kooperationen zwischen unterschiedlichen Fakultäten erproben zu können.



EBM-Änderungen für Soziotherapie und medizinische Rehabilitation



Psychotherapeuten können seit dem 1. April 2018 Soziotherapie und medizinische Rehabilitation verordnen. Der Bewertungsausschuss hat Anfang März die dafür erforderlichen Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs beschlossen. Damit können auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Leistungen verordnen. Bei der Soziotherapie müssen Psychotherapeuten dafür bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine Abrechnungsgenehmigung beantragen. Mit den neuen Befugnissen verfügen Psychotherapeuten über wichtige Bausteine, um eine umfassendere Versorgung von Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen besser koordinieren zu können.



Um die Kammerangehörigen zu unterstützen, hat die BPTK Praxis-Infos zu den Themen „Soziotherapie“, „Medizinischen Rehabilitation“, „Krankenhauseinweisung“ und „Krankentransport“ erarbeitet. In der Praxis-Info „Soziotherapie“ wird insbesondere erläutert, wie Psychotherapie und Soziotherapie sich ergänzen und aufeinander aufbauen können. In der neuen Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“, die im März veröffentlicht wurde, wird ausführlich und anhand von Fallbeispielen beschrieben, wann und wie Psychotherapeuten eine medizinische Rehabilitation verordnen können.

Reihe Praxis-Info der BPTK

<http://www.bptk.de/publikationen/psychotherapeuten.html>