

Tätigkeitsbericht

2011–2015

Tätigkeitsbericht

2011 – 2015

IMPRESSUM

Herausgeber: Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Klosterstraße 64

10179 Berlin

Tel.: 030 278785-0

Fax: 030 278785-44

E-Mail: info@bptk.de

Internet: www.bptk.de

Umsetzung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin

Grafik: Sybilla Weidinger, Anna Magnus (KomPart)

Druck: Richter, Elkenroth

INHALT

EDITORIAL	6
Gesundheits- und Sozialpolitik 2011 – 2015	8
Psychotherapeuten in der Versorgung	10
Deutsche Psychotherapeutentage von 2011 bis 2014	14
Prävention psychischer Erkrankungen	18
Angemessene Wartezeit – Reform der Bedarfsplanung	21
Differenziertes Versorgungskonzept	28
Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	34
Weiterentwicklung der stationären Versorgung	36
Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation	42
Zehn Jahre Bundespsychotherapeutenkammer	44
Arbeit und psychische Gesundheit – BPtK-Studien	46
Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung	54
Kinder und Jugendliche	61
Publikationen und Medien der BPtK	67
Diotima-Ehrenpreis	70
Gemeinsamer Bundesausschuss	72
Psychotherapeutische Versorgung in Europa	80
Elektronische Gesundheitskarte und elektronischer Psychotherapeutenausweis	82
Zukunft der Psychotherapeutenausbildung	84
Weiterbildung und Zusatzqualifikation	94
Patientenrechtegesetz und Musterberufsordnung	95
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie	96
Mitarbeit der BPtK an Leitlinien 2011 – 2015	98
Übersicht Personen und Gremien	102

EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

rückblickend können wir sagen: Die Arbeit der letzten vier Jahre war vielfältig, intensiv und erforderte einen langen Atem.

Wir haben uns intensiv mit dem Thema Bedarfsplanung beschäftigt. Die große Reform, die eigentlich notwendig wäre, um die Unterversorgung psychisch kranker Menschen abzubauen, konnten wir nicht erreichen. Aber in strukturschwachen Regionen konnten sich circa 1.300 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zusätzlich niederlassen. Dank unseres Engagements fand der Wahnsinn ein Ende, dass durch die Ärztequote unbesetzte Sitze als besetzt gezählt werden konnten. Des Weiteren gelang es uns, das Auslaufen der KJP-Quote zu verhindern. Das sind gute Nachrichten für viele psychisch kranke Menschen. Und wir werden nicht locker lassen, bis psychisch kranke Menschen einen vergleichbaren Zugang zur Versorgung haben wie körperlich kranke Menschen.

Sehr froh sind wir auch, dass wir mit unserer Angestelltenbefragung mehr Klarheit über die Arbeitssituation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Beratungsstellen gewinnen konnten. Dies ist ein Fundament, mit dem wir unsere Forderung zur längst überfälligen Verbesserung der beruflichen Situation angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untermauern können.

Ein weiteres Schwerpunktthema war die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen. Psychotherapie wird in aller Regel nicht in dem Umfang angeboten, wie es evidenzbasiert notwendig wäre. Haupthindernis war und ist die Psychiatrie-Personalverordnung. In dieser Verordnung kommen Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch gar nicht vor, sondern nur Psychologinnen und Psychologen. Sie enthält außerdem Personalvorgaben, die eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung nicht ermöglichen. Wir setzen hier auf Wandel und hoffen, dass im Kontext der Umsetzung des neuen Entgeltssystems in Psychiatrie und Psychosomatik Bewegung in die Strukturen der stationären Versorgung kommt. Wir setzen uns für eine Personalausstattung ein, die eine Versorgung auf dem aktuellen Wissensstand ermöglicht. Dazu gehört auch, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend ihrer Qualifikation beschäftigt werden, Leitungsfunktionen übernehmen können und das bei einer adäquaten Vergütung.

Nicht zu unterschätzen ist unsere Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Unter Nutzung unserer Beteiligungsrechte konnten wir hier einiges erreichen: zum Beispiel eine

bessere Versorgung der Menschen mit Psychosen und eine Erweiterung des psychotherapeutischen Tätigkeitsspektrums durch die neuropsychologische Therapie und EMDR. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Kontext der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung arbeiten, werden zukünftig Rahmenbedingungen finden, Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren bei psychischen Erkrankungen, aber auch bei subsyndromalen Symptomen besser behandeln zu können. Aktuell arbeitet der G-BA an weiteren Korrekturen der Psychotherapie-Richtlinie. Ziel ist unter anderem die Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und hoffentlich bald auch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bei den psychodynamischen Verfahren.

Im G-BA werden zentrale Weichen für die Versorgung psychisch kranker Menschen gestellt. Deshalb lohnt es sich, große Teile unserer Ressourcen in diese Arbeit zu investieren, um die Entscheidung mit der notwendigen Detailtiefe und fachlichen Kompetenz zum Nutzen der betroffenen Patientinnen und Patienten mit zu gestalten.

Wir haben viel miteinander diskutiert und es geschafft, auf dem 25. Deutschen Psychotherapeutentag einen richtungsweisenden Beschluss zur Reform des Psychotherapeutengesetzes zu fassen. Da das Bundesministerium für Gesundheit den Ball aufnahm, hegen wir berechtigte Hoffnungen, dass noch in dieser Legislaturperiode die Psychotherapeutenausbildung zukunftssicher weiterentwickelt wird.

Die angerissenen Themen zeigen alle: Wir brauchen einen langen Atem. Die angesagte Disziplin ist Langstrecken-Staffellauf und nicht Kurzstrecke. Wir übergeben in diesem Jahr den Stab an einen neuen Vorstand und wünschen diesem die notwendige Zähigkeit und Gestaltungskraft, bei aller Zufriedenheit und Freude über kleine Erfolge die großen Ziele nicht aus den Augen zu verlieren und wir wünschen ihm dabei die verlässliche Unterstützung durch Sie, die gewählten Repräsentanten der Psychotherapeutenschaft.

Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident

Monika Konitzer
Vizepräsidentin

Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident

Andrea Mrazek, M.A., M.S.
Beisitzerin

Peter Lehndorfer
Beisitzer

Gesundheits- und Sozialpolitik 2011 – 2015

Gleich zu Beginn der neuen Amtszeit des Vorstandes stand ein zentrales gesundheitspolitisches Vorhaben der Bundesregierung auf der Agenda: das Gesetz zur Verbesserung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz). Mit diesem Gesetz wurde im Januar 2012 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, eine neue, „bedarfsge-rechtere“ Planung der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, die zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden, zu entwickeln. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hatte bereits während der parlamentarischen Beratungen die mangelhafte Festlegung der bisherigen Bedarfszahlen in der Psychothera-

war insbesondere deshalb nicht sachgerecht, weil gleichzeitig eine Regelung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffen wurde, die es grundsätzlich möglich macht, Praxen in „überversorgten“ Gebieten stillzulegen. Die Zulassungsausschüsse können seitdem beschließen, Praxen in als überversorgt geltenden Regionen nicht mehr an Nachfolger zu vergeben. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 sieht ferner eine Beteiligung der BPtK bei Richtlinien zur Qualitätssicherung vor.

Mit dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz) regelte der Gesetzgeber im Januar 2012, wann die ärztliche bzw. psychotherapeutische Schweigepflicht durch-

2011

13. 12. 2011Einsatzversorgungs-
Verbesserungsgesetz

2012

01.01.2012

- Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Bundeskinderschutzgesetz

20.11.2012Verordnung pauschalierende Entgelte
Psychiatrie und Psychosomatik 2013

2013

01.01.2013 Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**16.04.2013**

Gesetzesentwurf zur Förderung der Prävention (Diskontinuität)

26.02.2013

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

pie kritisiert, welche die Versorgungssituation 1999 als zukünftigen Bedarf festschrieb und dabei noch nicht einmal alle damals zugelassenen Praxen berücksichtigte. BPtK und Landespsychotherapeutenkammern hatten in einer gemeinsamen Aktion die Bundestagsabgeordneten über diese erheblichen Defizite in der Bedarfsplanung informiert. Der Gesetzgeber forderte deshalb vom G-BA auch eine Reform der Bedarfsplanung, „insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung“.

Bei der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA konnten in ländlichen Regionen deutliche Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden. Dort entstanden bundesweit etwa 1.300 zusätzliche psychotherapeutische Praxissitze. In allen anderen Städten und Kreisen schrieb der G-BA jedoch die viel zu niedrigen Bedarfszahlen für psychotherapeutische Praxen von 1999 fort, sodass diese Regionen weiterhin auf dem Papier als überversorgt gelten. Dies

brochen werden kann, wenn dies zur Verhinderung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich ist. Bei dieser Frage haben Berufsgeheimnisträger einen Anspruch auf anonyme Beratung durch die Jugendämter.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgung bei besonderen Auslandsverwendungen (Einsatzversorgungs-Verbesserungsgesetz) im Dezember 2011 beabsichtigte die Bundesregierung eine bessere Absicherung von Soldaten in Auslandseinsätzen. Die BPtK konnte im Gesetzgebungsverfahren ihre Expertise einbringen. Dieses Gesetz erleichtert die Anerkennung von psychischen Erkrankungen als Wehrdienstbeschädigung. In den anschließenden, nicht immer einfachen Gesprächen mit dem Bundesverteidigungsministerium konnte die BPtK den Abschluss eines Vertrages erreichen, der die psychotherapeutische Versorgung von Soldaten erheblich verbessert. Als Teil der Vereinbarung führten BPtK und Landespsychotherapeutenkammern gemeinsam mit der Bundeswehr bereits vier

Fortbildungsveranstaltungen durch, an denen insgesamt über 700 Psychotherapeuten teilnahmen.

Im Rahmen des Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften gelang es, den Gesetzgeber gegen erhebliche Widerstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes davon zu überzeugen, die Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten zu korrigieren. Bis dahin wurden nicht besetzte Praxissitze, die für ärztliche Psychotherapeuten reserviert waren, auch dann als besetzt gezählt, wenn sich gar kein ärztlicher Bewerber fand und der Praxissitz tatsächlich unbesetzt war. Das hatte zur Folge, dass dieser Praxissitz auch nicht an Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vergeben wurde. Somit standen vor allem in ostdeutschen Ländern systematisch weniger Psychotherapeuten für die Versorgung zur Verfügung als in der Bedarfsplanung vorgesehen.

Im Rahmen des 2013 verabschiedeten Gesetzes zur Verbes-

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) schaffte der Gesetzgeber im Jahr 2014 unter anderem ein neues Qualitätsinstitut. Dieses übernimmt ab 2015 die Aufgaben des bisherigen Instituts nach § 137a SGB V („AQUA-Institut“). Mit diesem Gesetz wurde auch die verbindliche Einführung des „Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) um zwei Jahre verschoben. Seit 2013 musste die Einführung des jeweiligen Entgeltkatalogs per Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit für das jeweilige Jahr erfolgen, da sich die Selbstverwaltung nicht einigen konnte. Begleitend zur Einführung des PEPP forderte die BPtK verbindliche Vorgaben zur Strukturqualität in den Krankenhäusern. Sie ist an der Arbeitsgemeinschaft des G-BA beteiligt, die Empfehlungen zur Strukturqualität erarbeitet. Vorgaben zur Strukturqualität gab es bis-

2015

01.06.2013

Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung

13.08.2013

Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

16.12.2013

Koalitionsvertrag: Psychotherapeutengesetz überarbeiten

serung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) gelang es der BPtK, das Bundesministerium der Justiz zu überzeugen, einige Vorurteile verstärkende Formulierungen aus der Gesetzesbegründung zu streichen. Mithilfe mehrerer Workshops bezog die BPtK bei diesem Gesetzesvorhaben die Expertise der gesamten Profession mit ein. Anschließend passte sie ihre Musterberufsordnung den neuen gesetzlichen Regelungen an.

Im Jahr 2013 vereinbarte die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag, das Psychotherapeutengesetz zu überarbeiten. In einem professionsinternen Diskussionsprozess mit externen Experten erarbeiteten Länderrat und Vorstand eine Positionierung. Das Ergebnis war der Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentags, dem zufolge Psychotherapeuten nach einer entsprechenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes in einer Direktausbildung mit Approbation nach dem Studium und anschließender Weiterbildung qualifiziert werden sollen.

01.01.2015

GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz

05.03.2015

1. Lesung Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

20.03.2015

1. Lesung Präventionsgesetz

her nicht. Die Psychiatrie-Personalverordnung diene als Grundlage für die Finanzierung der Häuser, die allerdings aus den 1990er Jahren stammt und nicht mehr dem aktuellen Wissenstand entspricht. Sie kennt die Berufsgruppe der Psychotherapeuten noch nicht.

Mit dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) griff die Bundesregierung Anfang 2015 eine Forderung aus dem BPtK-Konzept einer differenzierten Versorgung auf: die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunden.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG), wurde Anfang 2015 auf den Weg gebracht. Ziele und Maßnahmen sind weitestgehend identisch mit dem 2013 gescheiterten Gesetzgebungsverfahren. Ziel des Gesetzes ist es, durch strukturelle Vorgaben die Kooperation der Träger von Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten zu verbessern.

Psychotherapeuten in der Versorgung

In Deutschland sind derzeit rund 37.500 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig. Die weit überwiegende Mehrzahl von ihnen (fast 80 Prozent) arbeitet in der ambulanten Versorgung, in der Regel in einer psychotherapeutischen Praxis (67 Prozent), aber auch in Beratungsstellen und der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe (circa elf Prozent). Etwas über 20 Prozent der Psychotherapeuten arbeiten in stationären oder teilstationären Einrichtungen, vor allem im Krankenhaus (15 Prozent) und in Rehabilitationseinrichtungen (rund vier Prozent) (siehe Tabelle 1). Gemeinsam mit den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den Nervenärzten (zusammen 16.843) sind sie für die heilkundliche Versorgung psychisch kranker Menschen verantwortlich.

Psychotherapeutische Praxen

Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten durchschnittlich 36 bis 43 Stunden die Woche und erbringen davon 25 bis 31 Stunden in direktem Patientenkontakt. Zu der Arbeit mit Patienten kommen weitere Aufgaben und Verpflichtungen, wie Dokumentation, Anträge, Abrechnungen und Praxismar-

nagement, die insgesamt circa ein Drittel der gesamten Arbeitszeit ausmachen. Dazu addieren sich noch Tätigkeiten zur Gewährleistung der Qualität der erbrachten Leistungen, zum Beispiel Supervision, Qualitätszirkel und Fortbildung.

Das Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie ist breit und umfasst nahezu alle Diagnosen psychischer Erkrankungen (siehe Abbildung 1). Die häufigsten Diagnosen sind – wie bei den Fachärzten für Psychiatrie, Psychosomatik oder psychotherapeutisch tätigen Ärzten – depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen. Der geringere Anteil an alkoholbedingten und schizophrenen Erkrankungen ist auch durch Einschränkungen in der Psychotherapie-Richtlinie verursacht. Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie, wie sie 2011 im Hinblick auf Abhängigkeitserkrankungen und 2014 in Bezug auf Schizophrenie erfolgten, werden zu entsprechenden Änderungen im Diagnosespektrum beitragen.

Auch in vielen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, Rehabilitation, Vorsorge und Beratung sind Psychotherapeuten tätig. Welche Aufgaben und Positionen Psychotherapeuten dort übernehmen, hat die BPtK 2013 in einer groß angelegten Befragung der angestellten Psychotherapeuten näher untersucht.

Tabelle 1: Einrichtungen, in denen Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind (Stichtag 31.12.2013)



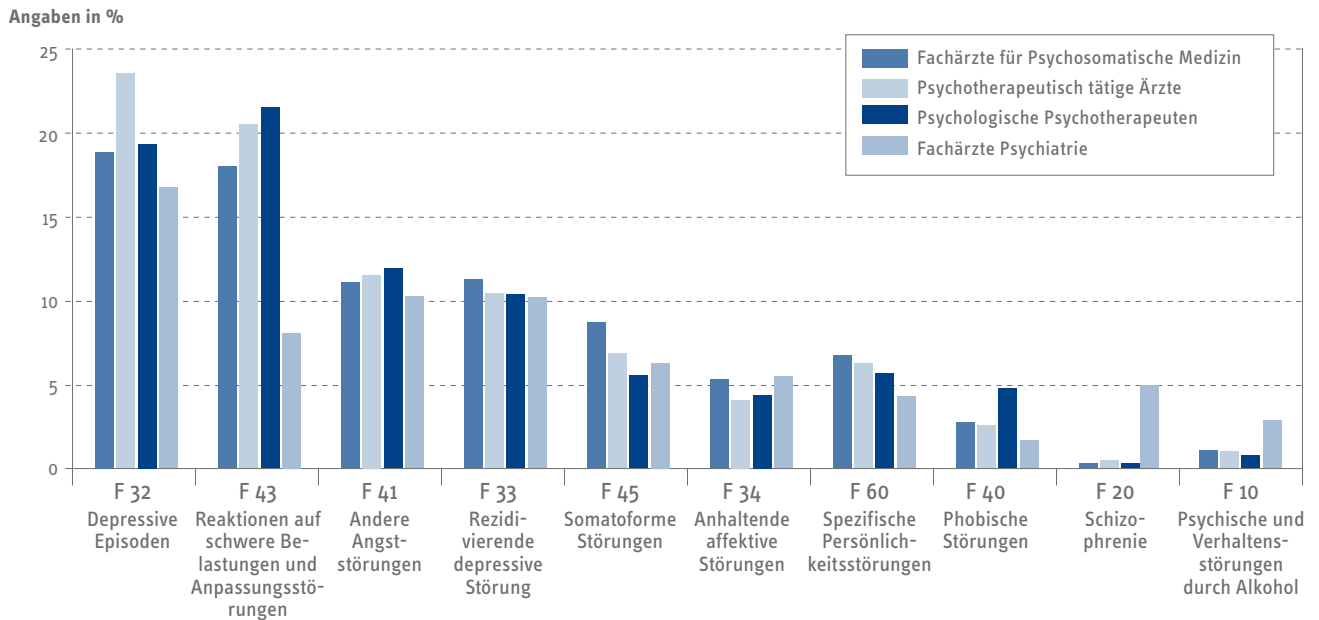
Art der Einrichtung	N	% (gesamt)
Gesundheitsschutz	53	0,1 %
Ambulante Einrichtungen:		
Psychotherapeutische Praxen	25.034	66,8 %
Sonstige ambulante Einrichtungen	4.078	10,9 %
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen:		
Krankenhäuser	5.618	15,0 %
Vorsorge/Reha-Einrichtungen	1.450	3,9 %
Verwaltung	187	0,5 %
sonstige Einrichtungen	1.036	2,8 %
Gesamt	37.456	100 %

Psychotherapeuten sind in der stationären Versorgung unverzichtbar

Fast die Hälfte der angestellten Psychotherapeuten arbeitet im Krankenhaus (45 Prozent von rund 12.400). Dort sind sie eine der zentralen Berufsgruppen. Im Jahr 2013 arbeiteten rund 5.600 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten im Krankenhaus, dabei überwiegend in Krankenhäusern für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik (88 Prozent).

Aufgrund des erheblichen Mangels an Fachärzten in den Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatik werden unbesetzte Arztstellen häufig mit Psychotherapeuten besetzt. Das ist möglich, weil Psychotherapeuten in vielen Fällen vergleichbare Aufgaben übernehmen können wie Fachärzte, mit Ausnahme etwa der medikamentösen Behandlung oder bestimmter Dienste. Während der Erfüllungsgrad der Psychiatrie-Personal-

Abbildung 1: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufs- bzw. Facharztgruppe



Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

verordnung (Psych-PV) in der Berufsgruppe der leitenden Ärzte und der Ärzte 2010 bei gut 95 Prozent lag, erreichte er bei den Psychotherapeuten (inklusive Diplom-Psychologen) die 137-Prozent-Marke (DKI-Psychiatrie-Barometer 2011¹).

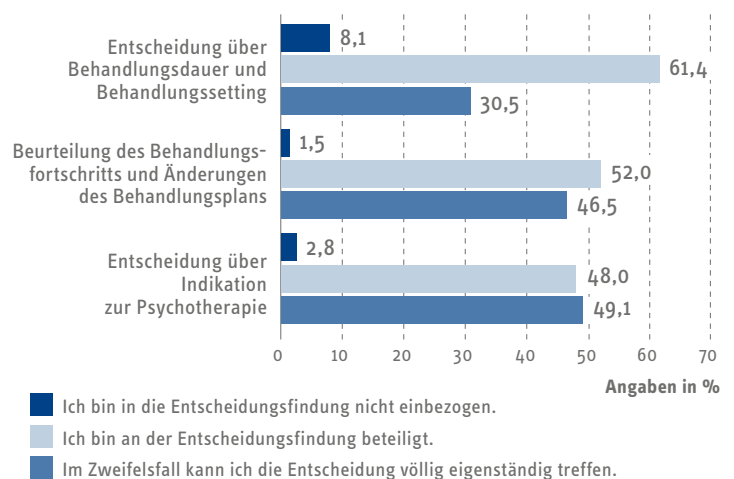
Psychotherapeuten sind in der stationären Versorgung in alle wesentlichen patienten- und behandlungsbezogenen Entscheidungen involviert oder entscheiden hierüber eigenständig (siehe Abbildung 2). Knapp 24 Prozent der Befragten haben zudem eine (stellvertretende) Leitungs- oder Führungsfunktion.

Die Aufgaben und die Behandlungsverantwortung, die Psychotherapeuten im Krankenhaus tragen, spiegeln sich nicht in den Bezeichnungen in den Arbeitsverträgen und in der Vergütung wider. Die mit der Approbation erworbene zusätzliche Qualifikation findet formal keine Berücksichtigung, wie 70 Prozent der befragten Psychotherapeuten im Krankenhaus zu Protokoll geben.

Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Auch in der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen übernehmen Psychotherapeuten eine Schlüsselrolle. Mehr als jeder zehnte angestellte Psychotherapeut arbeitet in einer Rehabilitationseinrichtung, vor allem in der medizinischen Rehabilitation. Den Daten des Statistischen Bundesamts zufolge waren

Abbildung 2: Entscheidungsverantwortung von Psychotherapeuten in der stationären Behandlung (N=1528)



Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

2013 rund 4.900 Psychotherapeuten und Psychologen² in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen tätig. Sie übernehmen dort wie im Krankenhaus verantwortungsvolle und eigenständige Aufgaben in der Versorgung der Rehabilitanden. Für eine ausführliche Darstellung siehe „Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“ (ab Seite 42) des Tätigkeitsberichtes.

¹ Gezählt wurden die tatsächlich besetzten und finanzierten Vollkraftstellen (VK). Psychotherapeuten bilden in der Psych-PV keine eigene Berufsgruppe und werden zu den Diplom-Psychologen gezählt.

² In den Daten des Statistischen Bundesamts werden Psychologen und Psychotherapeuten in einer Berufsgruppe zusammengefasst.

Psychotherapie auch in der Jugendhilfe

Zu den Einrichtungen der Jugendhilfe zählen ambulante, vor allem Erziehungsberatungsstellen und stationäre Angebote. In der Stichprobe der Angestelltenbefragung bildeten Psychotherapeuten in der Jugendhilfe die zweitgrößte Gruppe (n=608, 15,7 Prozent). Die überwiegende Mehrheit davon ist in Beratungsstellen/ambulanten Einrichtungen (72 Prozent) tätig, 19 Prozent der Befragten arbeiten in stationären (Gruppen, Heime) oder in sonstigen Einrichtungen (neun Prozent). Bei den ambulanten Beratungsstellen handelt es sich in der Regel um Erziehungs- und/oder Familienberatungsstellen.

Fast die Hälfte der Befragten (44 Prozent) – und damit wesentlich häufiger als im Krankenhaus (24 Prozent der

Befragten), aber auch häufiger als in Rehabilitations-einrichtungen (38 Prozent) – nimmt (stellvertretende) Leitungs- und/oder Führungsaufgaben wahr. Zu den besonderen Aufgaben, die Psychotherapeuten in der Jugendhilfe übernehmen, gehören die Durchführung spezifischer diagnostischer und psychotherapeutischer Maßnahmen, die Supervision von Beschäftigten anderer Berufsgruppen und die Erstellung von Gutachten zum Gefährdungsrisiko im Rahmen von § 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (Abbildung 3).

Bei den durchgeführten psychotherapeutischen Maßnahmen handelt es sich in erster Linie um Einzeltherapien (knapp 80 Prozent) über mehrere Sitzungen. Gruppentherapien über mehrere Sitzungen werden seltener durchgeführt (45 Prozent der Befragten gaben an, Gruppentherapien über mehrere Sitzungen durchzuführen). Mehr als zwei Drittel der Befragten gaben zu Protokoll, dass die Einrichtung psychotherapeutische Leistungen anbiete, die im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie nicht erbracht werden könnten. Zudem gaben insbesondere Befragte aus ambulanten Beratungsstellen an, psychotherapeutische Behandlungen zur Überbrückung der Wartezeit auf einen regulären Therapieplatz anzubieten (87 Prozent der Befragten aus ambulanten Beratungsstellen).

Beratungsstellen als Arbeitsplatz von Psychotherapeuten

Außer in Erziehungsberatungsstellen arbeiten Psychotherapeuten auch in Suchtberatungsstellen oder Ehe-, Paar- und Lebensberatungsstellen (Abbildung 4).

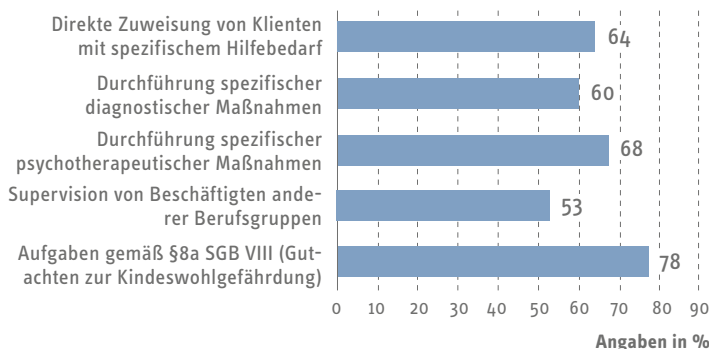
Wie auch im Bereich der Jugendhilfe, so haben Psychotherapeuten in Beratungsstellen wesentlich häufiger (stellvertretende) Leitungsfunktionen (46 Prozent der Befragten) inne als im Krankenhaus. Das hängt unter anderem mit den unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Bereiche zusammen. Während für Krankenhäuser im SGB V festgeschrieben ist, dass diese unter ärztlicher Leitung stehen müssen, gibt es keine entsprechenden Regelungen in den anderen Sozialgesetzbüchern, die Psychotherapeuten Leitungsfunktionen verwehren. Hiermit hängt zusammen, dass Psychotherapeuten in Beratungsstellen auch disziplinarische Vorgesetztenfunktionen wahrnehmen (72 Prozent der Leiter von Beratungsstellen). Auch in Beratungsstellen werden psychotherapeutische Leistungen erbracht. 91 Prozent der Befragten geben an, Einzeltherapien über mehrere Sitzungen durchzuführen. Noch häufiger sind jedoch psychosoziale Kriseninterventionen (96 Prozent). Insgesamt 74 Prozent der Befragten geben an, dass ihre Beratungsstelle eigenständige psy-

Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“



Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Heiner Vogel (Sprecher des Ausschusses)	Bayern
Ullrich Böttinger	Baden-Württemberg
Michael Müller-Mohnssen	Baden-Württemberg
Dr. Klaus Stöhr	Bayern
Karl-Wilhelm Höffler	Hessen
Matthias Kapp	Hessen
Sabine Wald	Hessen
Wolfgang Dube	Nordrhein-Westfalen
Jürgen Golombek	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Dietrich Munz	BPTK

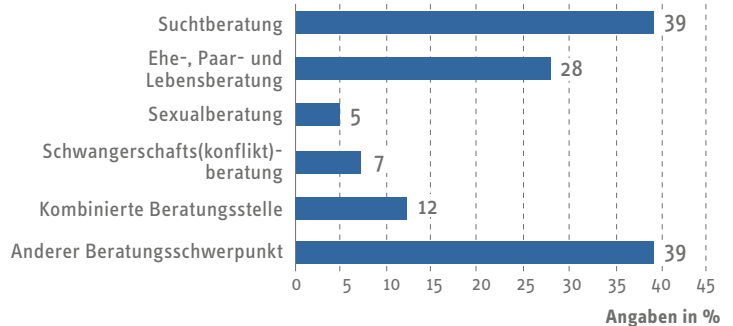
Abbildung 3: Spezifische Aufgaben von Psychotherapeuten in der Jugendhilfe



Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

chotherapeutische Leistungen erbringe, die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie von ambulanten Vertragspsychotherapeuten gar nicht erbracht werden können. Das trifft insbesondere auf die Suchtberatungsstellen zu, für die sogar 88 Prozent der Befragten angaben, spezifische psychotherapeutische Leistungen anzubieten. Dieser Sachverhalt spiegelt sich auch in den Antworten auf die Frage wider, inwieweit die Beratungsstellen psychotherapeutische Leistungen zur Überbrückung von Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz durchführen. Während das Vorhandensein eines solchen Angebotes nur 43 Prozent der in Suchtberatungsstellen tätigen Befragten angaben, bestätigten es 88 Prozent der Befragten aus Beratungsstellen mit anderen Schwerpunkten.

Abbildung 4: Beratungsstellen, in denen (die befragten) Psychotherapeuten arbeiten (N=323)



Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

Bundespsychotherapeutenstatistik

In Deutschland gab es im Jahr 2013 rund 39.500* Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ihre Anzahl ist nach den Meldedaten der Landespsychotherapeutenkammern (Bundespsychotherapeutenstatistik) innerhalb eines Jahres um 4,8 Prozent gestiegen. In den vergangenen fünf Jahren betrug der Zuwachs insgesamt 20 Prozent. Mit 70,3 Prozent sind mehr als zwei Drittel der Kammerangehörigen weiblich. Bei den unter 35-Jährigen sind es 90 Prozent. Mehr als drei Viertel verfügen über eine Approbation als Psychologische Psychotherapeuten, 17,6 Prozent sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und sechs Prozent haben beide Approbationen. Haupttätigkeitsfeld von Psychotherapeutinnen und Psycho-

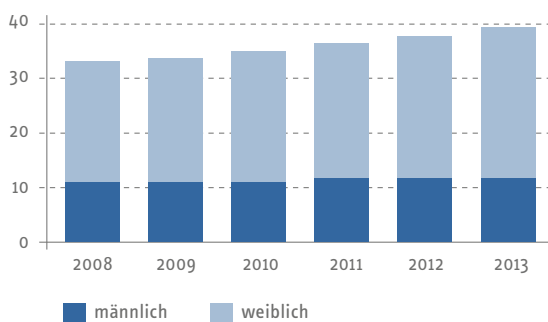
therapeuten ist die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen. Von den rund 37.500 berufstätigen Psychotherapeuten arbeiteten 2013 zwei von drei in einer psychotherapeutischen Praxis. Dazu zählen GKV-Praxen, Privatpraxen und Medizinische Versorgungszentren. Elf Prozent waren in einer „sonstigen ambulanten Einrichtung“ beschäftigt. Darunter fallen nach der Einteilung des Statistischen Bundesamtes zum Beispiel Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch kranke Menschen und Behinderte. Weitere 15 Prozent der Psychotherapeuten arbeiteten in einem Krankenhaus und gut vier Prozent in einer Rehabilitationseinrichtung. Die berufstätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Durchschnitt 52,3 Jahre alt, mit 26,9 Prozent ist ein knappes Viertel 60 Jahre alt oder älter. Die meisten sind dabei im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung tätig (69,8 Prozent), 28,2 Prozent arbeiten in Teilzeit und zwei Prozent sind geringfügig beschäftigt. Hauptgründe für die Nicht-Beschäftigung sind Ruhestand und Elternzeit.

Psychotherapie bleibt ein sehr attraktives Berufsfeld für den akademischen Nachwuchs. 2014 legten mehr als 2.200 angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgreich ihre schriftliche Staatsprüfung ab, 4,8 Prozent mehr als im Jahr davor.

Abbildung 5: Mitglieder der Psychotherapeutenkammern 2008 – 2013



Angaben in Tausend



Quelle: Bundespsychotherapeutenstatistik

* alle Kammerangehörigen einschließlich der Nicht-Beschäftigten (Ruhestand, Elternzeit u. a.)

Deutsche Psychotherapeutentage von 2011 bis 2014

Reform des Psychotherapeutengesetzes: Die Reform der Psychotherapeutenausbildung beschäftigte alle Deutschen Psychotherapeutentage (DPT) in der zurückliegenden Amtsperiode des Vorstands. Anlass war zum einen, dass immer mehr Bundesländer Absolventen mit Bachelorabschluss zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulassen. Wiederholt bekräftigte der DPT seine Forderung, eine Zulassung zur Ausbildung auf Masterniveau sicherzustellen. Aber auch die schwierige Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer Praktischen Tätigkeit im Krankenhaus machte für den DPT die Reform der Psychotherapeutenausbildung dringlich. Auf der Basis von Vorarbeiten einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von BPTK-Vorstand und Länderrat diskutierte der DPT das Berufsbild und das Kompetenzprofil zukünftiger Psychotherapeuten und votierte auf dem 25. DPT für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung, die ein Studium mit anschließender Approbation und einer Weiterbildung in un-

terschiedlichen Verfahren und für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene zum Ziel hat.

Versorgung: Die unzumutbaren langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz waren ständiges Thema der Deutschen Psychotherapeutentage. Im Kontext der Reform der Bedarfsplanung konnte die Profession erreichen, dass es zur zusätzlichen Niederlassung von circa 1.300 Psychotherapeuten insbesondere in ländlichen Regionen kam. Außerdem erfolgte die Korrektur der Mindestquote für die ärztlichen Psychotherapeuten, sodass inzwischen alle vorgesehenen psychotherapeutischen Praxissitze auch wirklich besetzt werden können. Zudem gelang es, ein Auslaufen der Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu verhindern.

Mit diesen Maßnahmen ließ sich eine flächendeckende Entspannung bei den Wartezeiten auf ein Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Praxis allerdings nicht herbeiführen.

IMPRESSIONEN

Der DPT ist das Parlament der deutschen Psychotherapeuten-schaft. Die DPT finden in der Regel zwei Mal jährlich statt. Seit dem 14. DPT tagt der Frühjahrs-DPT in Berlin. Für den Herbst-DPT sind wechselnd die Landespsychotherapeutenkammern Gastgeber. Der Bundesvorstand kann aus einem wichtigen Grund eine außer-ordentliche Bundesdelegiertenversammlung einberufen.



18. DPT:

Wahlausschuss, v. l. n. r. Gebhard Hentschel, Benedikt Waldherr, Detlef Deutschmann

Der Vorstand der BPTK, v. l. n. r. Prof. Dr. Rainer Richter, Andrea Mrazek, Monika Konitzer, Dr. Dietrich Munz, Peter Lehndorfer

22. DPT:

*Delegierte der Landes-
psychotherapeutenkammer NRW:
v. l. n. r. Bernhard Moors,
Barbara Lubisch, Andreas Pichler,
Matthias Fink*

Axel Janzen, PtK Bremen



*Gertrud Corman-Bergau,
PtK Niedersachsen*



*Marty Auer,
Psychotherapeutin
in Ausbildung*



*Bernhard Morsch,
PtK des Saarlandes*



*Dr. Andrea Benecke,
LPK Rheinland-Pfalz*



*Dr. Manfred Thielen,
PtK Berlin*



23. DPT:

v. l. n. r. Monika Konitzer, Prof. Dr. Rainer Richter



23. DPT:

*v. l. n. r. Juliane Dürkop (Präsidentin PtK Schleswig-Holstein),
Kristin Alheit (Gesundheitsministerin Schleswig-Holstein)*

v. l. n. r.
 Ricarda Müller, PtK Hamburg
 Susanne Walz-Pawlita, LPPKJP Hessen
 Bernhard Moors, PtK NRW



24. DPT:

v. l. n. r. Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Dietrich Munz,
 Peter Lehndorfer, Monika Konitzer, Andrea Mrazek



v. l. n. r.
 Jürgen Doeber, LPK Baden-Württemberg
 Dr. Heike Winter, LPPKJP Hessen
 Dr. Heiner Vogel, PtK Bayern

Eine Korrektur der historischen Planungsfehler in der Bedarfsplanung des Jahres 1999 blieb für den DPT daher unerlässlich. Außerdem forderte der DPT, zukünftig das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten flexibler zu gestalten und zum Beispiel das Angebot einer psychotherapeutischen Sprechstunde zu ermöglichen. Das Konzept der psychotherapeutischen Sprechstunde und weitere notwendige Flexibilisierungen der psychotherapeutischen Tätigkeit hat der DPT intensiv diskutiert. Regelmäßig hat der DPT darüber hinaus an die Bundespolitik und an die gemeinsame Selbstverwaltung appelliert, Psychotherapeuten eine angemessene Vergütung zu garantieren. Mit der Einführung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird die Psychiatrie-Personalverordnung als Budgetermittlungs- und Qualitätssicherungsinstrument der Vergangenheit angehören. Insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung eröffnet sich mit dieser Weichenstellung die Chance, mehr Transparenz und mehr Qualität zu erreichen. Dafür ist es notwendig, dass Anforderungen an die Personalausstattung der Krankenhäuser entwickelt werden, die unter qualitativen und quantitativen Gesichtspunkten für eine angemessene psycho-

therapeutische Versorgung im stationären Bereich Vorgaben machen. Der DPT trat mit Nachdruck dafür ein, diese Anforderung für die Kliniken verbindlich vorzugeben.

Angestelltenbefragung: Mit der Entscheidung für eine Befragung der angestellten und beamteten Psychotherapeuten in Deutschland stellte der DPT die Weichen für eine umfassendere und detailliertere Information darüber, wo und wie Psychotherapeuten in unterschiedlichen Institutionen arbeiten. Die Ergebnisse wurden regelmäßig dem DPT vorgestellt, der daraus seine Forderungen für die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Berufstätigkeit etwa im stationären Bereich ableitete.

Muster-Weiterbildungsordnung: Die Muster-Weiterbildungsordnung wurde vom DPT weiterentwickelt. Hintergrund war der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten neuropsychologischen Versorgung psychisch kranker Menschen. Der G-BA hatte im Zusammenhang mit der Beschreibung der notwendigen Qualifikation für die neuropsychologische Diagnostik und Therapie auf die Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern bzw. die Muster-Wei-



Abstimmung zum
Änderungsentwurf der MWBO
auf dem 25. DPT



25. DPT:

v. l. n. r. Prof. Dr. Rainer, Richter, Dr. Nikolaus Melcop, Michael Krenz



Versammlungsleitung des 25. DPT:

v. l. n. r. Benedikt Waldherr, Wolfgang Schreck, Gabriela Küll

terbildungsordnung der BpTK verweisen können. Dies konnte als Erfolg für die Selbstverwaltung der Profession gewertet werden. Ergänzt wurde die Muster-Weiterbildungsordnung in der zurückliegenden Amtsperiode um die Bereiche Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie. Weitere Überlegungen für die Definition weiterer Zusatzbezeichnungen in der Weiterbildungsordnung der Kammern sind in der Diskussion.

Patientenrechte/Musterberufsordnung: Parallel und im Nachgang zum verabschiedeten Patientenrechtegesetz im Deutschen Bundestag befasste sich der DPT intensiv mit der Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in die Musterberufsordnung. Von Beginn an waren sich die Delegierten darin einig, dass das Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung, das dem Patientenrechtegesetz zugrunde liegt, auch Grundlage und Ziel jeder psychotherapeutischen Behandlung ist. Ein zentraler Punkt der Debatten des DPT war die Gestaltung des Einsichtnahmerechts der Patienten.

Versammlungsleitung: Die Leitung der Deutschen Psychotherapeutentage lag in der zurückliegenden Amtsperiode in

den Händen von Wolfgang Schreck. Unterstützt wurde er bis zum 24. DPT von Gerd Höhner, bis zum 19. DPT von Bertke Reiffen-Züger und vom 19. bis zum 25. DPT von Gabriela Küll. Als Nachfolger von Gerd Höhner wurde auf dem 25. DPT Benedikt Waldherr gewählt.

Übersicht „Deutsche Psychotherapeutentage“ (DPT) 2011–2014

DPT	Datum	Ort
18. DPT	13. – 14. Mai 2011	Berlin
19. DPT	12. November 2011	Offenbach
20. DPT	12. Mai 2012	Berlin
21. DPT	10. November 2012	Düsseldorf
22. DPT	20. April 2013	Berlin
23. DPT	16. November 2013	Kiel
24. DPT	17. Mai 2014	Berlin
25. DPT	14. – 15. November 2014	München

Prävention psychischer Erkrankungen

Prävention und Gesundheitsförderung werden in einer Gesellschaft mit steigendem Lebensalter und multimorbiden und chronischen Erkrankungen immer wichtiger. Die BPtK hat deshalb sowohl im Rahmen geplanter Präventionsgesetze als auch bei parlamentarischen Initiativen zum Arbeitsschutz eine stärkere Berücksichtigung der psychischen Gesundheit gefordert. Sie machte deutlich, dass psychische Erkrankungen alltäglich sind und zu den schweren und häufig lang andauernden Krankheiten zählen. Psychische Gesundheit ist damit eine große und neue gesamtgesellschaftliche Herausforderung – ein Thema in allen Lebensbereichen, nicht nur für die Sozialversicherungen. 2012 hat die BPtK ein „Nationales Aktionsprogramm Psychische Gesundheit“ vorgeschlagen – eine nationale Kampagne zur Förderung der psychischen Gesundheit mit ressortübergreifender Verantwortung. Ein solches Programm ist notwendig, da psychische Erkrankungen immer noch tabuisiert sind. Zugleich ist in der Bevölkerung nur wenig über Risikofaktoren, Vorbeugung und Behandlung von psychischen Erkrankungen bekannt. Ziel sollte daher eine gesamtgesellschaftlich verantwortete, konzertierte Aktion im Bereich der psychischen Gesundheit sein, die diese Defizite verringert. Andernfalls werden große Chancen verpasst, psychischen Erkrankungen vorzubeugen, eine rechtzeitige Behandlung zu erreichen oder ihre Folgen zu mildern. Das Aktionsprogramm IN FORM zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung hat gezeigt, dass ein konzertiertes Handeln möglich ist, wenn alle Akteure gemeinsame Ziele verfolgen.

■ BPtK-Positionen zu einem Präventionsgesetz

Der Vorschlag eines Nationalen Aktionsprogrammes wurde in den Jahren 2012 und 2013 auch in das damals laufende Gesetzgebungsverfahren zu einem Präventionsgesetz eingebracht, das dann – wie sein Vorgänger im Jahr 2005 – mit dem Ende der Legislaturperiode der Diskontinuität zum Opfer fiel. 2015 hat die große Koalition mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention erneut ein Gesetzgebungsverfahren initiiert. Ziel ist die gesetzliche Verankerung einer nationalen Präventionsstrategie, in der die Sozialversicherungen ihre Präventionsmaßnahmen aufeinander abstimmen. Die BPtK wies in beiden Gesetz-

gebungsverfahren auf grundlegende Faktoren hin, die erfolgreiche Prävention voraussetzt.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Erfolgreiche Prävention braucht partizipative Angebote für spezifische Zielgruppen (z. B. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, kulturellem Hintergrund, sozialem Status und Bildung) in deren Lebenswelten (etwa Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Verein oder Senioreneinrichtung). Es sollten alle relevanten Kostenträger und Leistungserbringer an der Prävention beteiligt werden. Zu diesem Zweck werden gesetzliche Regelungen gebraucht, nach denen Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftlich finanziert und verantwortet werden, unter Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen und möglichst sämtlicher Sozialversicherungsträger. Die konkrete qualitätsgesicherte Verhaltens- und Verhältnisprävention vor Ort sollte dann orientiert an nationalen Gesundheitszielen regional koordiniert werden. Die Orientierung an Gesundheitszielen und der geplante Ausbau der Prävention in Lebenswelten sind wichtige Grundlagen für eine gesamtgesellschaftlich verantwortete Gesundheitsförderung.

Chancengleichheit

Erwachsene mit geringem Einkommen und niedriger Bildung erkranken in Deutschland mehr als zweimal so häufig an einer Depression wie Erwachsene mit hohem sozioökonomischen Status. Bei Kindern und Jugendlichen, die in einkommensschwachen Familien aufwachsen, werden häufiger psychische Auffälligkeiten festgestellt. Um sozial benachteiligten Menschen gleiche Chancen auf psychische Gesundheit zu ermöglichen, greift eine im Wesentlichen von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte und gesteuerte Prävention zu kurz.

Psychotherapeutischer Sachverstand

Im aktuellen Gesetzentwurf wird psychotherapeutischer Sachverstand nicht einbezogen. Die BPtK fordert, die Kompetenz der rund 40.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland stärker für die Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen. Gesundheitsuntersuchungen und Empfehlungen von Präventionsangeboten sollten nicht nur zu den ärztlichen, sondern auch zu den psychothe-

DSM V – Die Gefahr des Aufweichens diagnostischer Kriterien

Am 18. Mai 2013 wurde von der American Psychiatric Association (APA) das DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) veröffentlicht. Die fünfte Fassung des US-Handbuchs zur Klassifikation psychischer Erkrankungen löste das bereits im Jahr 1994 erschienene DSM IV ab. Die Neufassung rief in den USA, aber auch in Europa heftige Kritik hervor. Diagnostische Kriterien für psychische Erkrankungen würden aufgeweicht mit dem Risiko, dass alltägliche seelische Krisen oder Folgen sozialer Problemlagen bereits zur behandlungsbedürftigen Krankheit erklärt werden könnten.

Vor diesem Hintergrund veranstaltete die BPtK am 22. April 2013 in Frankfurt gemeinsam mit den Universitäten Marburg, Frankfurt und Mainz ein Symposium zum neuen DSM V und nahm in Interviewanfragen und Pressemitteilungen zu diesem kontrovers diskutierten Thema wiederholte Stellung. Als Hauptredner des Symposiums sprach der US-Psychiater Prof. Dr. Allen Frances zu den Schwächen und Risiken des neuen Klassifikationssystems. Prof. Frances hatte seinerzeit den Vorsitz der Entwicklergruppe für die Vorgängerversion DSM IV inne und gilt heute als einer der schärfsten Kritiker des neuen Diagnosemanuals für psychische Störungen. Prof. Frances legte eingangs in seinem Vortrag dar, dass das neue DSM V die Grundlage dafür bereite, dass die medikamentöse Überversorgung der Bevölkerung wegen psychischer Erkrankungen weiter zunehme. Ein wesentlicher Treiber dieser Überversorgung bei psychischen Erkrankungen bzw. Beschwerden seien die ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie, die neue Marktsegmente für ihre Produkte erschließen wolle. Bei der Entwicklung des DSM V seien auch sehr unzureichend erforschte psychische Symptombilder als eigene Erkrankung in das Diagnosesystem aufgenommen worden. Insgesamt habe sich mit dem DSM V die grundsätzliche Risikoabwägung in Richtung einer Überinklusivität weiter verschoben. So lege das DSM V seine Priorität darauf, psychische Erkrankungen nicht zu übersehen, was letztlich der positiven Intention geschuldet sei, allen Betroffenen Hilfe und Behandlung anbieten zu können. Hierbei würden jedoch die Gefahr von Überdiagnostik und Übertherapie und die damit verbundenen Risiken, von Stigmatisierung bis hin zu therapieassoziierten Schäden, völlig unterschätzt.

Nach seiner Einschätzung zählen zu den größten Fehlentwicklungen im DSM V:

- I. die Neuschaffung der Diagnose Disruptive Stimmungsregulationsstörung (DMDD) bei Kindern und Jugendlichen,
- II. die Absenkung des zeitlichen Ausschlusskriteriums für die

Diagnose Depression bei Trauernden von zwei Monaten auf zwei Wochen,

- III. die Neuschaffung der Diagnose der leichten neurokognitiven Störung, unter die auch die normale Altersvergesslichkeit subsumiert werden könne,
- IV. die Absenkung der diagnostischen Kriterien für ADHS,
- V. die Aufnahme der Binge-Eating-Störung bei Absenkung der diagnostischen Schwelle gegenüber der vorherigen Forschungskategorie,
- VI. die Aufnahme der Kategorie der Verhaltenssuchte, unter der neben dem pathologischen Glücksspiel künftig auch die anderen ausgeprägten Verhaltensweisen als Erkrankung definiert werden könnten, wie zum Beispiel Internet-sucht oder Sexsucht,
- VII. die Aufgabe der Differenzierung zwischen schweren Substanzabhängigkeiten und Personen mit einem Substanzmissbrauch, dessen Diagnose stark abhängig sei von den jeweils geltenden gesellschaftlichen Normen sowie
- VIII. die somatische Symptomstörung, unter der viele Patienten mit körperlichen Erkrankungen künftig als psychisch krank gefasst werden könnten.

In der Podiumsdiskussion erläuterte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter, dass das Verständnis psychischer Erkrankungen von dem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext abhängig sei. So müsse auch im Fall des DSM in seiner fünften Version der dominierende gesellschaftliche Kontext der US-amerikanischen Gesellschaften kritisch reflektiert werden, bevor es auf das in Deutschland gültige Klassifikationssystem übertragen werde, dessen Überarbeitung für 2015 als ICD-11 geplant sei. Insofern sei die aktuelle kritische Debatte um das DSM V, wie sie von Allen Frances angestoßen worden sei, extrem wichtig.

Prof. Richter betonte weiter, dass eine konservative Grenzziehung zwischen psychischer Erkrankung und Gesundheit bedeutsam sei, auch um die Menschen in ihren Fähigkeiten und Ressourcen zu bestärken, selbst erfolgreich mit den Problemlagen des Lebens und den damit einhergehenden psychischen Belastungen fertig zu werden. Gestufte Versorgungsangebote und ein gestuftes diagnostisches Vorgehen seien ein sinnvoller Ansatz, den Ratsuchenden und Patienten nicht nur ein bedarfsgerechtes, sondern auch ein im Sinne der Sozialpsychiatrie bedürfnisgerechtes Angebot zu machen. Dabei müsse ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet werden, dass nicht gesellschaftliche Probleme und Fehlentwicklungen im Schulsystem und in der Arbeitswelt medikalisiert werden.

rapeutischen Leistungen gehören. Gerade im Kontext der geplanten psychotherapeutischen Sprechstunde im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wäre dies eine notwendige Erweiterung des psychotherapeutischen Leistungsspektrums. Zeigen Patienten in einer solchen Sprechstunde Beschwerden, die (noch) nicht die Kriterien einer psychischen Erkrankung erfüllen, könnten Psychotherapeuten präventive Maßnahmen empfehlen. Daneben sollte psychotherapeutischer Sachverstand auch zur Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensstile genutzt werden.

Kinder und Jugendliche

Die BPtK unterstützt die Pläne der Bundesregierung, die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen auszuweiten und Präventionsempfehlungen auszustellen. Ist aufgrund der Früherkennungsuntersuchung eine weitere Abklärung erforderlich, sollte allerdings auch diese Abklärung unmittelbar in eine Präventionsempfehlung münden können. Mit Blick auf die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sollte für eine solche Abklärung auch die Sprechstunde in kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen einbezogen werden können.

■ Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt

Schutz und Förderung der psychischen Gesundheit steht im Fokus der öffentlichen Debatte, wenn es um die Lebenswelt Arbeit geht. Auch Sozialpartner und Sozialpolitiker sehen hier zunehmend Handlungsdruck. In einer Anhörung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Soziales machten im Mai 2013 alle Parteien auf den dringenden politischen Handlungsbedarf aufmerksam.

Arbeitsschutz verbessern

Arbeitsbedingte psychische Belastungen müssen frühzeitig erkannt und verringert werden. Neue Rechtsgrundlagen für eine bessere Kontrolle und Beratung der Betriebe bieten die Chance, wissenschaftlich belegte Gefährdungen am Arbeitsplatz zu erfassen sowie wirksame und praktikable Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Maßnahmen können von Schulungen für Mitarbeiter und Führungskräfte bis zur Umgestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation reichen. Die BPtK hat angeregt, Psychotherapeuten z. B. an Gefährdungsanalysen zu beteiligen, um Risiken zu erkennen und Beschwerden, Symptome bzw. Erkrankungen der Beschäftigten zu beurteilen.

Psychische Erkrankungen ernst nehmen

Um psychische Belastungen zu verringern, müssen psy-

chische Belastungen und Erkrankungen gesellschaftlich genauso ernst genommen werden wie körperliche Belastungen und Erkrankungen. Die erforderliche Veränderung der Einstellungen der Bevölkerung lässt sich durch gesetzliche Änderungen im Arbeitsschutz nicht verordnen. Auch deshalb hat die BPtK der Sozialpolitik das „Nationale Aktionsprogramm Psychische Gesundheit“ vorgeschlagen. Betrieben kommt bei der Umsetzung eines Aktionsprogrammes eine besondere Bedeutung zu, da sie für viele Menschen schon rein zeitlich einen wesentlichen Lebensbereich darstellen.

Als Berufskrankheiten anerkennen

Im Einzelfall ist es oft schwierig, einen eindeutigen Zusammenhang zwischen beruflicher Beanspruchung und einer psychischen Erkrankung nachzuweisen. Die Anerkennung psychischer Erkrankungen als Berufskrankheiten könnte aber neue bzw. zusätzliche Anreizstrukturen für Betriebe schaffen, die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz im Arbeitsschutz stärker zu beachten. Die BPtK hat daher vorgeschlagen, psychische Erkrankungen dann als Berufskrankheiten anzuerkennen, wenn Erkrankte die Gründe hierfür in ihrem Arbeitsplatz sehen und noch zu definierende Indikatoren aus der Gefährdungsanalyse des Arbeitsplatzes vorliegen.

Prävention am Arbeitsplatz

Der Arbeitsplatz als Lebenswelt kann viel stärker verhältnis- und verhaltenspräventiv genutzt werden, um psychische Belastungen der Beschäftigten zu verringern und ihre Widerstandsfähigkeit zu stärken. Durch Fortbildungen oder Personalentwicklung könnten wichtige gesundheitsförderliche Kompetenzen erworben werden. Das gilt insbesondere für Führungskräfte.

Früher erkennen und behandeln

Immer mehr Unternehmen beauftragen externe Dienstleister, um ihre Beschäftigten bei psychischen Krisen zu unterstützen. Die BPtK hat mit Unterstützung der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände eine Checkliste zur Prüfung der Qualität dieser Dienstleister entwickelt. Einen erfolgsversprechenden Weg geht z. B. die Salzgitter AG. Seit Februar 2012 erprobt sie ein Betreuungssystem, das zur Prävention, Behandlung und Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter Betriebskrankenkassen, Rentenversicherung, Psychotherapeuten und Ärzte vernetzt. Dazu gehört auch, psychisch erkrankten Beschäftigten einen schnelleren und bedarfsgerechten Zugang zur Versorgung zu ermöglichen.

Angemessene Wartezeit – Reform der Bedarfsplanung

Eines der zentralen Themen der letzten vier Jahre war die Reform der Bedarfsplanung und die damit unmittelbar zusammenhängenden Themen. Der Gesetzgeber hatte eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie veranlasst, Regelungen zur Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte korrigiert und die Einbeziehung psychiatrischer Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung geregelt.

■ Rückblick: Einführung der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung dient dazu, Obergrenzen für die Anzahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen festzulegen, die zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden. Diese Obergrenzen wurden geschaffen, um eine in den 1980er Jahren befürchtete „Ärzteschwemme“ zu verhindern. Damit wurde die Zahl von Praxen in einer Stadt oder einem Landkreis beschränkt. Zur Grundlage der Bedarfsplanung machte die gemeinsame Selbstverwaltung aber nicht den realen Versorgungsbedarf. Sie entschied lediglich, dass es in Deutschland nicht mehr Praxen geben soll als zu einem bestimmten Zeitpunkt zugelassen waren. Der damalige Bestand an Praxen wurde damit zum „Versorgungsbedarf“ erklärt. Da sich mehr Praxen in den Städten als auf dem Land befanden, führte dies zu regional unterschiedlichen Obergrenzen für die Niederlassung. Dabei wurde auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung zurückgegriffen, die wesentlich auf die Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte eines Kreises abstellen.

Der Stichtag, an dem die bestehenden psychotherapeutischen Praxen gezählt wurden, war abweichend von den ärztlichen Praxen nicht 1990, sondern der 31. August 1999. Der Gesetzgeber hatte erst mit dem am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz die Heilberufe des „Psychologischen Psychotherapeuten“ und des „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ geschaffen und verfügt, dass diese in die Bedarfsplanung aufzunehmen seien. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten basierte – anders als bei den Ärzten – deshalb nicht auf einer psychotherapeutischen Versorgung, die über Jahrzehnte gewachsen war. Vielmehr

beruhte diese Zahl auf denjenigen Psychotherapeuten, die es geschafft hatten, innerhalb von nur acht Monaten rechtswirksam eine Approbation und eine Zulassung zu erhalten. Über 5.000 Anträge auf Zulassung waren zu diesem Zeitpunkt jedoch noch gar nicht bearbeitet. Um tatsächlich einen Versorgungsbedarf wie bei den Ärzten feststellen zu können, hätte mit der Festlegung der Obergrenze für psychotherapeutische Praxen bis zur abschließenden Beurteilung aller Anträge, also bis zum Jahr 2005, gewartet werden müssen. Zulassungen nach dem 31. August 1999 führten jedoch auf dem Papier schon zu einer Überversorgung. Tatsächlich schrieb die gemeinsame Selbstverwaltung mit ihrer Bedarfsplanung für psychotherapeutische Praxen eine massive Unterversorgung fest, die durch das Psychotherapeutengesetz eigentlich behoben werden sollte.

Darüber hinaus gab es noch einen weiteren grundlegenden Fehler bei der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, der bei den Ärzten vermieden wurde. Die ambulante Versorgung wurde in der DDR weit überwiegend durch Ambulanzen und Polikliniken und kaum durch Einzelpraxen gewährleistet. Diese entstanden erst nach der Wiedervereinigung, weshalb die Verhältniszahlen bei den Ärzten richtigerweise ausschließlich auf der Basis der Zahlen für Westdeutschland festgelegt wurden. Im Fall der psychotherapeutischen Praxen ging die gemeinsame Selbstverwaltung jedoch anders vor. Bei ihnen ermittelte sie die Obergrenzen aus den Zahlen für die alten und die neuen Bundesländer. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch Einzelpraxen befand sich allerdings 1999 noch im Aufbau. In den neuen Bundesländern waren nach der Wiedervereinigung erst nach und nach die nötigen Ausbildungsstrukturen für Psychotherapeuten geschaffen worden.

Diese Bedarfsplanung für psychotherapeutische Praxen aus dem Jahr 1999 gilt grundsätzlich bis heute. Zwar hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2013 die Einteilung in Kreistypen verändert und auf dem Land ermöglicht, dass mehr psychotherapeutische Praxen zugelassen werden. Bis auf diese ländlichen Regionen gilt jedoch nach wie vor die Zahl der Psychotherapeuten als Obergrenze, die 1999 als zugelassen erfasst wurden und

die schon damals nicht für die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen ausreichte.

Steigender Behandlungsbedarf

Der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen ist jedoch in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen. Zwar hat die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nicht zugenommen. Doch suchen Menschen mit psychischen Beschwerden häufiger professionelle Unterstützung. Die Behandlungsquote ist dadurch von rund zehn Prozent auf knapp 20 Prozent gestiegen. Ihr Anstieg drückt aus, dass die Akzeptanz psychischer Leiden sowohl in der Bevölkerung als auch bei Hausärzten gestiegen ist. Deshalb werden heute auch mehr psychische Erkrankungen als früher diagnostisch erfasst. Außerdem beginnen psychische Krankheiten früher und verlaufen häufiger chronisch als lange Zeit angenommen. Erkennungs- und Behandlungsquote sind, wie epidemiologische Daten zeigen, immer noch viel zu gering. Insgesamt sind daher mehr psychothe-

rapeutische Behandlungsplätze notwendig als noch 1999. Psychotherapie ist als wirksame Behandlungsmethode psychischer Erkrankungen wissenschaftlich anerkannt. Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie ist nach evidenzbasierten Leitlinien und Patientenpräferenzen das Mittel der Wahl.

■ BPtK-Wartezeitenstudie 2011

Vor diesem Hintergrund hat die BPtK in Kooperation mit den Landespsychotherapeutenkammern in einer Studie ermittelt, wie lange Patienten tatsächlich auf einen Psychotherapieplatz warten müssen.

Drei Monate Wartezeit auf ein Erstgespräch

Die Ergebnisse zeigen, dass die Wartezeit auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten bundesweit durchschnittlich mehr als drei Monate (12,5 Wochen) beträgt. Am längsten warten Patienten in den ostdeutschen Flächenländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Dort dauert es vier bis fünf Monate bis zu einem ersten Gespräch bei einem Psychotherapeuten. Die kürzesten Wartezeiten von durchschnittlich rund zwei Monaten auf ein Erstgespräch gibt es in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen (siehe Abbildung 6).

Behandlung beginnt nach sechs Monaten

Monatlich fragen durchschnittlich 17,7 Patienten in einer Praxis nach einer psychotherapeutischen Behandlung. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten können jedoch nur 4,2 Erstgespräche im Monat anbieten. Das heißt, dass nur für knapp jede vierte Anfrage ein psychotherapeutischer Erstkontakt erfolgen kann. Nach den Erstgesprächen beginnen rund 50 Prozent der Patienten eine Therapie. Zwischen Erstgespräch und Beginn der genehmigungspflichtigen Behandlung liegen nochmals fast drei Monate. Die Behandlung beginnt also im Schnitt erst knapp sechs Monate nach der Anfrage.

Stadt und Land

Zwischen den Städten und den ländlichen Regionen gibt es große Unterschiede. In den Städten liegt der Anteil der Wartezeiten von über drei Wochen bei 64 Prozent, auf dem Land bei 81 Prozent. Zum Vergleich: Nur drei Prozent der Patienten bei einem Hausarzt warten länger als drei Wochen auf einen Termin, bei Fachärzten etwa 20 Prozent.

„Sonderregion“ Ruhrgebiet

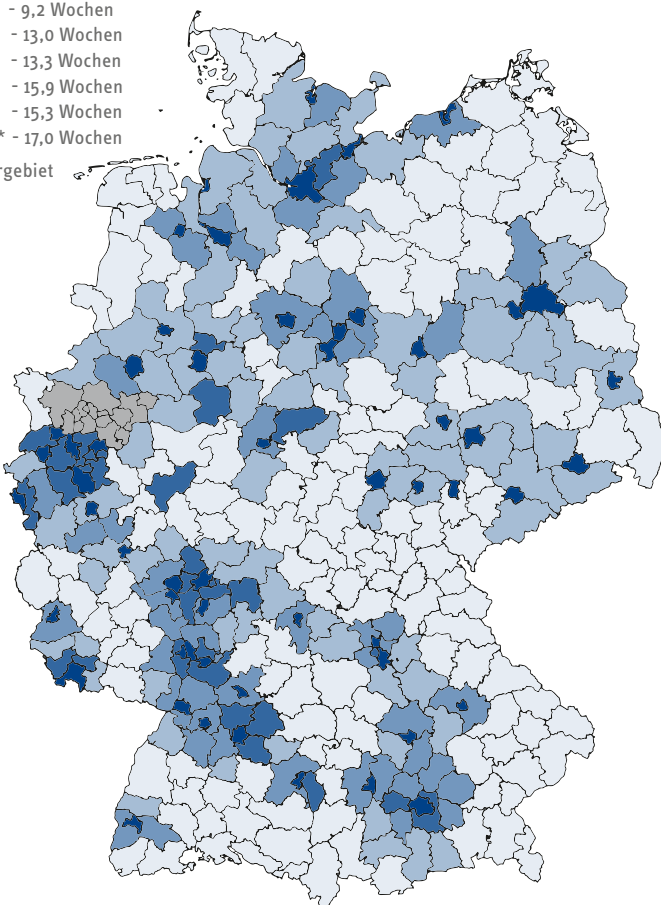
Im Ruhrgebiet fallen psychotherapeutisches Versor-

Abbildung 6: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch (Mittelwert in Wochen)



- 1 - 9,2 Wochen
- 2 - 13,0 Wochen
- 3 - 13,3 Wochen
- 4 - 15,9 Wochen
- 5 - 15,3 Wochen
- 6* - 17,0 Wochen

*Ruhrgebiet



Quelle: BPtK 2013, eigene Berechnungen

gungsangebot und -bedarf besonders weit auseinander. Dort warten 88 Prozent der psychisch kranken Menschen länger als drei Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Das Ruhrgebiet wird in der Bedarfsplanung als „Sonderregion“ behandelt, in der weniger Ärzte und Psychotherapeuten zugelassen werden als in deutschen Großstädten. Dafür gibt es sachlich keine Begründung. Die Menschen werden dort nicht seltener psychisch krank. Weil der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen nicht geringer ist, sind die Wartezeiten dort besonders lang. Im Ruhrgebiet warten psychisch kranke Menschen rund 17 Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. Das ist ungefähr doppelt so lang wie in deutschen Großstädten.

■ Reform der Bedarfsplanung 2013

Der Gesetzgeber beauftragte den G-BA im GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das seit 1. Januar 2012 in Kraft ist, mit einer Reform der Bedarfsplanung. Der G-BA sollte die notwendige Zahl an niedergelassenen Psychotherapeuten „nicht mehr stichtagsbezogen, sondern allein anhand sachgerechter Kriterien“ berechnen. Diesen gesetzlichen Auftrag erfüllte der G-BA nicht.

Der G-BA schrieb im Wesentlichen die bisherigen Verhältniszahlen von Einwohnern je Psychotherapeut fort und gruppierte die Planungsbereiche neu. Der G-BA ermittelte

aber weder den tatsächlichen Bedarf an ambulanter Psychotherapie noch wählte er einen neuen Stichtag, der den Bedarf besser erfasst hätte als der fehlerbehaftete Stichtag aus dem Jahr 1999. Die Allgemeinen Verhältniszahlen, die festlegen, für wie viele Einwohner ein Psychotherapeut zugelassen wird, basieren weiterhin auf der durchschnittlichen Anzahl an Psychotherapeuten, die 1999 in West- und Ostdeutschland zugelassen waren, und nicht – wie bei den Ärzten – auf den Durchschnittszahlen Westdeutschlands.

Daher existiert auf dem Papier weiter eine psychotherapeutische „Übersorgung“, die nichts mit der tatsächlichen unzureichenden Versorgung psychisch kranker Menschen zu tun hat. Veränderungen in den Versorgungsgraden, insbesondere einzelner Kreisstädte, sind vor allem darauf zurückzuführen, dass sie einem anderen Kreistyp in der Bedarfsplanung zugeordnet wurden. Zum Beispiel: Garmisch-Partenkirchen: Dort hat sich zwar weder die Zahl der psychisch Kranken verringert noch die Zahl der Psychotherapeuten vergrößert, doch die rechnerische Übersorgung ist durch die neue Bedarfsplanung von 564,7 Prozent auf 150,9 Prozent gesunken – auf ein Drittel. Ein anderes Beispiel ist Leverkusen: In der rheinischen Stadt zwischen Köln und Düsseldorf hat sich ebenfalls weder die Zahl der psychisch Kranken verringert noch die Zahl der Psychotherapeuten vergrößert,

Tabelle 2: Anstieg des Versorgungsgrades (VSG) ohne Neuzulassungen



Planungsbereich	Kassenärztliche Vereinigung	Psychotherapeuten/100.000 Einwohner	Kreistyp (alt)	Allgemeine Verhältniszahl bis 2012	Versorgungszone (neu)	Allgemeine Verhältniszahl ab 2013	VSG bis 2012 (in %)	VSG ab 2013 (in %)
Leverkusen, Stadt	Nordrhein	56,9	1	2.577	2	7.641	146,5	434,4
Remscheid, Stadt	Nordrhein	46,6	1	2.577	2	7.617	120	354,8
Fürth, Stadt	Bayern	44	1	2.577	2	7.360	113,3	323,6
Solingen, Stadt	Nordrhein	40,3	1	2.577	2	7.588	103,8	305,6
Bremen, Stadt	Bremen	61,3	1	2.577	1	3.102	157,9	190
Bielefeld, Stadt	Westfalen-Lippe	58,6	1	2.577	1	3.078	150,9	180,2
Berlin, Bundeshauptstadt	Berlin	61,9	1	2.577	1	3.031	159,4	187,5
Frankfurt am Main, Stadt	Hessen	67,6	1	2.577	1	2.969	174,2	200,7
Hamburg, Freie und Hansestadt	Hamburg	54,7	1	2.577	1	3.022	140,9	165,3
Nürnberg, Stadt	Bayern	46,9	1	2.577	1	3.082	120,9	144,6

Quelle: BPTK, eigene Berechnungen nach den Vorgaben der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Basis der Niederlassungszahlen, Stand: Frühjahr 2011

doch die rechnerische Überversorgung ist von 146,5 Prozent auf 434,4 Prozent gestiegen – um fast 300 Prozent (siehe Tabelle 2).

Stichtagsbezogene Planung – immer noch

Auch die Bedarfsplanung 2013 beruht noch auf der Anzahl der Psychotherapeuten, die bis zum 31. August 1999 zugelassen waren. Der G-BA korrigierte auch mit dieser Reform die Berechnungsfehler von 1999 nicht und berücksichtigte auch den gestiegenen Bedarf an ambulanter Psychotherapie nicht.

Verbesserung auf dem Land

Der G-BA berichtete allerdings seine Annahmen darüber, wie viele Psychotherapeuten in rein ländlichen Gebieten notwendig seien. Bisher standen in den ländlichen Regionen (alter Kreistyp 9) nur vier Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zur Verfügung. Zukünftig werden im neuen Typ 5 für eigenversorgte ländliche Regionen 17 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen. Das sind bundesweit über 1.300 psychotherapeutische Praxen zusätzlich. Die Versorgung psychisch kranker Menschen hat sich daher in rein ländlichen Gebieten, in denen circa 12,5 Prozent der Einwohner der Bundesrepublik Deutschland leben, deutlich verbessert. Dort betrugen die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten allerdings bisher auch durchschnittlich vier Monate.

Großstädte

Dagegen nimmt der G-BA in Großstädten (alter Kreistyp 1) einen Versorgungsbedarf an, der sogar noch um etwa 20 Prozent unter dem Bedarf von 1999 liegt. Dort betrugen die Wartezeiten bisher schon circa neun Wochen (siehe Abbildung 6).

Ruhrgebiet weiter benachteiligt

Der G-BA bleibt ferner bei seiner systematischen Benachteiligung des Ruhrgebiets. In den Großstädten des Ruhrgebiets werden weiterhin nur 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen. Dies ist gravierend weniger als in allen deutschen Großstädten. Der G-BA verpflichtete sich nur, den Sonderstatus des Ruhrgebiets innerhalb von vier Jahren zu überprüfen. Ende 2014 fanden dazu erste Beratungen statt.

Für überwiegende Mehrheit keine Verbesserung

In den neuen Versorgungsregionen 1 bis 4 werden die durchschnittlichen Wartezeiten zwischen 9,2 bis 13,3

Tabelle 3: Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch nach Versorgungszonen



Versorgungszone	Einwohner (in %)	Wartezeit Erstgespräch (in Wochen)
1	25,3	9,2
2	10,8	13
3	11,6	13,3
4	20	15,9
5	26	15,3
6 (Ruhrgebiet)	6,3	17

Quelle: BPTK 2013, eigene Berechnungen

Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten voraussichtlich unverändert bleiben (siehe Tabelle 9). Das heißt, für 74 Prozent der Einwohner der Bundesrepublik Deutschland hat sich die psychotherapeutische Versorgung durch die Reform der Bedarfsplanung 2013 nicht verbessert.

Nachbesetzung oder Stilllegung

Der Gesetzgeber erschwerte die Möglichkeit, einen Praxisstanz an einen Nachfolger weiterzugeben. Vor dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz konnte jeder Praxisstanz nachbesetzt werden, wenn ein Psychotherapeut in den Ruhestand ging und seine Tätigkeit aufgab. Eine Nachbesetzung war zwingend durchzuführen, wenn der ausscheidende Psychotherapeut die Weiterführung seiner Praxis guthieß. Das galt auch dann, wenn die Praxis in einem als überversorgt ausgewiesenen Planungsbereich lag.

Seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird in allen gesperrten Planungsbereichen immer erst geprüft, ob die Praxis „versorgungsrelevant“ ist und deshalb fortgeführt werden kann. Mit dieser Regelung gingen die Zulassungsausschüsse im Großen und Ganzen verantwortungsvoll um und besetzten auch Praxen in sogenannten „überversorgten“ Gegenden nach. Insbesondere in Bremen kam es jedoch zu einer nicht gerechtfertigten Stilllegung von Praxen.

Wartezeiten

Da die Umsetzung der gesetzlichen Reform der Bedarfsplanung durch den G-BA und die Landesausschüsse eine gewisse Zeit beanspruchte, lassen sich die Auswirkungen der Bedarfsplanung 2013 auf die Wartezeiten noch nicht beurteilen. Laut einer Patientenumfrage der Wochenzei-

tung DIE ZEIT 2014 warten Patienten bundesweit immer noch drei Monate auf einen Platz beim Psychotherapeuten.

Mindestversorgungsanteil

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz korrigierte der Gesetzgeber auch die Regelung zum Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte. Seit 1999 werden Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte in der Bedarfsplanung in einer Gruppe (Arztgruppe Psychotherapeuten) zusammengefasst. Durch den Mindestversorgungsanteil waren aber mindestens 40 Prozent der Praxis-sitze den Ärzten vorbehalten. Diese „Ärztequote“ wurde 2009 auf 25 Prozent verringert.

Selbst danach gab es jedoch nicht in ausreichender Anzahl ärztliche Bewerber für psychotherapeutische Praxissitze. Diese konnten infolgedessen nicht an Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vergeben werden. Dadurch waren vor allem in vielen ländlichen Regionen weniger Psychotherapeuten tätig, als in der Bedarfsplanung vorgesehen. In der Bedarfsplanungsstatistik wurden diese nicht besetzten Praxissitze aber als besetzte Sitze gezählt. Mit andern Worten: Wo kein Arzt war, wurde so getan, als sei dort einer. Die BpTK konnte im Gesetzgebungsverfahren den Gesetzgeber überzeugen, zukünftig nur noch die psycho-

therapeutisch tätigen Ärzte zu zählen, die auch tatsächlich zugelassen waren. Alleine in Ostdeutschland hätten sonst von den etwa 700 durch die Bedarfsplanung 2013 neu geschaffenen Praxissitzen 276 nicht besetzt werden können, weil es an ärztlichen Bewerbern fehlt.

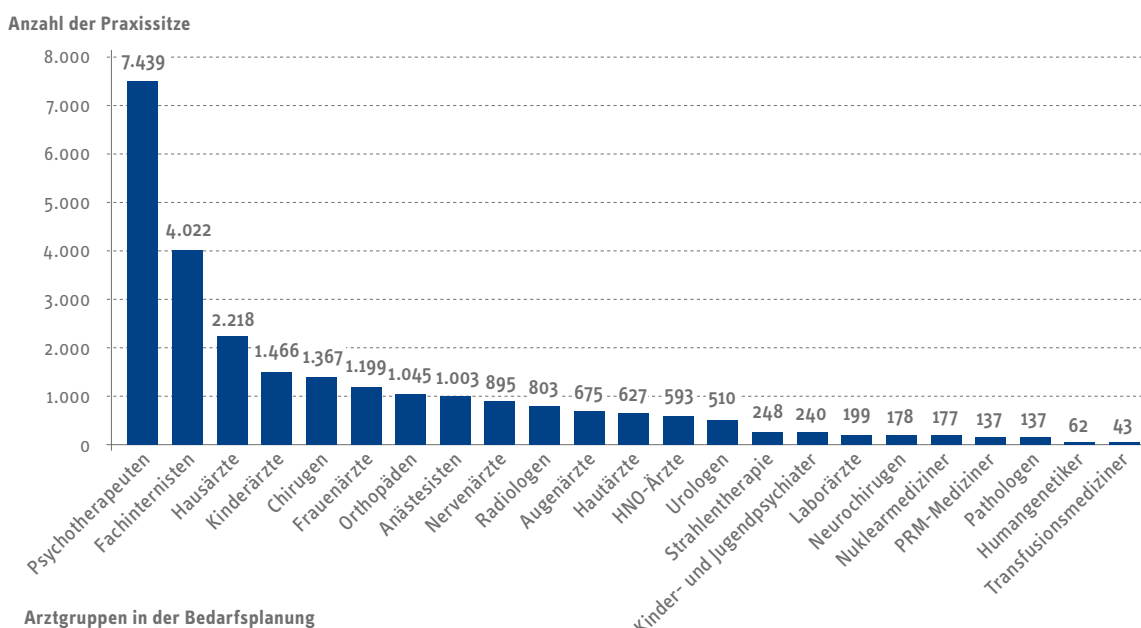
Psychiatrische Institutsambulanzen

Der G-BA beschloss am 17. April 2014, Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) künftig auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten anzurechnen. Dadurch wird es möglich, dass allein in Ostdeutschland 48,5 Praxissitze weniger ausgeschrieben werden, als durch die Bedarfsplanung 2013 eigentlich vorgesehen waren. PIA sind Ambulanzen in Krankenhäusern, die psychisch kranke Menschen behandeln sollen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung nicht ausreichend in ambulanten Praxen versorgt werden können. Dennoch werden die PIA zukünftig pauschal auf die Zahl psychotherapeutischer Praxen angerechnet.

Abbau von Praxissitzen

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verschärfte der Gesetzgeber 2015 das Verfahren zur Praxisnachfolge erneut und gefährdet damit die Weitergabe von Praxen in „überversorgten“ Regionen an einen Nachfolger. Zukünftig „können“ nicht mehr Praxen stillgelegt werden, sondern sie „sollen“ nicht mehr an Nachfolger

Abbildung 7: Kahlschlag in der Versorgung – vom Abbau bedrohte Praxissitze



Quelle: BpTK 2014, Daten der KBV

vergeben werden, wenn sie nicht mehr versorgungsrelevant sind. „Sollen“ bedeutet im rechtlichen Sinn „müssen“, es sei denn, es liegt ein Ausnahmefall vor. Durch einen solchen möglichen Abbau sind in Deutschland rund 7.400 psychotherapeutische Praxen gefährdet – etwa ein Drittel aller psychotherapeutischen Praxen. Psychotherapeuten sind dabei diejenigen, die mit großem Abstand am meisten von der Regelung betroffen sind (siehe Abbildung 7).

■ Korrektur der Bedarfsplanung weiter dringend notwendig

Gerade die eben beschriebene Entwicklung bei der Praxisnachfolge verdeutlicht, zu welchen Fehlentwicklungen die von Anfang an fehlerhafte Bedarfsplanung bei der psychotherapeutischen Versorgung führt. Wenn die Fehler der Vergangenheit nicht korrigiert werden, bleiben psychisch kranke Menschen dadurch auf Dauer unterversorgt.

Ausgaben für Kostenerstattung vervielfacht

Wer keinen Termin bei einem zugelassenen Psychotherapeuten bekommt, kann sich auch von einem Psychotherapeuten in Privatpraxis behandeln lassen und von seiner gesetzlichen Krankenkasse die Übernahme der Kosten verlangen (§ 13 Absatz 3 SGB V). Die BPTK informiert Patienten in einem Ratgeber darüber, wie sie diesen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse durchsetzen können.

Die Ausgaben für die Kostenerstattung für Psychotherapie haben sich in den vergangenen zehn Jahren fast verzehnfacht: von 1,7 Millionen auf 15,5 Millionen Euro pro Quartal (siehe

Abbildung 8). Allein in den vergangenen eineinhalb Jahren haben sich die Ausgaben fast verdoppelt. Grund dafür sind monatelange Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Ausgabensteigerungen sind ein Beleg für ein Systemversagen in der Versorgung psychisch kranker Menschen, für die die gesetzliche Krankenversicherung deutlich zu wenige Behandlungsplätze bereitstellt. Dieses Systemversagen ist künftig weniger sichtbar: Seit Mitte 2014 veröffentlicht die Bundesregierung die Ausgaben für die Kostenerstattung nicht mehr. Die BPTK fordert die Berichterstattung wieder aufzunehmen.

Abbildung 8: Ausgaben für die Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung in der GKV 2004–2013



Angaben in Euro



Quelle: Antwort der Bundesregierung vom 15. Juli 2014 auf die Kleine Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend „Anstieg der Kostenerstattung für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drs. 18/1947

Psychisch kranke Soldaten – Vertrag zwischen BPtK und Bundeswehr

Die Kosten für die Versorgung kranker Soldaten trägt die Bundeswehr.

Psychisch kranke Soldaten finden zukünftig schneller einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Dazu unterzeichneten BPtK und das Bundesministerium der Verteidigung eine Vereinbarung, die am 16. September 2013 in Kraft trat. Davor warteten Soldaten bei Psychotherapeuten, die zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, durchschnittlich drei Monate auf ein erstes Gespräch. In ländlichen Regionen, in denen sich viele Bundeswehrstandorte befinden, sind mehr als sechs Monate Wartezeit die Regel. Der Vertrag mit der BPtK schafft erstmals eine rechtliche Grundlage für die Be-

handlung von Soldaten durch Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung im Rahmen der „truppenärztlichen Versorgung“. Dies war zuvor nur im Rahmen einer Einzelfallprüfung möglich. Für die Behandlung wird in der Regel eine Vergütung in Höhe des zweifachen Satzes der Gebührenordnung gezahlt, was in etwa der Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Außerdem vereinbarten BPtK und Bundeswehr gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Psychotherapeuten. An den ersten vier Veranstaltungen in Berlin, München, Koblenz und Hamburg nahmen insgesamt über 700 Psychotherapeuten teil.

Praxisbewertungsmodell

Für jeden Praxisinhaber kommt irgendwann die Entscheidung, die eigene Praxis ab- bzw. weiterzugeben. Die Ermittlung des Praxiswerts soll bei deren Übertragung sachgerecht sowie für Praxisabgeber und Praxisabnehmer nachvollziehbar und angemessen ablaufen. Hierbei können Praxisbewertungsmodelle eine objektivierbare Grundlage für die Verhandlungen bieten. Für psychotherapeutische Praxen gibt es jedoch bisher kein allgemein anerkanntes Bewertungsmodell. Die Modelle der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern sind primär für ärztliche Praxen konzipiert.

Die BPtK hat daher im Herbst 2013 zwei Sachverständige mit der Entwicklung eines Praxisbewertungsmodells beauftragt. Ziel war es, eine kammerübergreifende, einheitliche Bewertungslösung für psychotherapeutische Praxen zu entwickeln. Die Dienstleister wurden durch eine Arbeitsgruppe der BPtK unterstützt und beraten. Ihr gehörten ein Vertreter des Länderrats, zwei Vertreter der Psychotherapeuten in Ausbildung, der Justiziar der BPtK sowie BPtK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz an.

Anforderungen an das Modell waren insbesondere die Vereinbarkeit des Modells mit der aktuellen Rechtsprechung, eine fundierte betriebswirtschaftli-

che Verankerung, die Berücksichtigung spezifischer Merkmale einer psychotherapeutischen Praxis sowie die einfache Anwendbarkeit durch die Praxisabgeber und Praxisabnehmer.

Das Modell berücksichtigt explizit den Praxisstandort und lässt diesen in den ideellen Wert der Praxis mit einfließen. Hierzu gehören Daten wie die Bevölkerungsdichte, die Kaufkraft, das Durchschnittsalter der Bevölkerung und die psychotherapeutische Versorgungsdichte vor Ort. Weiterhin werden praxis-spezifische Faktoren wie der Vernetzungsgrad der Praxis und die Zahl der Patienten Anfragen in die Bewertung einbezogen.

Im Sommer 2014 konnte eine erste Version des Modells dem Länderrat präsentiert werden. Eine überarbeitete Version wurde den Delegierten des 25. Deutschen Psychotherapeutentages am 14. November 2014 vorgestellt. Die Arbeitsgruppe strebt mit den Dienstleistern an, eine endgültige Fassung des Modells sowie eine ausführliche Erläuterung in Form eines Manuals bis zum Ende des zweiten Quartals 2015 fertigzustellen. Dieses Praxisbewertungsmodell kann dann auf der Homepage der BPtK zusammen mit dem Manual von allen Kammermitgliedern kostenfrei heruntergeladen werden.

Differenziertes Versorgungskonzept

Zeitnaher Zugang

Psychisch kranke Menschen warten lange – im Durchschnitt 12,5 Wochen – auf einen ersten Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Anliegen der Menschen in der Warteschleife sind sehr unterschiedlich. Einem Teil der Patienten helfen ein oder zwei Gespräche, da sie nicht psychisch krank sind. Diese Erkenntnis, von einem Psychotherapeuten vermittelt, ist für viele durchaus entlastend und mobilisiert die Fähigkeit, sich selbst zu stabilisieren. Es warten Patienten, die eine ambulante

Psychotherapie brauchen, aber auch Patienten, die so schwer krank sind, dass sie einer stationären Behandlung bedürfen. Die BpTK fordert in ihrem „Differenziertes Versorgungskonzept“, dass Psychotherapeuten für all diese Patienten eine psychotherapeutische Sprechstunde anbieten können. In dieser Sprechstunde sollte eine orientierende Erstdiagnostik durchgeführt und mit dem Patienten überlegt werden, was weiter getan werden kann. Unzumutbar und mit den Sorgfaltspflichten der Psychotherapeuten nicht vereinbar ist die derzeitige Praxis, bei

Abbildung 9: Differenziertes Versorgungskonzept



Fallbeispiele

Patientin mit leichter Depression:

Depressive Stimmung, geringes Selbstwertgefühl und Schlafstörungen. Es fällt ihr schwer, sich zu neuen Aktivitäten aufzuraffen oder sich mit Freundinnen zu verabreden.

Patient mit Sozialer Phobie:

Ängste, die sich zunehmend auf verschiedene soziale Situationen ausdehnen. Folge: Beeinträchtigungen im Berufsleben, keine Freunde/Partner, obwohl gewünscht. Zunehmender sozialer Rückzug mit depressiver Verstimmung.

Pat. mit Posttraumatischer Belastungsstörung:

Flashbacks, Alpträume, Schreckhaftigkeit, zunehmend weniger in der Lage, seinen Beruf als Lokführer auszuüben.

Patientin mit Borderline-PS-Störung: Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung über Jahre, zahlreiche Beziehungsabbrüche (sowohl Partner und Freunde als auch Arbeitsstellen), seit vielen Jahren mittelgradige depressive Phasen, Selbstverletzungen, immer wieder krisenhafte Zuspitzungen auch mit manifester Suizidalität und stationären Krankenhausaufenthalten.

Patient mit Schizophrenie:

Ausgeprägte Negativsymptomatik – Sprachverarmung und Antriebslosigkeit – zwischen den psychotischen Phasen. Nebenwirkungen der Antipsychotika: starke Gewichtszunahme, Herzprobleme. Keine abgeschlossene Ausbildung aufgrund Erkrankung, derzeit Hartz IV. Aktuell vollkommener sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit, lebt wieder bei berenteter Mutter (sehr bemüht, aber überfordert). Unregelmäßige Medikamenteneinnahme, beginnende Wahnsymptome, drohendes Abgleiten in psychotische Episode.

Patientin mit schwerer depressiver Episode:

Kein Antrieb, oftmals den ganzen Tag im Bett, Hoffnungslosigkeit, nur bedingt Reaktion auf Ansprache, häufiges Weinen. Haushalt und Kinder können nur noch unter größter Anstrengung, oft auch gar nicht, versorgt werden. Hohe Anspannung, Schuldgefühle, Suizidgedanken, von denen sie sich nur schwer distanzieren kann.

Zeitnaher Zugang

Psychotherapeutische Sprechstunde

- Orientierende Erstdiagnostik, ggf. Indikationsstellung
- Delegation von Leistungen
- Überweisung
- Einweisung ins Krankenhaus
- Verordnung von Heilmitteln
- Verordnung von Rehabilitationsleistungen
- Ausstellung von AU-Bescheinigungen
- Verweis auf psychosoziale Beratungsangebote
- Case Management
- Monitoring
- Regionale Vernetzung

Differenzierte Versorgung

Ergänzende psychotherapeutische Leistungen

- Erstdiagnostik, Patienteninformation und Indikationsstellung, ggf. trialogisch
- Vertiefte diagnostische/konsiliarische Abklärung
- Krisenintervention/aufsuchende Behandlung
- Geleitete Selbsthilfe (inkl. Monitoring)
- Psychoedukative Gruppen
- Übende und suggestive Interventionen

Richtlinienpsychotherapie

- Gruppenpsychotherapie
- Einzelpsychotherapie (auch als Akutversorgung)
- Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Niederfrequente (Weiter-) Behandlung zur (weiteren) Stabilisierung (Erhaltungstherapie)/Rezidivprophylaxe

Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze

- Psychiatrische Krankenpflege/Soziotherapie
- Physio-, Ergo- und kreative Therapie
- Ärztliche Behandlung und Psychotherapie, auch aufsuchend
- Kooperation mit lebensweltbezogenen Hilfen

Stationäre/teilstationäre Behandlung

Multiprofessionelle und multimodale, intensive Versorgung in geschütztem Rahmen

Gesetzlicher und untergesetzlicher Änderungsbedarf

Gesetzliche Vorgaben für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

- § 28 Absatz 3 SGB V
- § 73 Absatz 2 SGB V
- § 87b Absatz 2 SGB V
- § 92 Absatz 6a SGB V
- § 95 Absatz 1 SGB V

Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

- Überarbeitung des Gutachterverfahrens, insbesondere der Berichtspflicht bei Gruppenpsychotherapie
- Kombination von Einzel- und Gruppentherapie
- Flexibilisierung der Behandlungskontingente
- Erhaltungstherapie
- Rezidivprophylaxe

Ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf in Analogie zu § 116b SGB V

Einrichtung einer Expertenkommission zu den Themen:

- Einheitliche bundesweite Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität der Versorgung (multiprofessionell, sektorenverbindend, qualitätsgesichert, trialogisch erarbeitet)
- Einbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen
- Spielraum für regionalspezifische Umsetzung (z. B. keine Bedarfsplanung)
- Ökonomische Anreize

Gesetzliche Vorgaben für eine qualitätsgesicherte stationäre Versorgung

- Verbindliche Standards zur Ausstattung der psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäuser mit therapeutischem Personal
- Finanzierung der verbindlichen Personalstandards
- Belegpsychotherapeutische Leistungen
- Einbindung in ambulante multiprofessionelle Versorgungsnetze

+++ Der Direktzugang bleibt erhalten +++ Nicht jede Praxis muss eine psychotherapeutische Sprechstunde und ergänzende psychotherapeutische Leistungen anbieten +++ Praxen können in unterschiedlichem Umfang und Ausprägung das Konzept der psychotherapeutischen Sprechstunde realisieren +++

Abbildung 10: Differenziertes Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen/Erkrankungen	Fallbeispiele	Zeitnaher Zugang	Differenzierte Versorgung	Gesetzlicher und untergesetzlicher Änderungsbedarf
	Säugling mit frühkindl. Regulationsstörung: Der Säugling schreit exzessiv und lässt sich nicht beruhigen. Die Mutter leidet an einer postpartalen Depression. Der Kinderarzt vermutet eine Bindungsstörung.		Ergänzende psychotherapeutische Leistungen • Multiprofessionelle Erstdiagnostik, Patienteninformation und Indikationsstellung, ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen • Vertiefte diagnostische/konsiliarische Abklärung • Krisenintervention/aufsuchende Behandlung • Therapeutische Hilfen z. B. bei Teilleistungsstörungen • Psychoedukative Gruppen – Elterngruppen • Geleitete Selbsthilfe (inkl. Monitoring) • Übende und suggestive Interventionen	Gesetzliche Vorgaben für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung • § 28 Absatz 3 SGB V • § 43a SGB V • § 73 Absatz 2 SGB V • § 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V • § 87b Absatz 2 SGB V • § 92 Absatz 6a SGB V • § 95 Absatz 1 SGB V
	Patient mit Teilleistungsstörungen: Der sechsjährige Junge tut sich sehr schwer beim Lesen- und Schreibenlernen. Er geht nur noch ungern in die Schule. Wegen seiner ungenügenden Leseversuche wird er in der Klasse ausgelacht. Jeden Nachmittag kommt es mit seiner Mutter bei den Hausaufgaben zum Streit.	Psychotherapeutische Sprechstunde • Orientierende Erstdiagnostik, ggf. Indikationsstellung • Delegation von Leistungen • Überweisung • Einweisung ins Krankenhaus • Verordnung von Heilmitteln • Verordnung von Rehabilitationsleistungen	Sozialpsychotherapie-Vereinbarung • Erbringung sozialpädiatrischer Leistungen unter psychotherapeutischer Leitung/Verantwortung	Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss • Überarbeitung des Gutachterverfahrens insbesondere der Berichtspflicht bei Gruppenpsychotherapie • Kombination von Einzel- und Gruppentherapie • Flexibilisierung der Behandlungskontingente • Erhaltungstherapie • Rezidivprophylaxe
	Patient mit Posttraumatischer Belastungsstörung: Der 15-jährige Junge kommt aus Syrien, wurde auf der Flucht von seiner Schwester getrennt. Er lebt mit seinen Eltern im Asylbewerberheim. Er hat Flashbacks, Alpträume, ist schreckhaft und aggressiv gegenüber Mitschülern.	• Ausstellung von AU-Bescheinigungen/ bzw. Attesten • Verweis auf psychosoziale Beratungsangebote • Case Management • Monitoring	Richtlinienpsychotherapie • Einzelpsychotherapie (auch als Akutversorgung) • Gruppenpsychotherapie • Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie • Niederfrequente (Weiter-)Behandlung zur (weiteren) Stabilisierung (Erhaltungstherapie)/Rezidivprophylaxe	Ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf in Analogie zu § 116b SGB V Einrichtung einer Expertenkommission zu den Themen: • Einheitliche bundesweite Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität der Versorgung (multiprofessionell, sektorenverbindend, qualitätsgesichert, trialogisch erarbeitet) • Einbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen • Spielraum für regionalspezifische Umsetzung (z. B. keine Bedarfsplanung) • Ökonomische Anreize
	Patient/in mit AD(H)S: Das zehnjährige Mädchen träumt sehr häufig vor sich hin, sie ist unkonzentriert. Die Lehrer vermuten Intelligenzdefizite und empfehlen einen Schulwechsel. Ihr gleichaltriger Klassenkamerad zeigt ähnliche Symptome und ist zudem fahrig und zappelig.	Regionale Vernetzung mit anderen Psychotherapeuten, Pädiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Jugendhilfe (Sozialpsychotherapie, Praxisnetze, Konsiliar- und Liasionsdienste)	Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze • Psychiatrische Krankenpflege/ Soziotherapie • Physio-, Ergo- und kreative Therapie • Ärztliche Behandlung und Psychotherapie, auch aufsuchend • Kooperation mit lebensweltbezogenen Hilfen, Jugendhilfe	Gesetzliche Vorgaben für eine qualitätsgesicherte stationäre Versorgung • Verbindliche Standards zur Ausstattung der psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäuser mit therapeutischem Personal • Finanzierung der verbindlichen Personalstandards • Belegpsychotherapeutische Leistungen • Einbindung in ambulante multiprofessionelle Versorgungsnetze
	Patientin mit Essstörungen: Das 15-jährige Mädchen wirkt eher unauffällig. Sie ist sehr leistungsorientiert. Wenn sie alleine ist, hat sie häufig Essattacken und erbricht anschließend. Danach geht es ihr kurz besser, aber nach kurzer Zeit bekommt sie Schuldgefühle.		Stationäre/teilstationäre Behandlung Multiprofessionelle und multimodale, intensive Versorgung in geschütztem Rahmen	
	Patient mit depressiver Erkrankung: Der 17-jährige Junge hat keinen Antrieb mehr, fühlt sich hoffnungslos, ist hoch angespannt und hat Suizidgedanken. Zuweilen sitzt er stundenlang vor dem Computer und spielt mit ihm unbekannten „Freunden“. Dabei konsumiert er oft Cannabis oder Alkohol. Die Schule ist kurz davor, ihn zu suspendieren.			

+++ Der Direktzugang bleibt erhalten +++ Nicht jede Praxis muss eine psychotherapeutische Sprechstunde und ergänzende psychotherapeutische Leistungen anbieten +++ Praxen können in unterschiedlichem Umfang und Ausprägung das Konzept der psychotherapeutischen Sprechstunde realisieren +++

der Psychotherapeuten am Telefon gezwungen sind, die Dringlichkeit eines Patientenanliegens einzuschätzen. Damit Psychotherapeuten entsprechend ihres professionellen Selbstverständnisses einen fachlich fundierten Rat geben können, bedarf es einer Sprechstunde, die den Rahmen für eine angemessene Erstdiagnostik bietet. Auch die besonderen Bedingungen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen.

Notwendige Befugnisse

Mit den psychotherapeutischen Sprechstunden übernehmen Psychotherapeuten eine Lotsenfunktion für ihre

Patienten. Dafür brauchen sie die entsprechenden Befugnisse. Es muss möglich werden, Patienten ins Krankenhaus einzuweisen und hierfür auch den Krankentransport zu verordnen. Es muss die Möglichkeit geben, Patienten Soziotherapie zu verordnen, wenn sie ohne Unterstützung nicht in der Lage sind, die Versorgung in Anspruch zu nehmen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten ihren Patienten Ergotherapie oder Logopädie verordnen können. Für Erwachsene ist die Verordnung von Heilmitteln zum Beispiel im Rahmen der neuropsychologischen Therapie notwendig. Konkret geht es um die Verordnung der Ergotherapie als Hirnleistungstraining bzw.

Kommission „Versorgung“

Name	Psychotherapeutenkammer
<u>Martin Klett</u>	<u>Baden-Württemberg</u>
<u>Michael Krenz</u>	<u>Berlin</u>
<u>Alfred Kappauf</u>	<u>Rheinland-Pfalz</u>
<u>Bernhard Moors</u>	<u>KBV-VV</u>
<u>Gebhard Hentschel</u>	<u>KBV-VV</u>
<u>Babara Lubisch</u>	<u>KBV-VV</u>
<u>Monika Konitzer</u>	<u>BPtK</u>
<u>Andrea Mrazek, M. A., M. S.</u>	<u>BPtK</u>
<u>Peter Lehndorfer</u>	<u>BPtK</u>

um eine neuropsychologisch orientierte Behandlung. Außerdem sollte der G-BA seine Richtlinien zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation so weiterentwickeln können, dass Psychotherapeuten diese verordnen können. Voraussetzung für eine solche Weiterentwicklung ist ein Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA, mit dem auch klargestellt wird, dass Psychotherapeuten diese Befugnisse haben.

Flexibilisierung des Leistungsspektrums

Zum „Differenzierten Versorgungskonzept“ gehört aus Sicht der Psychotherapeuten auch, dass sich ihr Leistungsspektrum erweitert. Angesichts der sehr unterschiedlichen Beschwerden und Erkrankungen der Patienten kann dieses Spektrum nicht wie bisher im Prinzip auf Richtlinienpsychotherapie beschränkt blei-

Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE)

Seit März 2010 arbeitet die BPtK als Mitglied der Steuerungsgruppe im Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) mit. Die BPtK setzt sich vor allem dafür ein, dass die psychosoziale Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen verbessert wird. Zu dem psychosozialen Betreuungskonzept von NAMSE, an dessen Entwicklung die BPtK maßgeblich beteiligt war, gehören Selbsthilfeangebote, psychosoziale und psychotherapeutische Beratungs- und Präventionsleistungen, die diagnostische Abklärung möglicher komorbider psychischer Erkrankungen, psychotherapeutische Krisen- und Kurzinterventionen und Psychotherapie. In einem Forschungsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gaben 91,5 Prozent der Befragten aus Patientenorganisationen an, dass sie sich eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung bei seltenen Erkrankungen wünschen. Hauptorganisatoren des NAMSE sind das BMG, das Bildungs- und Forschungsministerium und die ACHSE e. V., ein Verband von Selbsthilfeorganisationen zu seltenen Erkrankungen.

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Aktuell sind circa vier Millionen Menschen in

Deutschland von seltenen Erkrankungen betroffen. Beispiele sind Mukoviszidose, angeborene Störungen der Blutbildung oder seltene Tumorarten. Die meisten seltenen Erkrankungen entwickeln sich chronisch und führen oft zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Viele Patienten leiden außerdem unter der oft andauernden Unsicherheit, überhaupt eine korrekte Diagnose und angemessene Therapie zu erhalten.

Ein wesentliches Ziel des Nationalen Aktionsbündnisses ist der Aufbau zertifizierter Zentren für seltene Erkrankungen. In diesen Zentren sollen Erkrankte schneller, zielgerichteter und möglichst wohnortnah medizinische Leistungen erhalten. In die von NAMSE erarbeiteten Anforderungen an solche Zentren sind die Aspekte der psychosozialen Versorgung eingeflossen. Die Anforderungen werden seit Ende 2014 in einer Pilotphase getestet. Im Anschluss soll ein Zertifizierungsverfahren für die Anerkennung von Zentren für seltene Erkrankungen entwickelt und umgesetzt werden. Damit wäre ein wichtiger Schritt getan, um die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland zu verbessern.

Sexueller Kindesmissbrauch

Im November 2011 verabschiedete der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ seinen Abschlussbericht. Darin empfahl er bessere und schnellere Hilfen für Menschen, die als Kinder oder Jugendliche Opfer sexuellen Missbrauchs wurden. Insbesondere die Betroffenen hatten beklagt, dass es für sie zu wenige Beratungsstellen und Behandlungsplätze gibt. Im Dezember 2011 wurde Johannes-Wilhelm Rörig als Nachfolger von Dr. Christine Bergmann zum Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) ernannt. In dem damals neugegründeten Fachbeirat beim USBKM war die BPTK durch Prof. Dr. Rainer Richter vertreten.

Beratung und Behandlung von Missbrauchsoffern verbessern
BPTK, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterzeichneten 2012 gemeinsame Empfehlungen zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung. Dazu gehörten Empfehlungen für Informationen über das bereits existierende differenzierte Versorgungsangebot. In Bezug auf ambulante Psychotherapie sollten dazu Auskünfte über den Leistungsanspruch, zugelassene Behandlungsverfahren sowie Schritte des Antrags- und Genehmigungsverfahrens gegeben werden. Der Runde Tisch forderte auch eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung. Da dies aufgrund der fehlerhaften Vorgaben der Bedarfsplanung nicht erfüllbar ist, weisen die Empfehlungen explizit auf die psychotherapeutische Behandlung im Wege der Kostenerstattung hin.

Hilfeportal Sexueller Missbrauch

Im Juni 2014 wurde das Hilfeportal Sexueller Missbrauch des USBKM freigeschaltet. Das Online-Angebot bietet von sexueller Gewalt Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften Informationen zu Beratung, Hilfen und Fragen der Prävention. Eine Datenbank unterstützt bundesweit die Suche nach spezialisierten Beratungs- und Hilfsangeboten vor Ort. Die BPTK hat den USBKM bei der Zusammenstellung von Fachinformationen und in Kooperation mit den Landespsychotherapeutenkammern beim Aufbau einer Adressdatenbank un-



terstützt. Dazu können sich Vertragspsychotherapeuten sowie Psychotherapeuten in Privatpraxen mit ihren Kontaktdaten in eine deutschlandweite Adressdatenbank aufnehmen lassen.

Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“

2013 startete auf Initiative des USBKM die Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“. Ziel ist die Prävention sexueller Gewalt in der Kindheit, indem die Gesellschaft für das Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sensibilisiert wird. Aus der Kampagne soll ein gesamtgesellschaftliches Bündnis entstehen, das allen offensteht, die sich ihm anschließen möchten. Für die Kampagne wurde ein aussagekräftiges Symbol mit hohem Wiedererkennungswert entwickelt, das seit 2013 auf Plakaten, Flyern, als Anstecker und als Aufkleber verwendet wird. Die BPTK informierte die Psychotherapeutenschaft über Unterstützungsmöglichkeiten und den Bezug von Kampagnenmaterial.

E-Learning

In verschiedenen Berufen gibt es einen großen Fortbildungsbedarf zur Prävention sexuellen Missbrauchs. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat daher die Entwicklung und Erprobung eines E-Learning-Portals gefördert. Das an der Universität Ulm durchgeführte Projekt „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ wird von der BPTK unterstützt. Das Programm bietet Ärzten, Psychotherapeuten, Lehrern und Erziehern die Möglichkeit, sich anhand interaktiver Fallbeispiele, Filmsequenzen und Texten weiterzuqualifizieren. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bringen durch ihre Ausbildung die fachlichen Voraussetzungen für die Behandlung von Opfern sexuellen Missbrauchs mit. Insbesondere bei rechtlichen Fragen, wie dem Umgang mit der Schweigepflicht bei Aufdeckung eines Missbrauchsfalls oder der Kooperation mit den Strafverfolgungsbehörden, kann es aber durchaus noch Informationsbedarf geben.

Zweite Amtszeit des USBKM

Auch für die zweite Amtszeit von 2014 bis 2019 hat der USBKM Johannes-Wilhelm Rörig einen Fachbeirat einberufen, dem auch Prof. Dr. Rainer Richter angehört. Er ist Mitglied in der Konzeptgruppe Opferentschädigungsgesetz, die auch das aktuelle Gesetzgebungsverfahren zum sozialen Entschädigungsrecht begleitet. Das erste Fachgespräch ist für das erste Quartal 2015 geplant zum Thema „Traumaambulanzen“. Die Federführung dieser Veranstaltung liegt bei Prof. Dr. Richter.

ben. Um dem Behandlungsbedarf der Patienten gerecht werden zu können, müssen Psychotherapeuten über die Möglichkeit verfügen, geleitete Selbsthilfe oder psychoedukative Gruppen anzubieten. Die Schaffung einer leistungsrechtlichen Basis ist auch für Kriseninterventionen oder aufsuchende Hilfen unverzichtbar. Die Psychotherapeutenschaft fordert daher, die Psychotherapie-Richtlinie dergestalt weiterzuentwickeln, dass Psychotherapeuten in die Lage versetzt werden, passgenauer als gegenwärtig möglich auf die unterschiedlichen Belange ihrer Patienten einzugehen.

Multiprofessionelle ambulante Versorgung

Im „Differenzierten Versorgungskonzept“ fordert die Profession auch die Möglichkeit, sich in multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze einbringen zu können, die sich der Versorgung psychisch kranker Menschen mit besonderen Beeinträchtigungen widmen. Auch hier geht es um eine flexiblere Gestaltung des psychotherapeutischen Versorgungsangebots, aber auch um die Abbildung der notwendigen Kooperations- und Organisationsleistungen, die Voraussetzung für ein gelingendes Versorgungsmanagement sind. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist von zentraler Bedeutung, über die Grenzen von Kostenträgern (SGB V/SGB VIII) hinweg Kooperationen aufzubauen.

Weiterentwicklung der stationären Versorgung

Aus Sicht der Psychotherapeuten muss auch die stationäre Versorgung verbessert werden. Mit einem funktionierenden Entlassmanagement sollte die Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Kliniken so gestaltet werden, dass Behandlungserfolge nicht wieder durch zu lange Wartezeiten auf eine ambulante Anschlussbehandlung gefährdet werden. In den Kliniken sollte der

Psychotherapie der Stellenwert zukommen, der für eine evidenzbasierte Versorgung notwendig ist.

Erste Schritte zur Umsetzung

Für den ambulanten Bereich wird in den nächsten Monaten das von der Profession entwickelte „Differenzierte Versorgungskonzept“ mit der notwendigen Detailtiefe präzisiert werden. Welches Leistungsspektrum brauchen Psychotherapeuten? Welche Rahmenbedingungen muss ihre Praxis bieten, damit die psychotherapeutische Sprechstunde für die sehr unterschiedlichen Patientenanliegen einen zeitnahen Zugang zur Versorgung organisieren kann? Welche Vergütung ist notwendig, um dieses Leistungsspektrum vorzuhalten?

Mit dem „Differenzierten Versorgungskonzept“ wurde ein Rahmen für die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung geschaffen, der in vielen Diskussionsrunden gemeinsam durch die Profession erarbeitet wurde. Ein Ergebnis ist, dass mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz der G-BA aller Voraussicht nach den Auftrag erhalten wird, die Psychotherapie-Richtlinie weiterzuentwickeln. Die Profession wird sich in diesen Diskussionsprozess einbringen und im Interesse ihrer Patienten Forderungen aufstellen, die es ihr erlauben, eine qualitätsgesicherte Versorgung in ausreichendem Umfang anzubieten.

Gebührenordnung

Die Überarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und damit verbunden die Überarbeitung der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) zog sich durch mehrere Legislaturperioden des Deutschen Bundestags. Die 2013 aus dem Amt geschiedene Bundesregierung hatte sich 2009 in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, die GOÄ an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei die Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Dies wäre dringend notwendig gewesen, da die letzte Teilrevision der GOÄ im Jahr 1996, die letzte Gesamtrevision bereits im Jahr 1982 erfolgt war. Damit bildet die Gebührenordnung weder die tatsächlichen Kosten der psychotherapeutischen Leistungen noch den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse adäquat ab.

Aufgrund der 2012 umgesetzten Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) war jedoch die Novellierung der GOÄ/GOP zurückgestellt worden. Die Politik verlangte vor einer gesetzlichen Umsetzung die Einigung der Bundesärztekammer (BÄK) und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) auf ein gemeinsames Konzept. Für die inhaltliche Weiterentwicklung der GOP führte die BPTK im Berichtszeitraum zahlreiche Gespräche mit der BÄK auf Vorstands- und Arbeitsebene. Aufseiten des Vorstands waren hieran Frau Andrea Mrazek und Herr Prof. Dr. Rainer Richter, unterstützt durch den Vorstandsbeauftragten Herrn Dieter Best, beteiligt. Im Vordergrund stand dabei die Konsentierung eines gemeinsam getragenen Kapitels G der GOÄ, welches das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten adäquat beschreibt und Kosten der jeweiligen Leistungen angemessen kalkuliert, damit die GOP auf die entsprechenden Kapitel der GOÄ verweisen kann.

Im November 2011 informierte die BPTK das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einem Gespräch über den aktuellen Stand der Entwicklung und erhielt die Zusicherung, bei den Beratungen im BMG zu den für Psychotherapeuten relevanten Gebührenpositionen einbezogen zu werden. Zugleich machte das BMG deutlich, dass es eine berufsgruppenspezifische Ausdifferenzierung vergleichbarer Leistungen in der GOÄ nicht akzeptieren werde.

In den weiteren Verhandlungen konnte u. a. erreicht werden, dass die BÄK von einer zunächst geplanten berufsgruppenbezogenen Untergliederung des Kapitels G wieder abrückte. Diese hätte dazu führen können, dass Psychotherapeuten von einigen zentralen diagnostischen und therapeutischen Leistungsbereichen ausgeschlossen werden könnten bzw. eine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit gefährdet werden könnte. Die aktuelle, weitgehend konsentierte Fassung des Kapitels G sieht nun lediglich für einige diagnostische Ziffern eine berufsgruppenspezifische Ausdifferenzierung vor. Hierbei sind jedoch die diagnostischen Ziffern für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten parallel zu den vergleichbaren diagnostischen Leistungen der relevanten Facharztgruppen gestaltet. Insgesamt ist die Novellierung darauf ausgerichtet, eine angemessenere Kalkulation von Gesprächsleistungen im Vergleich zu technischen Leistungen sicherzustellen. Einzelne Aspekte im Bereich der Psychotherapie waren dabei bis Beginn 2015 Gegenstand der Beratungen mit der Bundesärztekammer.

Nachdem eine Einigung von BÄK und PKV über zentrale Eckpunkte einer Novellierung der GOÄ in der 17. Legislaturperiode nicht erreicht werden konnte, legten beide Institutionen im November 2013 eine Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ vor. Diese umfasst u. a. folgende Inhalte:

- umfassende Novellierung der GOÄ mit dem Ziel der Stärkung der Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit,
- stetige Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ in einer den Verordnungsgeber unterstützenden gemeinsamen Gremien- und Beschlussstruktur mit der hierfür notwendigen gemeinsamen Datenhaltung und -analyse unter gleichberechtigter Einbeziehung der Beihilfe auf Kostenträgerseite,
- Einigung auf die Grundsätze des Bewertungsverfahrens und die Nutzung des Entwurfes des Gebührenverzeichnis GOÄ-neu der BÄK als Basis für die Entwicklung einer gemeinsamen „Integrationsversion“ der GOÄ-neu,
- Einigung über wesentliche Stellgrößen für die Anwendung der GOÄ-neu (z. B. Analogbewertung, Gebührenrahmen, wahlärztliche Leistungen, Erprobung neuer Versorgungselemente),
- keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten sowie
- angemessene Vergütung der Leistungen.

Der BPTK wurde zugesichert, im Rahmen der Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ/GOP bei sämtlichen Leistungen, die auch Psychotherapeuten betreffen, systematisch eingebunden zu werden.

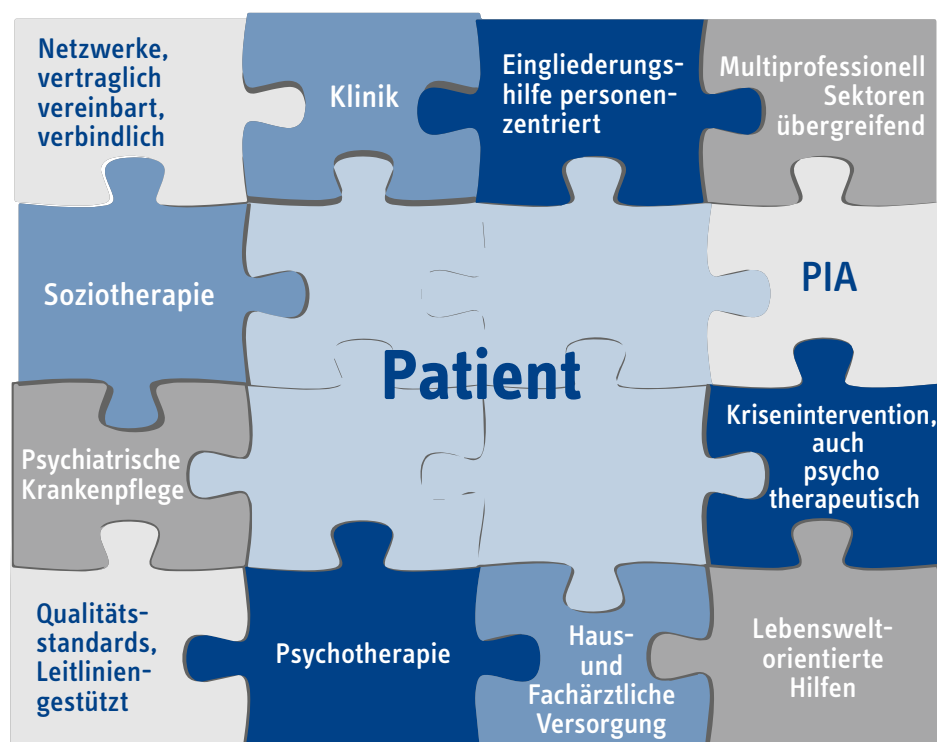
Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen können so schwer sein und das Leben so stark beeinträchtigen, dass die Betroffenen einen besonderen Versorgungsbedarf haben, den das deutsche Gesundheitssystem aufgrund seiner Fragmentierung bisher häufig nicht abdecken kann. Mehr noch als andere Patienten benötigen sie aufeinander abgestimmte, sektorenübergreifende Behandlungskonzepte.

Bei akuten Krisen oder einer Verschlechterung der Erkrankung sollten diese Patienten so lange wie möglich ambulant behandelt und betreut werden. Stationäre Aufenthalte sollten soweit es geht vermieden werden. Für eine evidenzbasierte, den Patientenpräferenzen entsprechende Versorgung ist daher ein Ausbau der ambulanten Versorgungsangebote notwendig. Vo-

oraussetzung dafür ist eine bessere Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe, also von Ärzten und Psychotherapeuten, Pflegekräften und Soziotherapeuten. Zu den Krankheitsverläufen dieser Patienten können auch Phasen stationärer Behandlung gehören, sodass auch eine enge Abstimmung mit der Krankenhausversorgung unerlässlich ist. Dazu gehören ein reibungsloser, standardisierter Informationsfluss zwischen den Sektoren und ein strukturiertes Entlassmanagement des Krankenhauses, das am besten schon mit dem Tag der Aufnahme beginnt. Der ambulante Sektor sollte über einen verlässlichen Krisendienst verfügen und seine Angebote um die lebensweltbezogenen Hilfen (andere Kostenträger) ergänzen bzw. mit ihnen abstimmen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Vernetzte Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Leistungsbedarf



Quelle: Dachverband Gemeindepsychiatrie

■ Patientengruppe

Die Anzahl der Patienten, für die eine solche Versorgung notwendig ist, variiert je nachdem, welche Diagnosen und/oder welcher Grad der Beeinträchtigung zugrunde gelegt werden. Geht man von psychischen Erkrankungen aus, die häufiger als andere mit schweren Beeinträchtigungen verbunden sein können, und berücksichtigt man in diesem Zusammenhang Patienten mit der Diagnose einer schweren oder rezidivierenden Depression, einer bipolaren oder einer psychotischen Störung, dann handelt es sich um etwa 300.000 Patienten jährlich, bei denen man davon ausgehen kann, dass eine schwere Beeinträchtigung vorliegt (Abbildung 12).

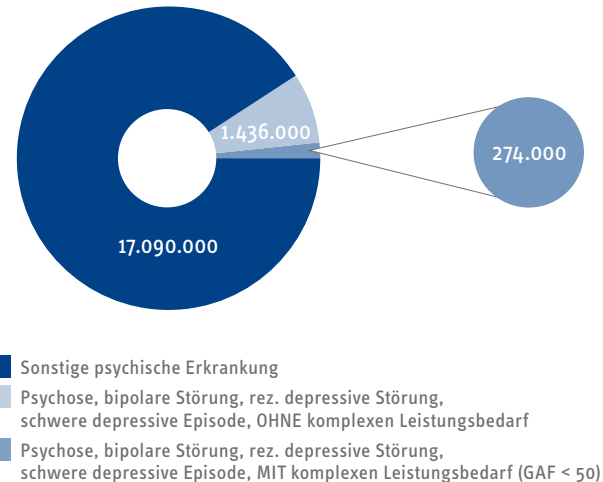
■ Reformansätze

Die Versorgungsprobleme bei diesen Patienten sind Politik und Selbstverwaltung schon lange bekannt. Infolgedessen hat es verschiedene Initiativen zur Lösung der Probleme gegeben. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Regionalbudgets und Verträge zur Integrierten Versorgung (IV-Verträge) haben mehr Patientenorientierung und mehr ambulante Angebote geschaffen. Doch die bisherigen Reformansätze vermochten die Probleme nicht flächendeckend und umfassend zu lösen. Die Personalausstattung, die Behandlungsleistung und die Vergütung von PIA fallen sehr unterschiedlich aus. Einzelne Ambulanzen realisieren eine multiprofessionelle, andere bieten in erster Linie eine fachärztliche Versorgung an.

Auch IV-Verträge haben zu keinem regulären und flächendeckenden Versorgungsangebot für diese Patienten geführt. Sie integrieren ambulante Behandlungs- und Betreuungselemente wie die „Behandlung zu Hause“ (Home Treatment), die Behandlung in der Gemeinde (Assertive Community Treatment) oder die bedürfnisangepasste Behandlung (Need Adapted Treatment). Patienten können dabei im eigenen sozialen Umfeld auf unterschiedliche Leistungserbringer zurückgreifen. Aufgrund ihrer Beschränkung auf eine bestimmte Patientengruppe, eine oder mehrere Krankenkassen und bestimmte Leistungen vergrößern sie jedoch oft die Unübersichtlichkeit und Zersplitterung der ambulanten und stationären Versorgung. Das Leistungsangebot ist häufig nicht transparent dargestellt und Psychotherapie kein regulärer Bestandteil des Angebots, obwohl sie zu einer leitlinienorientierten Versorgung gehört.

Ähnliches gilt für Modellprojekte nach § 64b SGB V. Bestehende IV-Verträge und insbesondere Vereinbarungen

Abbildung 12: Psychisch kranke Menschen mit komplexem Leistungsbedarf pro Jahr*



* BPTK-Hochrechnung auf Basis von Zwölfmonatsprävalenzen aus DEGS und Definition „severe mental illness“ nach Ruggeri et al., 2000

zu regionalen Psychiatriebudgets wurden in Modellvorhaben nach § 64b SGB V umgewandelt. Modellvorhaben nach § 64b SGB V sind allerdings in der Regel auf acht Jahre befristet und können sowohl mit mehreren als auch mit einzelnen Kassen vereinbart werden.

■ Weiterentwicklung der Versorgung

Die drei skizzierten Modelle zur Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen könnten zu einem flächendeckenden, leitlinienorientierten Versorgungsangebot weiterentwickelt werden. In einem Ansatz gebündelt, könnten sie die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sicherstellen. Die regelhafte Integration von Psychotherapie ist dabei für eine leitlinienbasierte Versorgung unerlässlich. Hierfür müssten die unterschiedlichen berufspolitischen, wirtschaftlichen und institutionellen Interessen der Leistungserbringer und Kostenträger so berücksichtigt werden, dass der gemeinsame Aufbau und Betrieb spezialisierter Versorgungsangebote möglich wird. Parallel zur und im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sollte Raum für eine gemeinsame Entwicklung und Diskussion solcher Versorgungsangebote entstehen. Entsprechende Positionierungen der BPTK und anderer Akteure sind bereits erfolgt (siehe www.bptk.de > aktuell > News > 13. November 2013).

Weiterentwicklung der stationären Versorgung

Die Versorgung psychisch kranker Menschen befindet sich in einer Schieflage. Immer mehr psychisch kranke Menschen werden stationär versorgt. Dabei hat sich weder die Häufigkeit noch die Schwere psychischer Erkrankungen in den vergangenen zehn Jahren verändert. Die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kompensieren auch Defizite in der ambulanten Versorgung. Aufgrund der Unterversorgung im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich vor allem in strukturschwachen und ländlichen Regionen, aber auch im Ruhrgebiet kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ häufig nicht umgesetzt werden.

Die Anzahl der Betten und insbesondere der Aufnahmen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist vermutlich auch deshalb deutlich gestiegen (Abbildungen 13 und 14). In psychiatrischen Einrichtungen werden im Vergleich zu 2004 über 100.000 Patienten mehr

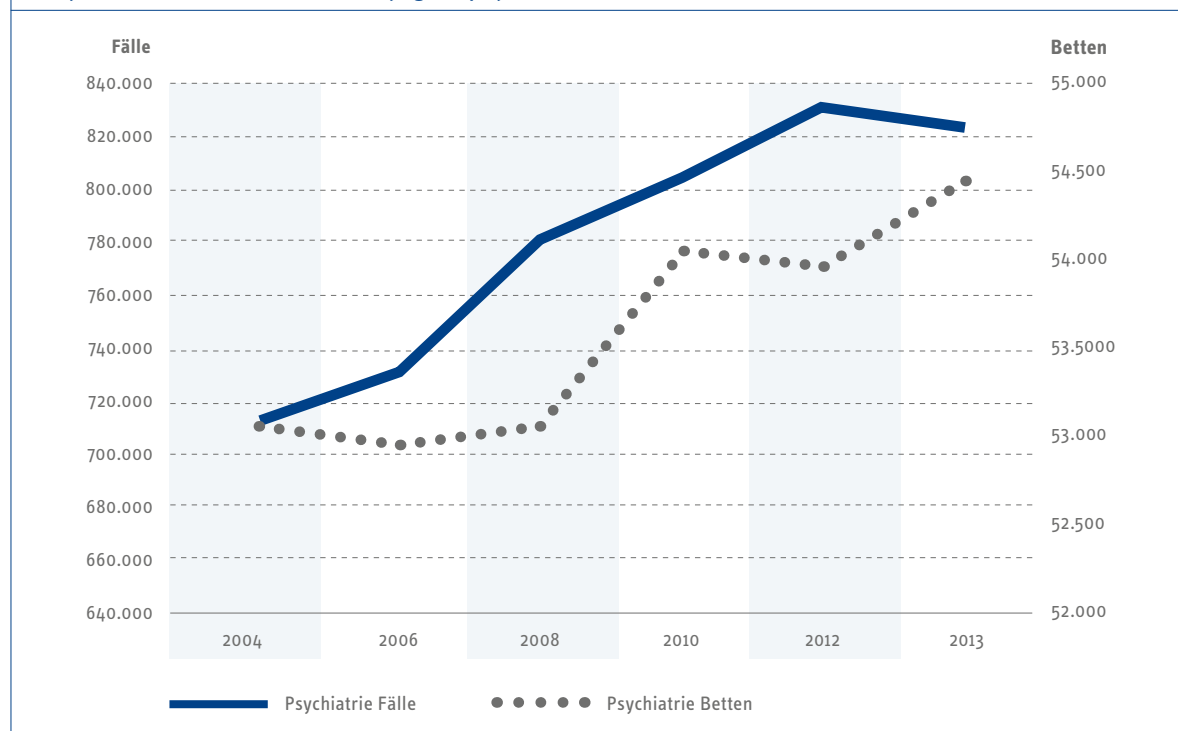
behandelt. Ihre Anzahl stieg 2014 auf rund 825.000. In psychosomatischen Einrichtungen werden deutlich weniger Patienten behandelt. Doch die Zahl der Aufnahmen wuchs überdurchschnittlich und hat sich von 2004 bis 2012 fast verdoppelt – von 38.000 auf rund 74.000.¹

Im Jahr 2013 gab es in Deutschland insgesamt 405 Fachabteilungen und Krankenhäuser für Psychiatrie, 142 Fachabteilungen und Krankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 220 Fachabteilungen und Krankenhäuser für psychosomatische Medizin.²

Die stationäre Behandlungsdauer blieb seit 2004 fast unverändert. Sie liegt seitdem bei durchschnittlich dreieinhalb Wochen in der Erwachsenenpsychiatrie und sechs Wochen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch in der Psychosomatik sind die Verweildauern mit rund 40 Tagen seit 2004 nahezu unverändert geblieben.

Die durchschnittliche Verweildauer schwankt in Abhängigkeit von der Diagnose erheblich. Während ein Patient

Abbildung 13: Betten- und Fallzahlentwicklung in den Einrichtungen für Psychiatrie (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie), 2004–2013

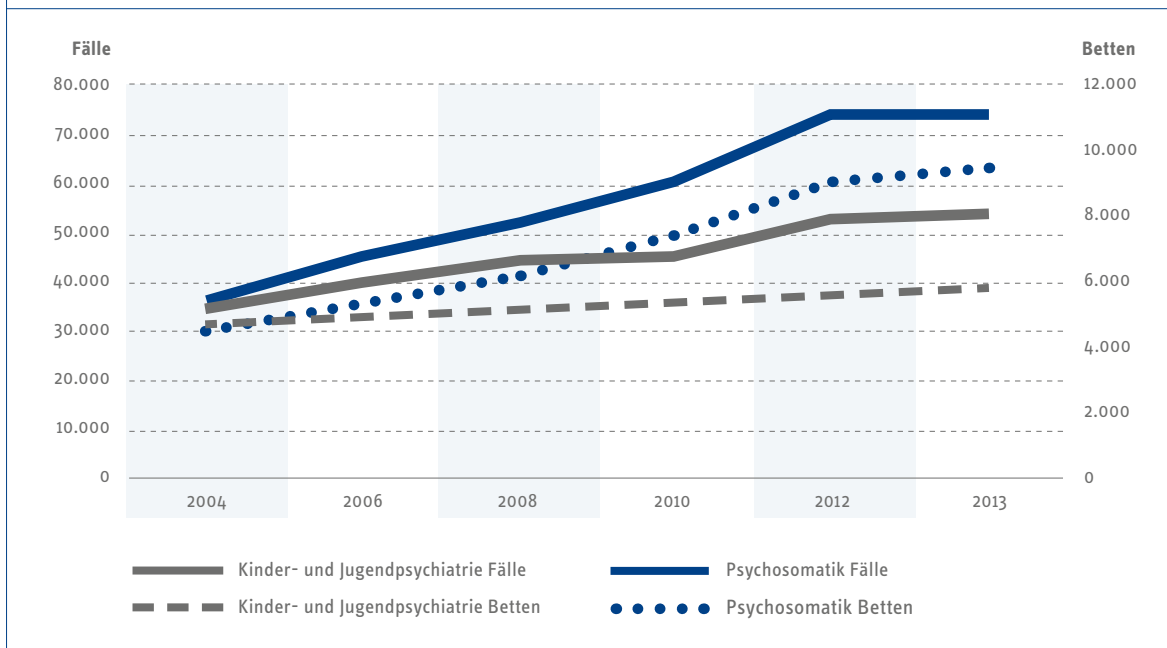


Quelle: Statistisches Bundesamt

¹ Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html>, Zugriff am 2. April 2014

² ohne Rehabilitationskliniken und -einrichtungen

Abbildung 14: Betten- und Fallzahlentwicklung in den Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik, 2004–2013



Quelle: Statistisches Bundesamt

mit einer Alkoholstörung im Durchschnitt zehn Tage in stationärer Behandlung ist, liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer von Patienten mit Schizophrenie mehr als dreimal so hoch, also bei 32 Tagen.

Für erhebliche Diskussionen sorgt aktuell eine grundlegende Reform der Finanzierung der Krankenhausbehandlung für psychisch kranke Menschen. Psychiatrie und Psychosomatik erhalten zukünftig leistungsbezogene Tagespauschalen, mit denen auch eine größere Transparenz über die in den Kliniken erbrachten Leistungen ermöglicht werden soll.

Gesunkene Personalausstattung

Trotz gestiegener Patientenzahlen ist die Personalausstattung gesunken. Die Deckelung des Krankenhausbudgets bei gleichzeitig steigenden Personalkosten hat vor allem im Pflegebereich zu Personalabbau geführt. Dies hat eine immer größere Arbeitsverdichtung und -belastung vor allem in den Einrichtungen der Psychiatrie zur Folge.

Qualität der stationären Versorgung intransparent

Die Versorgungsqualität von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist weitgehend intransparent. Ob stärker mit pharmakologischem oder psychotherapeutischem Schwerpunkt behandelt wird, ob dies leitliniengerecht geschieht und wie viel Personal wofür eingesetzt wird – darüber ist bisher wenig bekannt. Das gilt insbesondere für die psychotherapeutischen Leistungen. So ist

häufig unklar, in welchem Umfang und bei welchen Patienten Psychotherapie angeboten wird oder überhaupt angeboten werden kann, weil verringerte Personalausstattung und kurze Behandlungsdauer dies kaum möglich machen. Die BPTK hat 2013 angestellte Psychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zur Qualität der Versorgung in ihren Häusern befragt. Dadurch kann die Versorgung von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung, einer unipolaren Depression und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Psychotherapeuten als einer relevanten Berufsgruppe in Psychiatrie und Psychosomatik genauer beschrieben werden.

Schizophrenie

Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die häufig stationär behandelt wird. Im Jahr 2012 wurden deshalb fast 130.000-mal Patienten in eine Klinik eingewiesen. Das entspricht knapp 18 Prozent aller Fälle. Die Jahresprävalenz für psychotische Erkrankungen liegt bei 2,6 Prozent. Die durchschnittliche Behandlungsdauer von Patienten mit einer Schizophrenie beträgt knapp fünf Wochen und liegt damit über der durchschnittlichen Verweildauer aller Diagnosegruppen von gut drei Wochen. Gemäß den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien (z. B. NICE-Leitlinie 2014) soll Patienten mit Schizophrenie neben einer medikamentösen Behandlung in allen Phasen der Erkrankung – auch in der Akutphase – eine psy-

chotherapeutische Behandlung angeboten werden. Auch die sich derzeit in Überarbeitung befindliche S3-Leitlinie „Schizophrenie“ aus dem Jahr 2005 empfiehlt kognitive Verhaltenstherapie in der Anfangsphase und zur Rückfallprophylaxe. In der Akutphase wird Psychotherapie als Option genannt.

In nahezu allen Kliniken (94 Prozent) gaben die befragten Psychotherapeuten an, dass die an Schizophrenie erkrankten Patienten ausnahmslos medikamentös behandelt werden. Aber nur in 46 Prozent der Einrichtungen wird auch allen Patienten eine Psychotherapie angeboten. In elf Prozent der Häuser fehlt Psychotherapie vollständig im Behandlungsangebot und in weiteren 42 Prozent wird Psychotherapie nur einem Teil der Patienten angeboten (Abbildung 15). Dabei weisen die Befragten aus psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern insgesamt auf die größten Defizite hin: Bei Patienten mit einer „Schizophrenie“ antwortet ein Viertel auf die Frage, ob alle Patienten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot erhalten, mit „Trifft nicht zu“; in Universitätskliniken waren es nur sieben Prozent der Befragten.

Diese Resultate werden durch die Ergebnisse des KRANKENHAUS BAROMETERS Psychiatrie 2013 des Deutschen Krankenhaus Institutes bestätigt. Diese besagen, dass in fast allen Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen (Psychiatrie, Psychosomatik, Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) Patienten mit Schizophrenie standardmäßig – d. h. regelmäßig – mit Psychopharmaka (in 96 Prozent der Krankenhäuser) therapiert werden und Psychoedukation (in 90 Prozent der Krankenhäuser) erhalten. Nur in 38 Prozent der Krankenhäuser werden

Patienten mit Schizophrenie regelmäßig mit Verhaltenstherapie im Einzelgespräch bzw. in 47 Prozent der Krankenhäuser in der Gruppe behandelt. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wird in noch weniger Krankenhäusern eingesetzt. Elf bzw. zwölf Prozent der Krankenhäuser führen standardmäßig tiefenpsychologisch fundierte Einzel- oder Gruppentherapien durch.

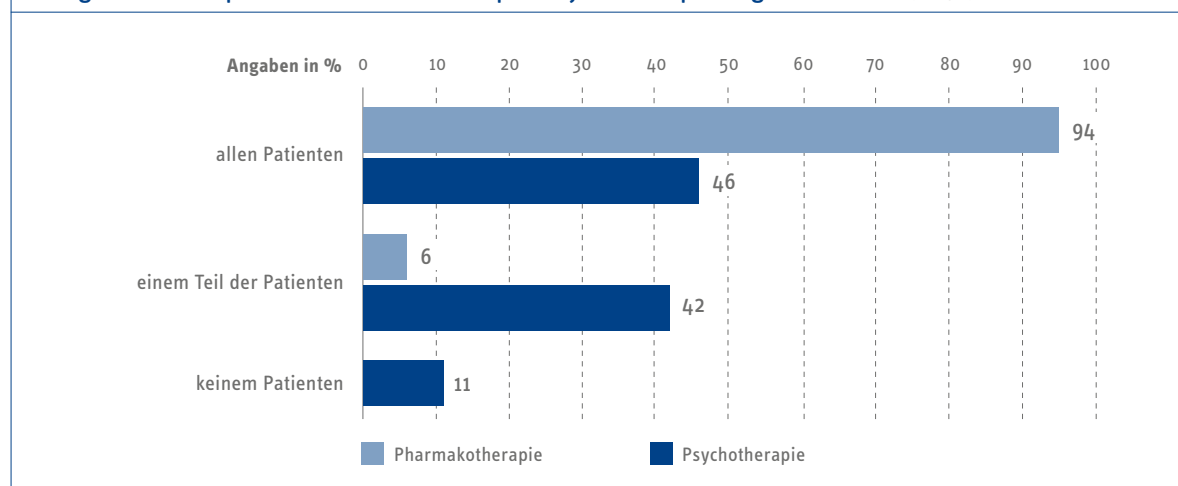
Unipolare Depression

Unipolare Depressionen sind nach den Suchterkrankungen die am häufigsten stationär behandelten psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2012 wurden knapp 200.000-mal Patienten mit einer Depression in psychiatrischen Einrichtungen aufgenommen. Das entspricht 27 Prozent aller Fälle in der Psychiatrie. Die durchschnittliche Verweildauer betrug knapp fünf Wochen und ist damit länger als die durchschnittliche Verweildauer über alle Diagnosegruppen (drei Wochen).

Die stationär behandelten Patienten leiden überwiegend an schweren depressiven Erkrankungen oder chronischen Depressionen. Nach den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ ist Psychotherapie bei schweren depressiven Erkrankungen oder chronischen Depressionen in Kombination mit einer Pharmakotherapie die wirksamste Therapie.

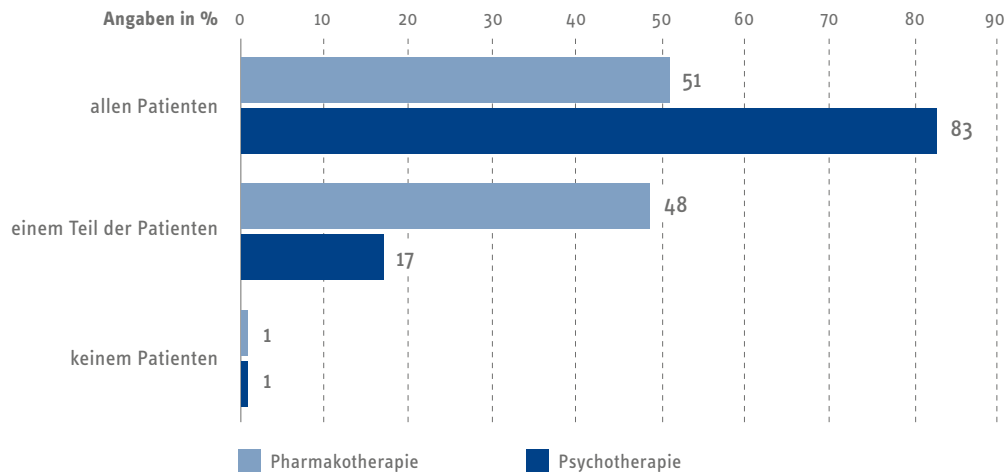
Knapp 83 Prozent der befragten Psychotherapeuten geben an, dass in ihrer Einrichtung allen Patienten mit unipolarer Depression eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird. In ungefähr der Hälfte der Einrichtungen (51 Prozent) bekommen auch alle Patienten eine Psychopharmakotherapie angeboten (Abbildung 16).

Abbildung 15: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie Pharmakotherapie/Psychotherapie angeboten wird (N=190)



Quelle: Angestelltenbefragung der BpTK, 2013

Abbildung 16: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose unipolare Depression eine Psychotherapie/Pharmakotherapie angeboten wird (N=504)



Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

Borderline-Persönlichkeitsstörung

An einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden etwas mehr als drei Prozent der stationär behandelten Patienten (23.000 Fälle im Jahr 2012). Für die Behandlung einer BPS gibt es verschiedene störungsspezifische Psychotherapiemethoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich gut belegt ist. So haben sich die übertragungs-fokussierte und mentalisierungs-basierte Psychotherapie als tiefenpsychologische Methoden und die dialektisch-behaviorale Therapie als verhaltenstherapeutische Methode gut bewährt. Bei allen Methoden handelt es sich um intensive Psychotherapieprogramme mit einer hohen Anzahl an Einzel- und Gruppensitzungen. Die Programme sehen vor, dass sich die stationäre Behandlung in der Regel über zwölf Wochen erstreckt und im Anschluss ambulant weitergeführt wird. Die tatsächliche stationäre Behandlungsdauer betrug im Jahr 2012 bei diesen Patienten aber nur durchschnittlich drei Wochen.

Die befragten Psychotherapeuten der BPTK-Studie 2013 berichteten, dass in fast allen Einrichtungen (85,4 Prozent) Borderline-Patienten immer eine Psychotherapie zugänglich ist (Abbildung 17). Aber weder Behandlungszeit noch -intensität reichten im Durchschnitt aus, um die genannten evidenzbasierten, störungsspezifischen Behandlungen zu ermöglichen. Eine weitere Schwierigkeit sei, dass häufig keine ambulante Weiterbehandlung erfolge, so die befragten Psychotherapeuten. Eine Verbesserung der stationären Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist deshalb

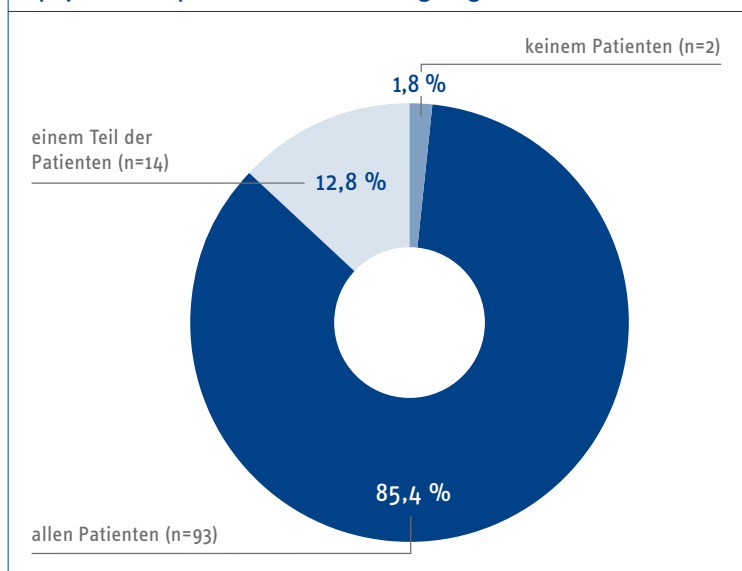
notwendig. Gerade für diese Patienten sind sektorenverbindende Kooperationen zu schaffen, die eine nahtlose ambulante Weiterbehandlung mit denselben Methoden über eine ausreichend lange Zeit ermöglichen.

■ Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Die Einführung eines pauschalierenden und leistungsbezogenen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) kann dazu dienen, die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern und transparenter zu gestalten, wenn die Rahmenbedingungen und finanziellen Voraussetzungen für eine ausreichende und leitliniengerechte Integration von Psychotherapie – auch in der Regelbehandlung in der Psychiatrie – geschaffen werden. Es ist heute wissenschaftlich unumstritten, dass Psychotherapie zum Beispiel auch in der Akutphase einer Schizophrenie zum Einsatz kommen sollte. Voraussetzung dafür sind jedoch verbindliche Personalstandards, die dies ermöglichen würden.

Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Mit dem neuen pauschalisierenden Vergütungssystem muss erreicht werden, dass die bisherige Quersubventionierung anderer Krankenhausbereiche durch Personalabbau in den Abteilungen für psychisch kranke Menschen nicht mehr möglich ist. Auch muss sichergestellt werden, dass das notwendige Geld für Investitionen nicht durch Sparen an der personellen Ausstattung erwirtschaftet werden muss.

Abbildung 17: Anteil der Krankenhäuser, in denen allen Patienten mit der Diagnose BPS eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird



Quelle: Angestelltenbefragung der BpTK, 2013

Psych-PV veraltet

Die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vor über 30 Jahren, auf deren Basis bisher die Jahresbudgets der Krankenhäuser ermittelt und verhandelt wurden, war ein Meilenstein auf dem Weg von der Verwahr- zur Behandlungspsychiatrie. Doch die Psych-PV ist inzwischen veraltet. Der in der Psych-PV festgelegte Personalbedarf entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Behandlung psychischer Erkrankungen. Wesentliche Weiterentwicklungen, etwa im Bereich Psychotherapie, sind in ihr nicht abgebildet. Heute ist nachgewiesen, dass Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen und in allen Phasen der Behandlung, auch der Akutphase, ein wirksames Behandlungsmittel ist. In

der Psych-PV ist Psychotherapie vor allem im Behandlungsbereich „Psychotherapie“ bei ausgewählten Erkrankungen bzw. Patienten vorgesehen. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft soll Psychotherapie bzw. das hierfür erforderliche Personal in allen Behandlungsbereichen in ausreichendem Umfang eingesetzt werden. Aber auch neuere Behandlungsformen wie das Home Treatment oder die Mutter/Vater-Kind-Behandlung sind in der Psych-PV nicht enthalten. Eine entsprechende Berücksichtigung der genannten Leistungen hat bisher nicht stattgefunden und bildet sich entsprechend auf der Budgetebene nur unzureichend ab. Aus den genannten Gründen ist davon auszugehen, dass der finanzielle Bedarf für eine leitliniengerechte stationäre Behandlung unterschätzt wird und eine 100-prozentige Ausfinanzierung der Psych-PV nicht ausreichen wird, die erforderlichen Mittel hierfür zur Verfügung zu stellen.

G-BA-Richtlinie zur Personalausstattung notwendig

Die Psych-PV muss deshalb durch verbindliche, transparente und aktuelle Mindestanforderungen zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ersetzt werden. Die Entwicklung dieser Anforderungen muss sich soweit möglich an evidenzbasierten Leitlinien und darüber hinaus am besten verfügbaren klinischen Wissen orientieren. Es sollte ausreichend Personal zur Verfügung stehen, sodass ein Behandlungsansatz möglich ist, der sich am individuellen Bedarf des Patienten orientiert und bei dem Zwangsbehandlungen möglichst vermieden werden. Genügend qualifiziertes psychiatrisches Krankenpflegepersonal und eine psychotherapeutische Grundhaltung des gesamten Behandlungsteams sind hierfür entscheidend. Die Erfüllung der Mindestanforderungen ist von den Krankenhäusern in ihren Qualitätsberichten auszuweisen.

Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Hermann Schürmann (Sprecher der Kommission)	Nordrhein-Westfalen
Dr. Roland Jürgen Straub	Baden-Württemberg
Silke von der Heyde	Bayern
Dr. Thomas Guthke	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Bernhard Morsch	Saarland
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	BpTK

„Therapeutische Ausrichtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“

Die Unterbringung von psychisch kranken Menschen im Strafvoll- und im Maßregelvollzug ist in den vergangenen Jahren heftig kritisiert worden. Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 17. Dezember 2009 sowie vom 13. Januar 2011 und das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 4. Mai 2011 verpflichteten den Gesetzgeber, die Regelungen zur Sicherungsverwahrung zu reformieren. Die Gerichte mahnten insbesondere ein freiheitsorientiertes und therapiegeichtetes Gesamtkonzept an.

Die BPTK lud deshalb am 17. Oktober 2012 in Berlin zu der Veranstaltung „Therapeutische Ausrichtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“ ein. Das „Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung“ war am 14. Juni 2012 in erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten und nach dem BPTK-Symposium am 8. November 2012 beschlossen worden. Das Gesetz zur Sicherungsverwahrung veränderte das Verständnis psychischer Erkrankungen im Strafrecht. Mit dem Therapieunterbringungsgesetz als „Übergangsrecht“ schuf der Gesetzgeber eine neue Zielgruppe, die durch eine psychische Störung und eine damit verbundene Gefährlichkeit definiert werden sollte. Zuvor hatte die Sicherungsverwahrung einzig an die anhaltende Gefährlichkeit des Straftä-

ters für die Allgemeinheit angeknüpft. Jetzt wurde auf die der Gefährlichkeit zugrunde liegende psychische Störung abgestellt.

Viele inhaftierte schwere Gewalt und Sexualstraftäter haben psychische Probleme oder Erkrankungen, die psychotherapeutisch behandlungsbedürftig sind. Unbehandelt führen diese mit großer Wahrscheinlichkeit zum Scheitern der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Diese Erkenntnis führte nach der großen Strafrechtsreform in den 1970er Jahren zum Auf- und Ausbau der Sozialtherapeutischen Anstalten (SothA), die auch im aktuellen Gesetzentwurf in besonderer Weise als geeignete Einrichtungen für Straftäter mit angeordneter oder vorbehaltenen Sicherungsverwahrung betrachtet werden. Seit 1990 verdoppelte sich die Anzahl der Plätze in den SothA-en auf 2.300 Plätze und damit auf vier Prozent aller Haftplätze im Strafvollzug. Gleichzeitig stiegen die Unterbringungen im Maßregelvollzug in Deutschland um das knapp Dreifache auf nunmehr 10.000 Personen. Auch die Sicherungsverwahrung befindet sich mit rund 550 Fällen auf dem Höchststand. Zugleich ist jedoch die Bereitschaft der Bevölkerung gesunken, unvermeidliche Restrisiken nach der Entlassung von Straftätern zu akzeptieren. Die Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug liegt deshalb mittlerweile bei durchschnittlich sieben Jahren.

Bei den Vorgaben zur Personalausstattung, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seit November 2014 in der Unterarbeitsgruppe „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (AG PPP)“ erarbeitet, darf es sich deshalb nicht nur um Empfehlungen für die Krankenhäuser handeln. Der zweite Halbsatz in § 137 Absatz 1c SGB V lässt offen, ob der G-BA Empfehlungen und/oder Mindestanforderungen an die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal erarbeiten soll. Der G-BA hat noch nicht entschieden, ob diese Empfehlungen und/oder Mindestanforderungen in einer eigenen Strukturrichtlinie verankert werden oder Bestandteil der themenspezifischen Bestimmungen der „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V zur Versorgung bei psychischen

Erkrankungen“ sein sollen. Der G-BA hat die AG PPP auch mit der Prüfung der Alternativen bzw. der empirischen Evidenz hierfür beauftragt. Sollte der G-BA zu dem Schluss kommen, lediglich Empfehlungen aussprechen zu wollen, ist eine entsprechende Klarstellung durch das Bundesministerium für Gesundheit bzw. den Gesetzgeber erforderlich. Ihre Position zur Weiterentwicklung des PEPP hat die BPTK in enger Abstimmung mit der Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“, den Landespsychotherapeutenkammern und dem Deutschen Psychotherapeutentag erarbeitet. Sie hat diese Position in den Stellungnahmen an die Politik wiederholt dargelegt. Zudem beteiligt sich die BPTK regelmäßig am jährlichen Vorschlagsverfahren des DIMDI zur Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS).

Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

■ Ergebnisse der Angestelltenbefragung

Von den angestellten Psychotherapeuten arbeiten circa zwölf Prozent in einer Rehabilitationseinrichtung. 41 Prozent aller 1.450 in Rehabilitationseinrichtungen angestellten Psychotherapeuten haben an der Befragung der BPtK teilgenommen, deren Ergebnisse als „BPtK-Studie: Versorgung psychisch kranker Menschen in der medizinischen Rehabilitation“ veröffentlicht wurden.

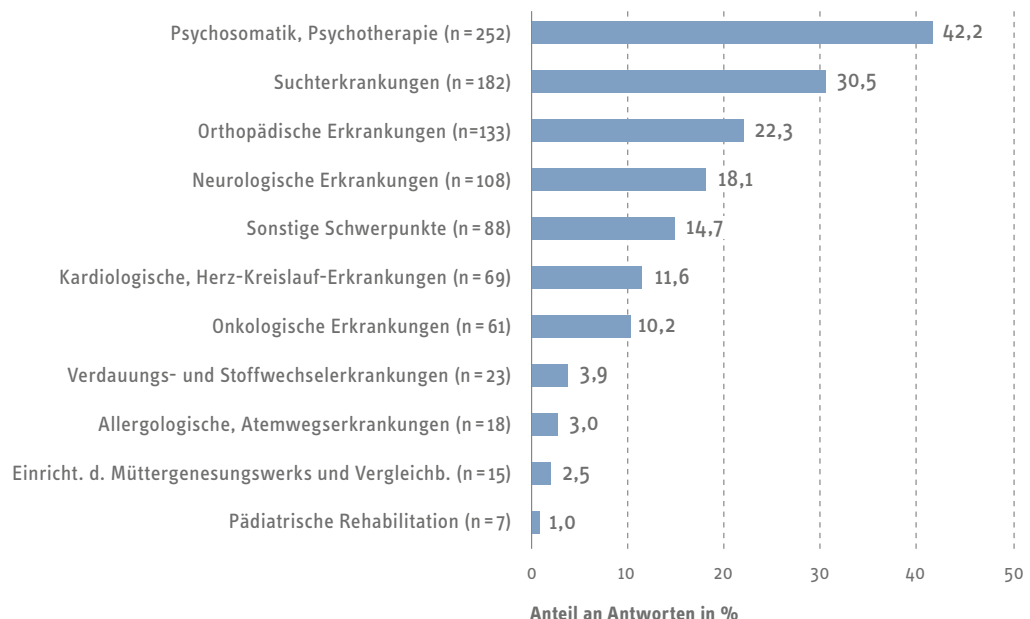
Psychotherapeuten arbeiten in allen Bereichen

Psychotherapeuten arbeiten in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation. Am stärksten vertreten sind sie in Einrichtungen für psychische Erkrankungen (42 Prozent der Befragten) und Suchterkrankungen (31 Prozent der Befragten) (Abbildung 18).

Psychotherapeuten übernehmen Verantwortung

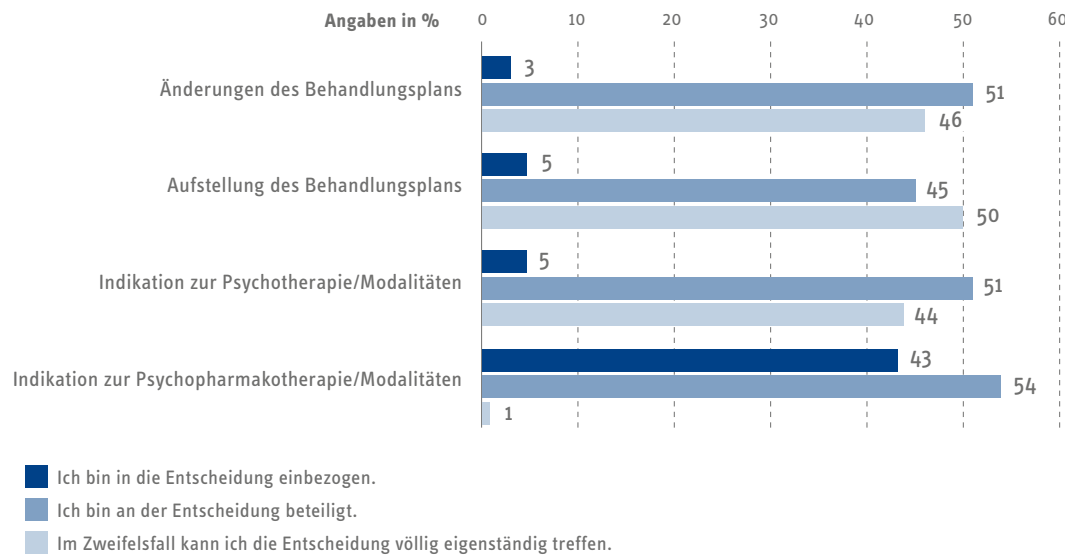
Etwa die Hälfte der befragten Psychotherapeuten übernimmt – vertragsgemäß oder informell – Führungs- und Leitungsaufgaben. Unabhängig davon, ob eine Leitungsfunktion ausgeübt wird oder nicht, sind Psychotherapeuten in alle behandlungsrelevanten Entscheidungen (mindestens) einbezogen oder treffen diese eigenständig. Behandlungsverantwortung und andere Aufgaben, die Psychotherapeuten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen übernehmen, spiegeln sich hingegen nicht in der Berufsbezeichnung in ihren Arbeitsverträgen wider. Häufig werden sie als Diplom-Psychologen angestellt. Die mit der Approbation erworbene Qualifikation heilberuflicher Tätigkeit findet formal keine Berücksichtigung. Auch das Einkommen entspricht nicht der Qualifikation eines Psychotherapeuten. Die Approbation hat meist keinen Einfluss auf die Höhe des Gehalts.

Abbildung 18: Behandlungsschwerpunkte der Rehabilitationseinrichtungen, in denen die befragten Psychotherapeuten tätig sind (N = 597, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Abbildung 19: Entscheidungskompetenzen der befragten Psychotherapeuten bei der Behandlung (N = 597)



Quelle: Angestelltenbefragung der BPTK, 2013

Gute psychotherapeutische Versorgungsqualität

Die psychotherapeutische Versorgung bei psychischen Erkrankungen ist in der medizinischen Rehabilitation ausreichend leitlinienorientiert. So erhalten Patienten mit einer depressiven Störung in der Regel mindestens ein psychotherapeutisches Einzelgespräch und zweimal 90 Minuten Gruppenpsychotherapie in der Woche. Das ist auch ein Erfolg der umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in den vergangenen Jahren eingeführt wurden.

■ Handlungsbedarf

Adäquate Rahmenbedingungen für Psychotherapeuten

Psychotherapie ist ein wesentliches Behandlungsmittel in der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. Adäquate Rahmenbedingungen für die dort tätigen Psychotherapeuten sind deshalb eine Grundvoraussetzung für ein qualitätsgesichertes Angebot. Erforderlich sind Leitungsfunktionen für Psychotherapeuten und deren ausdrückliche Verankerung in den Anforderungen der DRV an die Strukturqualität in den Rehabilitationseinrichtungen sowie eine Vergütung auf Facharztniveau. Aus den gleichen Gründen sollte die somatische Rehabilitation als attraktives Arbeitsfeld für Psychotherapeuten gestaltet werden.

Konzeptionelle Weiterentwicklung

Der zentrale Auftrag der medizinischen Rehabilitation ist es, die Erwerbsfähigkeit zu sichern oder wiederherzustellen. Um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig zu sichern, werden auf einer breiten Basis Weiterentwicklungen der medizinischen Rehabilitation diskutiert. Dazu gehören innovative Rehabilitationskonzepte, eine stärkere ambulante/tagesklinische Ausrichtung, ein besserer Zugang sowie die Verzahnung mit beruflicher Rehabilitation.

Auch die DRV schlägt bereits verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation vor, die die BPTK befürwortet. Diese betreffen insbesondere den Ausbau der ambulanten Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen, eine Stärkung der ambulanten Reha-Nachsorge und erleichterten Reha-Nachsorge durch Psychotherapeuten sowie eine bessere Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsangebote. Bei allen inhaltlichen und konzeptionellen Weiterentwicklungen sollte bei der DRV oder in anderen Gremien psychotherapeutischer Sachverstand in ausreichendem Maß einbezogen werden. Da auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) eine zentrale Rolle bei der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der Rehabilitation einnimmt, sollte neben der Bundesärztekammer auch die BPTK die Möglichkeit haben, Vorschläge für die Besetzung der Sachverständigenräte der BAR zu unterbreiten.

Zehn Jahre Bundespsychotherapeutenkammer

Am 18. April 2013 feierten die Delegierten des 22. Deutschen Psychotherapeutentages, die Präsidenten und Vizepräsidenten der Landespsychotherapeutenkammern sowie zahlreiche Gäste das zehnjährige Bestehen der BPTK. Unter der Kuppel des Reichstags in Berlin war es dem Vorstand der BPTK eine besondere Freude und Ehre,

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sowie Mitglieder des Deutschen Bundestages aus allen Fraktionen, Vertreter der Krankenkassen, des Gemeinsamen Bundesausschusses und weiterer Organisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung begrüßen zu können.

IMPRESSIONEN





Arbeit und psychische Gesundheit – BPtK-Studien

Die BPtK hat seit 2011 drei Studien durchgeführt, die sich mit dem Thema Arbeit und psychische Gesundheit beschäftigen haben. Grundlage waren die Daten der gesetzlichen Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit sowie in der Studie 2013 auch die Daten der Deutschen Rentenversicherung zu den Erwerbsminderungsrenten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.

■ Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit

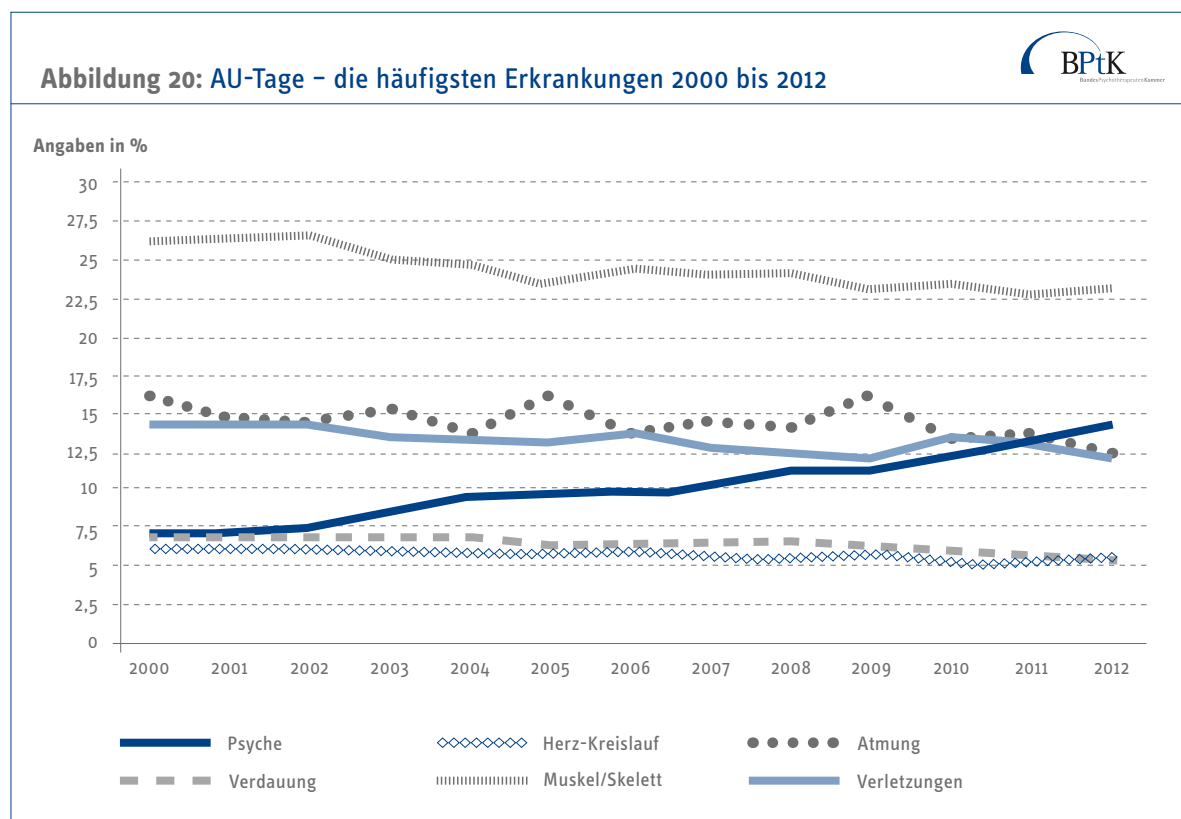
Steigende Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Arbeitsunfähigkeit

Insgesamt zeigen die Analysen der Daten von mehr als 80 Prozent der insgesamt gesetzlich Krankenversicherten, dass deutsche Arbeitnehmer immer häufiger auf-

grund psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz fehlen. Der Trend ist seit fast 15 Jahren ungebrochen. Der Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage), der durch psychische Erkrankungen verursacht wird, steigt seit 2000 stetig an. Er hat sich von 2000 bis 2012 fast verdoppelt (plus 95,7 Prozent; Abbildung 20). 2012 wurde etwa jeder siebte Fehltag (13,7 Prozent) durch psychische Erkrankungen verursacht. Psychische Erkrankungen waren damit 2012 der zweithäufigste Grund für AU-Tage nach Muskel-Skelett-Erkrankungen.

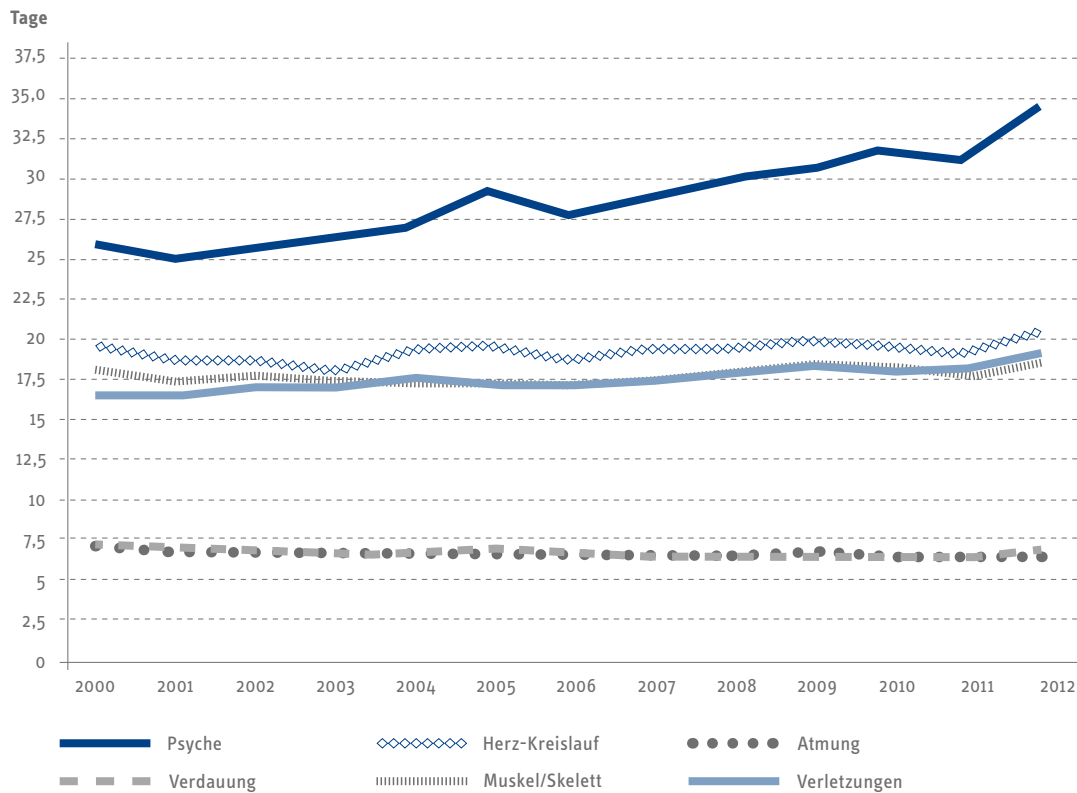
Lange Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen

Die Zunahme des Anteils psychisch bedingter AU-Tage ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Dauer von Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen im-



Quelle: BPtK, 2013

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen seit 2000, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, Barmer-GEK, BKK, DAK, TK) und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

Abbildung 21: Dauer der Krankschreibung bei den wichtigsten Krankheiten

Quelle: BPTK, 2013

Dargestellt ist die über die großen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, Barmer-GEK, BKK, DAK, TK) gemittelte und anhand der jeweiligen Versichertenzahl gewichtete Krankschreibungsdauer pro Fall in Tagen für die wichtigsten sechs Krankheitsarten seit 2000.

mer weiter zunimmt. Von 2000 bis 2012 hat sich die mittlere Dauer um 31,0 Prozent erhöht. Psychische Erkrankungen führten damit 2012 zu einer durchschnittlichen Krankschreibung von 34,2 Tagen. Dies ist deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen (siehe Abbildung 21).

Dauer der Arbeitsunfähigkeit steigt mit dem Alter an

Eine Ursache für diesen Trend ist wahrscheinlich der demografische Wandel. Das durchschnittliche Alter der Arbeitnehmer steigt. Mit dem Alter steigt jedoch auch die Dauer einer psychischen Erkrankung. So sind über 50-Jährige doppelt so lange krankgeschrieben wie 20- bis 25-Jährige (Abbildung 22).

Psychische Erkrankungen bei Krankengeldzahlungen häufig

Psychische Erkrankungen nehmen – betrachtet man ausschließlich die Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) – eine untergeordnete Rolle ein. Nur 5,2 Prozent der Personen, die arbeitsunfähig geschrieben werden, sind psychisch

krank. Das Bild ändert sich, wenn zusätzlich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wird. Bei Krankschreibungen mit einer Minstdauer von sechs Wochen (Langzeit-AU) steigt der Anteil der Fälle, der durch psychische Erkrankungen verursacht ist, bei Beschäftigten auf 18,5 Prozent (2012). Psychische Erkrankungen stehen damit an zweiter Stelle der Ursachen für Langzeit-AU, knapp hinter Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 18,7 Prozent.

Burnout als Krankschreibungsgrund selten

Als eine mögliche Ursache von Arbeitsunfähigkeit wurde in den vergangenen Jahren in den Medien insbesondere Burnout diskutiert. Deshalb hat die BPTK in ihrer Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2012 den Schwerpunkt auf „Psychische Erkrankungen und Burnout“ gelegt. Dabei zeigte sich, dass die AU-Fälle, bei denen Burnout eine Rolle spielte, seit 2004 um 700 Prozent, die Anzahl der AU-Tage sogar um fast 1.400 Prozent gestiegen sind (Abbildung 23). Der enorme Anstieg der Krankschreibungen aufgrund von Burnout begann jedoch von einer

sehr niedrigen Basis: Im Jahr 2004 entfielen im Mittel weniger als ein AU-Tag (0,67) pro 100 Versichertenjahre auf Burnout-Krankschreibungen. Hohe Steigerungsrate sind daher selbst bei geringen absoluten Zunahmen nicht erstaunlich.

Die Relevanz von Burnout relativiert sich auch, wenn man die Gesamtzahl der AU-Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen betrachtet. Die häufigsten Gründe für Krankschreibungen sind Depressionen und Anpassungsstörungen. Während im Jahr 2011 auf 100 Versicherte 9,1 AU-Tage aufgrund von Burnout entfielen, waren es 73 Tage aufgrund von Depressionen und 39 Tage aufgrund von Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen (Abbildung 24).

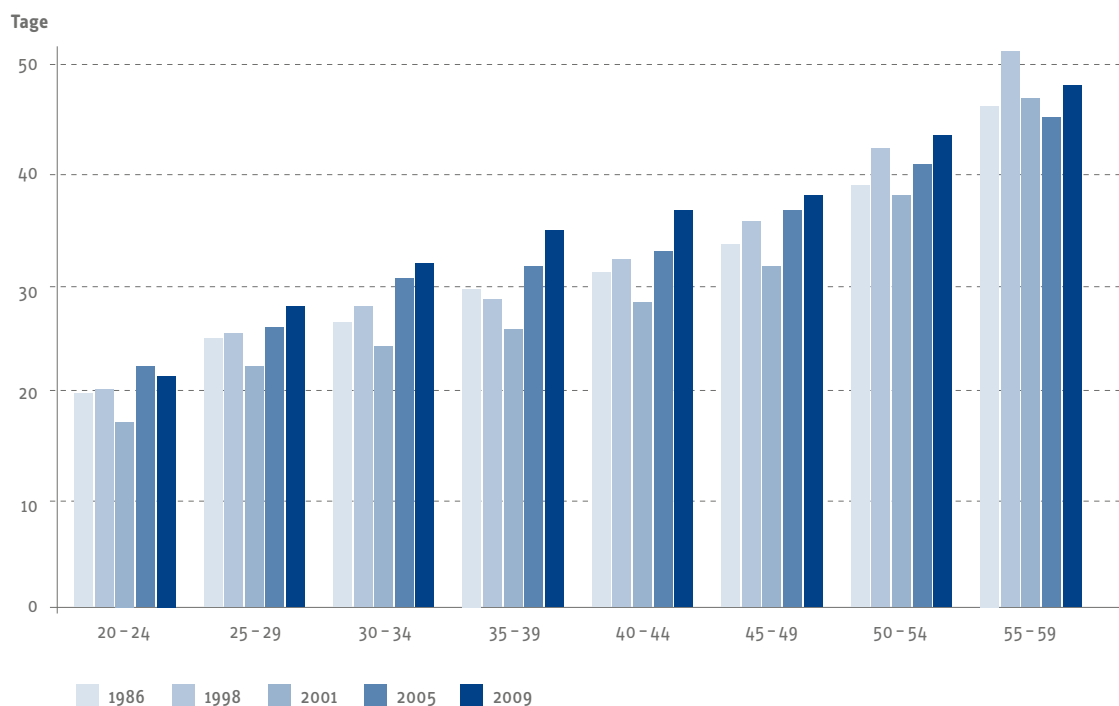
Der Anstieg der Burnout-Diagnosen kann ein Indiz für eine gestiegene Sensitivität der Ärzte für berufliche Beanspruchungen und deren psychische Folgen sein. Bei 85 Prozent der Krankschreibungen wegen Burnout diagnostizierte der Arzt allerdings zusätzlich eine psychische

Störung (zum Beispiel Depression, Angststörung) oder körperliche Erkrankung (etwa Rückenschmerzen). Nur 15 Prozent der Burnout-Krankschreibungen erfolgten ohne eine weitere Diagnose. Eine Krankschreibung ohne akute psychische oder körperliche Erkrankung ist möglich, wenn durch die Weiterführung der Berufstätigkeit eine mögliche Arbeitsunfähigkeit droht.

Burnout wird nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) in einer Zusatzkategorie (Z73) verschlüsselt, in der Faktoren beschrieben werden, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen können, ohne eine eigenständige Erkrankung zu sein. Meist handelt es sich um Überforderungen durch berufliche und private Belastungen.

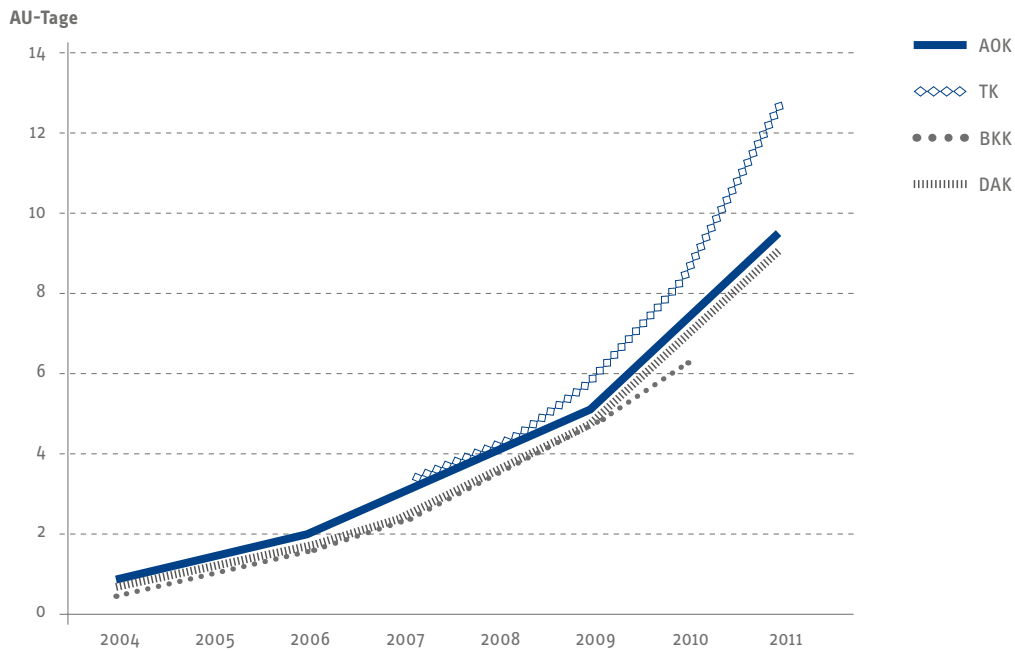
Eventuell wird auch ein Burnout diagnostiziert, wenn der Arzt sich bezüglich des zugrunde liegenden Krankheitsbildes nicht sicher ist bzw. zunächst den weiteren Verlauf der Symptome beobachten möchte. Dies kann bei einem

Abbildung 22: Dauer der Krankschreibung durch psychische Erkrankungen zwischen 1986 und 2009 in den Altersgruppen zwischen 20 und 60 Jahren (Daten der BKK)



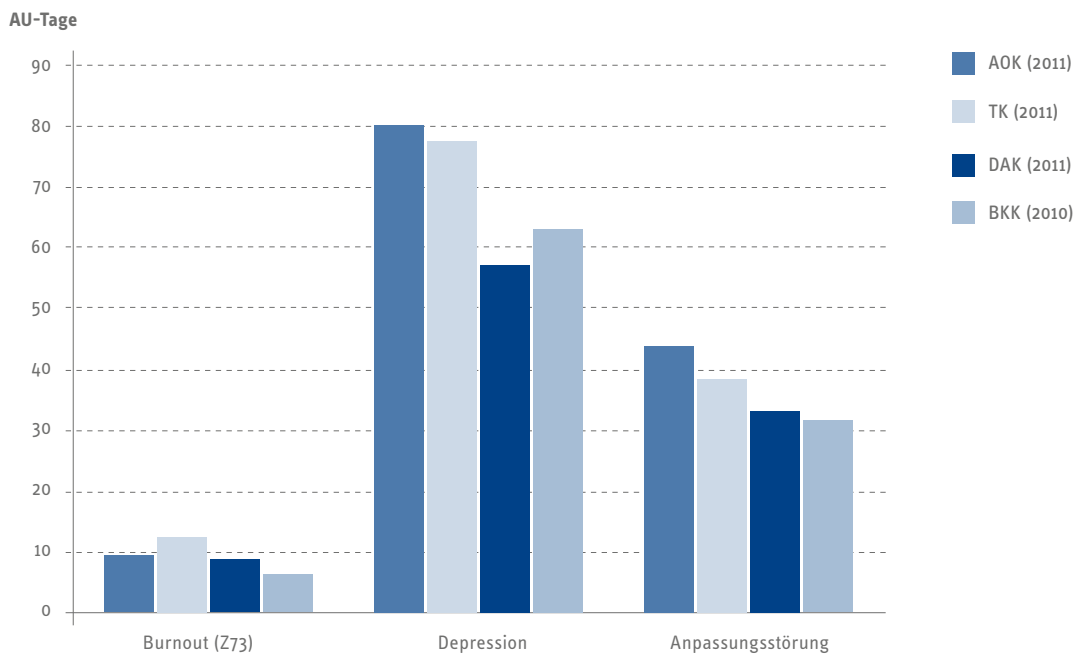
Quelle: BpTK, 2011

Dargestellt ist die Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen (in Tagen) zwischen den Jahren 1986 und 2009 bei Versicherten der BKK zwischen 20 und 60 Jahren.

Abbildung 23: Burnout (Z73): AU-Tage pro 100 Versichertenjahre

Quelle: BPTK, 2012

Angegeben sind Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versicherte wegen einer Burnout-Diagnose in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum (AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse, BKK: Betriebskrankenkassen (Bund), DAK: Deutsche Angestellten-Krankenkasse, TK: Techniker Krankenkasse).

Abbildung 24: Burnout (Z73), Anpassungsstörungen und Depressionen: AU-Tage/100 Versichertenjahre

Quelle: BPTK, 2012

Angegeben sind Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versicherte in den angegebenen Jahren. Die Jahreszahlen beziehen sich auf den ausgewerteten Jahreszeitraum (AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse, BKK: Betriebskrankenkassen (Bund), DAK: Deutsche Angestellten-Krankenkasse, TK: Techniker Krankenkasse).

Teil der Burnout-Krankschreibungen vermutet werden, die gemeinsam mit unspezifischen medizinischen Diagnosen vergeben wurden. In diesen Fällen wäre anzuraten, die psychischen Beschwerden ergänzend durch Psychotherapeuten oder Fachärzte beurteilen zu lassen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass eine psychische Erkrankung nicht erkannt wird, der Erkrankte keine adäquate Behandlung erhält und die psychische Erkrankung chronifiziert.

■ Psychische Erkrankungen und Frühverrentung

Fast jede zweite Frühverrentung psychisch bedingt

Psychische Erkrankungen nehmen nicht nur als Grund für Arbeitsunfähigkeit, sondern auch für Frühverrentung zu. Dies zeigt eine Analyse der Daten der Deutschen Rentenversicherung, die die BPtK in ihrer 2013 veröffentlichten Studie „Psychische Erkrankungen und Frühverrentung“ erstellt hat. Psychische Erkrankungen sind seit mehr als zehn Jahren die Hauptursache für Frühverrentungen. Im Jahr 2012 wurde nahezu jede zweite Frühverrentung (42,1 Prozent) durch psychische Erkrankungen verursacht. Damit sind psychische Erkrankungen mit großem Abstand vor körperlichen Krankheiten die Hauptursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente (Abbildung 25).

Vor allem Frauen erhalten aufgrund einer psychischen Erkrankung vorzeitig eine Rente. 2012 verursachten psychische Erkrankungen jede zweite Frühverrentung einer weiblichen Versicherten (48,5 Prozent). Bei Männern waren sie der Grund für jede dritte Frühverrentung (35,9 Prozent).

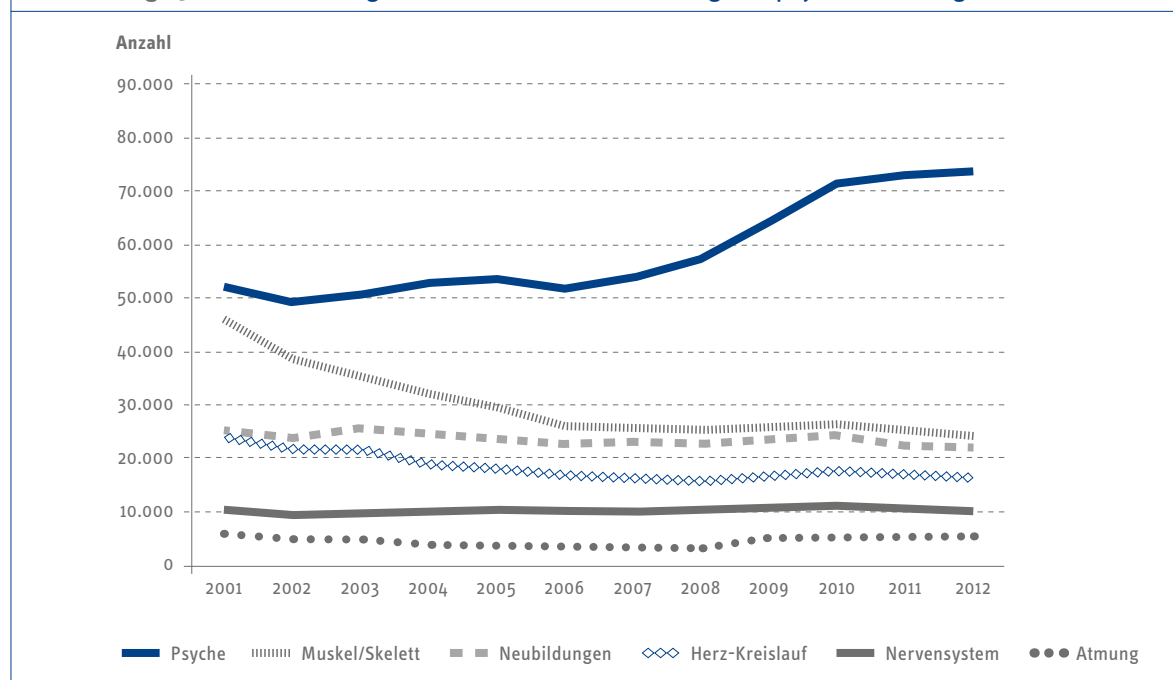
Depressionen als häufigste Ursache für Frühverrentung

Depressionen waren hierbei – auch im Vergleich zu allen körperlichen Krankheiten – die häufigste Diagnose. 16,2 Prozent aller Frühverrentungen waren 2012 auf unipolare Depressionen zurückzuführen (Abbildung 26). Bei Frauen beruhte fast die Hälfte der psychisch bedingten Frühverrentungen im Jahr 2012 auf unipolaren Depressionen (44,6 Prozent), bei Männern war es fast jede dritte (30,5 Prozent). Bei Männern spielten nach Depressionen auch Alkoholerkrankungen eine wesentliche Rolle. Jede fünfte der psychisch bedingten Frühverrentungen (20,5 Prozent) war bei Männern im Jahr 2012 durch psychotrope Substanzen bedingt, 83 Prozent davon durch Alkoholmissbrauch.

Psychisch bedingte Frühverrentung bereits mit 49 Jahren

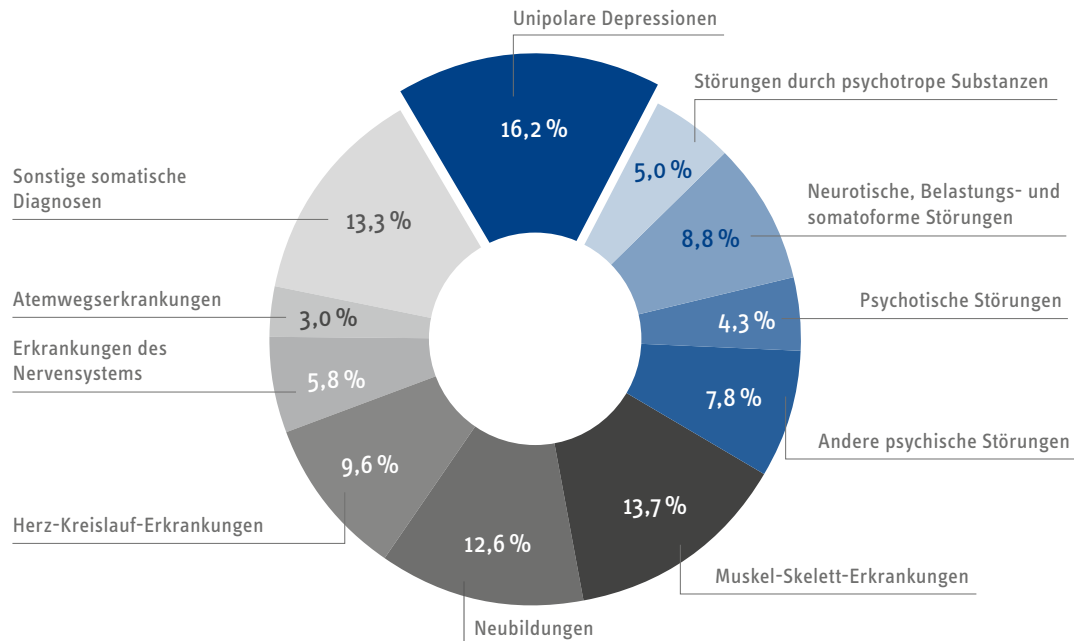
Außerdem führen psychische Erkrankungen dazu, dass Arbeitnehmer früher als bei körperlichen Erkrankungen

Abbildung 25: Frühverrentung von 2001 bis 2012 – am häufigsten psychisch bedingt



Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang, eigene Darstellung

Dargestellt ist die Zahl der Rentenanzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit pro Jahr aufgrund der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 26: Krankheiten insgesamt – Frühverrentungen 2012

Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang, eigene Darstellung

Dargestellt sind die prozentualen Anteile der Rentenbezugnahmen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2012 unterschieden nach einzelnen Erkrankungen.

in Rente gehen müssen. Das durchschnittliche Eintrittsalter bei psychisch bedingten Frühverrentungen lag 2012 bei 49 Jahren und damit unter dem Durchschnitt von 50 Jahren bei Frauen und 52 Jahren bei Männern.

Armutsrisiko

Das längerfristige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben durch Langzeitarbeits- und Erwerbsunfähigkeit hat erhebliche negative Folgen. Frühverrentung geht mit einem erhöhten Armutsrisiko einher. Die durchschnittliche Erwerbsminderungsrente lag 2012 bei rund 600 Euro. Außerdem kann der Wegfall von Arbeit psychische Belastungen, Depressionen, Angst und psychosomatische Symptome verursachen oder verstärken. Grund hierfür ist, dass die tagesstrukturierende Wirkung der Arbeit sowie die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz verloren gehen und der Betroffene nicht mehr das Gefühl hat, für die Gesellschaft nützlich zu sein.

Langzeitarbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit verhindern

Ziel muss es deshalb sein, Menschen mit psychischen Erkrankungen solange wie möglich im Arbeitsleben zu halten und ihre Erwerbsfähigkeit so weit wie möglich zu

sichern bzw. wiederherzustellen. Dies gelingt bisher nur unzureichend. Die BPtK sieht hier deutlichen Veränderungsbedarf in folgenden Handlungsfeldern:

Betriebliche Gesundheitsförderung stärken

Die Gesundheitsförderung in Betrieben muss stärker auf psychische Erkrankungen ausgerichtet werden. Psychosoziale Belastungen der modernen Arbeitswelt erhöhen das Risiko für psychische Erkrankungen. Arbeitsverdichtung, erhöhter Zeitdruck, Entgrenzung der Arbeitswelt, Störungen des Arbeitsablaufs und ein eingeschränkter Entscheidungsspielraum bezüglich der Arbeitsgestaltung gelten als Faktoren, die insbesondere Depressionen verursachen können. Betriebliche Gesundheitsförderung sollte von einer fundierten Aufklärung über psychische Erkrankungen bis hin zu Personal- und Organisationsentwicklungen (zum Beispiel Ausweitung von Entscheidungsspielräumen, flexible Zeiteinteilung) reichen. Ziel ist dabei, psychische Erkrankungen zu enttabuisieren, damit sie frühzeitig angesprochen und erkannt werden können. Darüber hinaus können das Feedback von Vorgesetzten und Mitarbeitern geschult, aber auch konkrete Kompetenzen entwickelt werden, um mit anspruchsvollen oder konfliktbehafteten Sozialkontakten angemessen

sen umgehen zu können. Besonders wichtig für die Prävention psychischer Erkrankungen ist es, ein Klima der Wertschätzung zu erhalten bzw. zu etablieren.

Niedrigschwellige psychotherapeutische Versorgung sichern

Menschen mit psychischen Erkrankungen muss außerdem rechtzeitig ein schneller und einfacher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden. Hierfür ist es zunächst notwendig, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Dafür sollte die Sensi-

vität für und das Wissen über psychische Erkrankungen bei Haus- und Betriebsärzten erhöht werden. Außerdem könnten Betriebsärzte bei der Früherkennung psychischer Erkrankungen durch psychodiagnostische Konsiliardienste unterstützt werden.

Medizinische Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung verbessern

Das deutsche Gesundheits- und Rentenversicherungssystem wird dem Grundsatz „Reha vor Rente“ noch nicht ausreichend gerecht. Etwa die Hälfte der Frührentner we-

BPtK-Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme (EAP)

In deutschen Unternehmen entstehen durch psychische Krankheiten Produktionsausfälle von rund 26 Milliarden Euro pro Jahr. Immer mehr Unternehmen beauftragen externe Dienstleister, um Beschäftigte individuell bei arbeitsplatzbezogenen oder privaten Problemen zu beraten. Typische Beratungsanlässe sind sowohl private Sorgen, wie etwa familiäre oder finanzielle Probleme, als auch Probleme am Arbeitsplatz, wie zum Beispiel Konflikte mit Vorgesetzten oder das Gefühl des „Ausgebranntseins“ (Burnout). Die BPtK hat deshalb mit Unterstützung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) eine Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme (Employee Assistance Programs; EAP) herausgegeben, mit denen Unternehmen besser zwischen den Dienstleistern auswählen können.

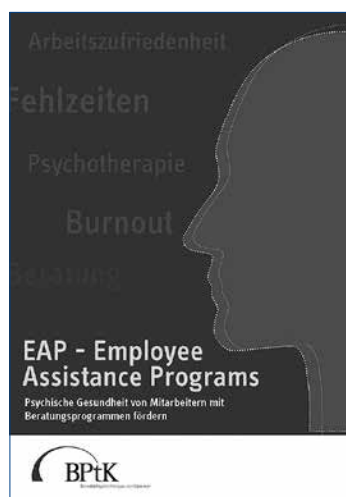
Bei psychischen Beschwerden sollte zügig geklärt werden, ob einer psychischen Erkrankung vorgebeugt werden muss oder ob bereits eine Behandlung notwendig ist. Bei niedergelassenen Psychotherapeuten müssen Versicherte oft monatelang auf einen ersten Termin für eine diagnostische Abklärung warten. Dagegen ermöglichen externe EAP-Dienstleister häufig einen viel schnelleren Kontakt. Doch für sie gibt es keine Standards oder Gütesiegel, die garantieren, dass dabei

die allgemein anerkannten Qualitäts- und insbesondere Qualifikationsstandards im deutschen Gesundheitswesen eingehalten werden.

Auch ein externer Dienstleister muss auf ausreichende Qualifikationen seiner Mitarbeiter oder Kooperationspartner achten. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung muss die Abklärung durch Psychotherapeuten oder entsprechend qualifizierte Fachärzte erfolgen. Wird eine psychische Erkrankung diagnostiziert, sollte rasch eine Behandlung durch Psychotherapeuten oder Fachärzte vermittelt werden. Gefährdete, aber noch nicht erkrankte Mitarbeiter benötigen weitergehende Beratung, angeleitete Selbsthilfeprogramme oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen sowie Präventionsangebote, die von Ent-

spannung und körperlicher Aktivität bis hin zu gezielten psychotherapeutischen Interventionen reichen können.

Mithilfe der BPtK-Checkliste sollen Unternehmen EAP-Anbieter finden, die Mitarbeiter so beraten und betreuen, dass sich aus psychischen Krisen oder Burnout-Beschwerden keine behandlungsbedürftigen oder letztlich sogar chronischen Krankheiten entwickeln.



gen psychischer Erkrankungen erhält in den letzten fünf Jahren vor Eintritt in die Frührente keine Rehabilitationsmaßnahme. Außerdem zeigen verschiedene Befragungen, dass sich besonders die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen in den Arbeitsmarkt schwierig gestaltet. Es fehlen geeignete Vermittlungskonzepte, flexible Arbeitszeitmodelle und Beschäftigungsangebote, die an die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst sind. Lediglich sechs Prozent der befristeten Frührentner mit psychischen Erkrankungen kehren an ihren Arbeitsplatz zurück. Es ist notwendig, für psychisch kranke Menschen spezifische und angepasste Rehabilitationskonzepte zu entwickeln. Hierbei sollten psychotherapeutische Angebote, vor allem in der Reha-Nachsorge, ausgebaut, der ambulante Reha-Sektor gestärkt und die Konzepte der beruflichen Rehabilitation weiterentwickelt werden.

Schnittstellenprobleme in der Sozialversicherung überwinden

Die sozialrechtliche Segmentierung der Gesundheitsleistungen führt zu Schnittstellenproblemen zwischen den Sozialversicherungsträgern. Dies hat zur Folge, dass nicht selten eine zeitnahe, angemessene und kontinuierliche Versorgung psychisch kranker Menschen nicht gewährleistet werden kann. Zukünftig sollten die Übergänge zwischen Akutbehandlung, Rehabilitation sowie verschiedenen Arbeitsangeboten und Eingliederungsmaßnahmen durchlässiger gestaltet und eine Verantwortungsdiffusion zwischen den Kostenträgern vermieden werden.

Kooperation mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

In vielen Unternehmen herrscht große Unsicherheit beim Thema psychische Erkrankungen. Auf diesem Gebiet verfügen neben Arbeitspsychologen, -mediziner und Betriebsärzten auch Psychotherapeuten über eine umfangreiche Expertise, die aber im betrieblichen Kontext viel zu selten genutzt wird. Bisher sind Psychotherapeuten vor allem dann gefragt, wenn ein psychisch erkrankter Mitarbeiter arbeitsunfähig wird und sich in Psychotherapie begibt. Die Psychotherapeuten haben ihrerseits kaum die Möglichkeit, sich mit den Verhältnissen innerhalb von Unternehmen auseinanderzusetzen und solche Erfahrungen in der Therapie von psychisch erkrankten Mitarbeitern einzubeziehen. Ein gezielter Austausch zwischen inner- wie auch außerbetrieblichen Arbeitsschutzexperten und Psychotherapeuten könnte deshalb dazu beitragen, die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sowie auch der Behandlung und Wiedereingliederung von psychisch Kranken zu verbessern. Gelegenheit dazu bot die erste Fachtagung der Veranstaltungsreihe „Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie“ des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in Kooperation mit der BPTK und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege am 20. und 21. September 2012 in Dresden.

Die Reihe wurde fortgesetzt mit der Tagung „Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter“. Wenn Beschäftigte mit einer psychischen Erkrankung an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, ist oft nicht klar, wo und in welcher Weise Betroffene wieder eingesetzt werden können und welche Hilfestellungen nötig sind. Viele betrieblich Verantwortliche verfügen über zu wenig Wissen und Erfahrung im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten, um diese Fragen zu beantworten. Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und externen Hilfeleistern könnte die Chancen für die Wiedereingliederung steigern. Bisher sind die behandelnden Psychotherapeuten oder Ärzte in der Regel nicht eingebunden. Eine bessere Gestaltung der Schnittstellen zwischen externer Behandlung und Wiedereingliederung ist wünschenswert. Wie dies gelingen kann, wurde in der Tagung am 3. und 4. Juli 2014 diskutiert, die ebenfalls von der DGUV in Kooperation mit der BPTK stattfand.

Adressaten der Veranstaltungsreihe sind insbesondere Psychotherapeuten, Präventions- und Rehabilitationsexperten, Arbeitsmediziner, Führungskräfte und Mitarbeitervertreter. Die Reihe soll im Juli 2016 fortgesetzt werden.

Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung

Psychische Krankheiten unterscheiden sich erheblich danach, wie akut oder chronisch sie verlaufen, wie sehr sie den Patienten in seinem Alltag beeinträchtigen und wie dringend und mit welcher Intensität sie behandelt werden müssen. Entsprechend unterscheidet sich der individuelle Versorgungs- und Behandlungsbedarf. Psychische Erkrankungen, die häufiger mit einem hohen Leidensdruck und schweren Beeinträchtigungen einhergehen oder chronisch verlaufen, sind z. B. Psychosen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Bipolare Störungen. S3-Leitlinien und evidenzbasierte Behandlungsansätze bei diesen Erkrankungen werden in der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aktuell häufig nicht oder nicht ausreichend umgesetzt. In der vertragspsychotherapeutischen Versorgung gibt es noch zu wenige multiprofessionelle Versorgungsnetze, die schwer psychisch Kranke auch in Krisensituationen betreuen und auffangen können. Außerdem erschwert die Psychotherapie-Richtlinie eine angemessene Dauer, Intensität und Spezifität der Behandlung dieser Patientengruppe.

Was unter den aktuellen stationären und ambulanten Rahmenbedingungen dennoch gelingen kann und welche Weiterentwicklungen für eine bessere Versorgung notwendig sind, war Thema der Workshop-Reihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“ der BPtK.

■ Psychotherapie auch bei „schweren“ psychischen Erkrankungen wirksam

Lange Zeit galt Psychotherapie bei bestimmten psychischen Erkrankungen wie z. B. Psychosen oder Bipolaren Störungen als nicht indiziert. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen jedoch, dass Psychotherapie bei diesen Erkrankungen wirksam ist.

Psychotische Erkrankungen

Etwa ein Prozent der Menschen erleidet im Laufe seines Lebens eine psychotische Erkrankung. Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen immer auch Psychotherapie als wirksame Behandlungsmethode. In der Realität dominiert jedoch eine einseitige Pharmakotherapie, kritisiert die BPtK. Psychotisch kranke Menschen erhalten selten die bestmögliche Behandlung. Prof. Dr. Stefan Klingberg, Experte für Psychosenpsychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen, stellte im BPtK-Workshop klar, dass es in Bezug auf Psychotherapie bei Schizophrenie kein Evidenz-, sondern vor allem ein Umsetzungsproblem gebe. Hochwertige und weltweit anerkannte Leitlinien wie die NICE-Guideline aus Großbritannien empfahlen nachdrücklich das Angebot



Podiumsgespräch „Gute Praxis – Psychosen“



Prof. Dr. Stefan Klingberg „Gute Praxis – Psychosen“

von kognitiver Verhaltenstherapie in allen Phasen einer schizophrenen Erkrankung, auch in der akut psychotischen Phase.

Bipolare Störungen

Auch bei Bipolaren Störungen stellt Psychotherapie eine wirksame Ergänzung zur Pharmakotherapie dar. Durch die Kombination von Pharmakotherapie mit Psychotherapie kann das Rückfallrisiko im Vergleich zu einer alleinigen Pharmakotherapie um 40 Prozent gesenkt werden. Wichtiges Ziel in der Psychotherapie ist, dass der Patient lernt, Stimmungsveränderungen rechtzeitig wahrzunehmen und zwischen normalen und auffälligen Stimmungsschwankungen zu unterscheiden. Zudem ist es wesentlich, dem Patient bewusst zu machen, wie wichtig

ein stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus und eine regelmäßige Lebensführung bei dieser Erkrankung sind. Wenig und unregelmäßiger Schlaf, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie eine unzureichende Pharmakotherapie sind häufige Auslöser für manische Episoden. Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung ist deshalb eine gute Vernetzung wichtig. Dr. Britta Bernhard, die als niedergelassene Psychotherapeutin Patienten mit bipolaren Erkrankungen behandelt, betont, dass sie von sich aus psychiatrische Kollegen kontaktiere, wenn einer ihrer Patienten hypomanisch sei und die Medikamente verändert werden müssten, um ein Abgleiten in eine Manie zu verhindern.

Stationäre und ambulante Behandlung von psychotischen Erkrankungen

Patienten mit einer psychotischen Erkrankung werden häufig auch stationär behandelt. Psychotherapie muss zukünftig allerdings noch erheblich stärker Teil der stationären Routineversorgung von schizophren erkrankten Patienten werden. Auch bei der Planung neuer Versorgungskonzepte, z. B. in Verträgen zur Integrierten Versorgung, müssen psychotherapeutische Leistungen verbindlich vorgesehen werden. Das ist heute vielfach noch nicht der Fall. Der Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist für Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung durch eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2014 bereits leichter geworden. Ambulante Psychotherapie darf nun grundsätzlich bei Schizophrenie angewandt werden, die Beschränkung der Indikation auf die Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen wurde – auch auf Initiative der BPTK hin – aufgehoben. Da psychotische Erkrankungen häufig chronisch verlaufen, sind für eine



Dr. Britta Bernhard „Gute Praxis – Bipolare Störungen“



Publikum „Gute Praxis – Borderline Persönlichkeitsstörungen“

Erhaltungstherapie über einen langen Zeitraum jedoch noch andere Kontingente als die bisher zur Verfügung gestellten notwendig.

■ Störungsspezifische Ansätze notwendig

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Es wird geschätzt, dass etwas mehr als ein Prozent der Allgemeinbevölkerung in Deutschland an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leidet. Dabei gilt die BPS häufig als komplexe, schwere und unbehandelt oft chronisch verlaufende psychische Erkrankung. Bevor es effiziente psychotherapeutische Behandlungsansätze für BPS gab, waren bei dieser Erkrankung häufige Klinikaufenthalte keine Seltenheit. Eine Patientin berichtete im Rahmen des BPTK-Workshops zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bereits 63-mal und insgesamt zweieinhalb Jahre ihres Lebens in psychiatrischen Krankenhäusern verbracht zu haben, weil es an qualifizierten Behandlungsangeboten gemangelt habe. Auch Experten wie Prof. Babette Renneberg von der Freien Universität Berlin bestätigten, dass Patienten teilweise bis zu einem Jahr in einer Klinik gewesen seien, weil es keine wirksame Behandlung gegeben habe. Seit Anfang der 1990er Jahre habe es jedoch eine positive Entwicklung in der Psychotherapieforschung gegeben, sodass heute eine Reihe von wirksamen spezifischen Psychotherapiemethoden zur Verfügung stünden.

Dazu zählen die Mentalisierungsbasierte (MBT) und die Übertragungsfokussierte (TFP) Therapie, die zu den psychodynamischen Therapieverfahren zählen, und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die sich aus der Verhaltenstherapie entwickelt hat. Sowohl die MBT als auch die DBT kombinieren Einzel- und Gruppentherapie. Ein wichtiger Wirkfaktor ist eine ausreichende Therapiedauer. Um diese spezifischen Therapien in der Regelversorgung zu implementieren, sind entsprechend fortgebildete Therapeuten in ausreichender Zahl notwendig. Zudem bedarf es Änderungen an der Psychotherapie-Richtlinie, um die Kombination von Einzel- und Gruppentherapien zu erleichtern, bzw. im Bereich der psychodynamischen Therapien überhaupt erst zu ermöglichen. Des Weiteren sind größere Behandlungskontingente für Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei dieser Erkrankung erforderlich, um die Patienten ausreichend lange behandeln zu können.

Borderline-Netzwerke

Trotz der schlechten Rahmenbedingungen haben sich in einigen Städten und Regionen mittlerweile DBT-Netz-

werke gebildet. Im Borderline-Netzwerk Berlin arbeiten derzeit 30 Psychotherapeuten. Zudem gehören mehrere teilstationäre und komplementäre Einrichtungen sowie Krankenhäuser zum Netzwerk. Neben der Einzeltherapie gibt es Gruppentherapie, Telefoncoaching bei akuten Krisen und die Therapeuten treffen sich einmal wöchentlich in sogenannten Konsultationsteams.

Der Behandlungsbedarf kann damit aber nicht gedeckt werden. PD Dr. Stiglmayr, Initiator und Leiter des Netzwerkes, berichtete anlässlich eines Workshops, dass jeder Therapeut täglich mindestens drei Behandlungsanfragen habe. Wenn man von einer Prävalenzrate von 1,1 Prozent ausgehe, bedeute dies, dass allein in Berlin 14.000 bis 15.000 Patienten mit einer BPS versorgt werden müssten, denen 2.000 kassenärztlich zugelassene Psychotherapeuten gegenüberstünden. Dabei rechne sich die ambulante Behandlung für die Krankenkassen. Die größten Kosten bei der BPS entstünden durch die häufigen stationären Aufnahmen. Bei den Patienten des Borderline-Netzwerks Berlin sei die Kostenersparnis im stationären Bereich doppelt so hoch wie die Ausgaben für die ambulanten DBT, d. h. für einen investierten Euro werden zwei Euro gespart.

Traumafolgestörungen

Auch die spezifische Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) hat große Fortschritte gemacht und entwickelt sich immer noch weiter, sowohl hinsichtlich des Krankheitsverständnisses als auch der Behandlungsansätze. So wird für die ICD-11 die Einführung einer neuen Diagnose „Komplexe PTBS“ diskutiert, worunter Krankheitsbilder, die speziell nach lang andauernder, bzw. wiederholter Traumatisierung wie etwa infolge sexuellen Kindesmissbrauchs gefasst werden sollen. Zusätzlich zur klassischen PTBS-Symptomatik leiden diese Patienten häufig unter einer anhaltenden Beeinträchtigung der Emotionsregulierung mit affektiven Ausbrüchen und dissoziativen Zuständen und Problemen in der Beziehungsgestaltung. Zentral bei der Behandlung jeder Traumafolgestörung ist eine spezifische Psychotherapie, zu der auch eine Konfrontation mit dem Trauma gehört – vorausgesetzt, der Patient ist hinreichend stabil.

Traumatherapie kann sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Für eine effektive stationäre Behandlung ist entscheidend, dass sie ausreichend lange möglich ist, damit auch die Phase der Traumakonfrontation durchlaufen werden kann. Das ist aufgrund begrenzter Kostenübernahmen durch die Krankenkassen jedoch immer schwieriger. Sabine Drebes, Psychotherapeutin auf einer Station

für komplexe Traumata am evangelischen Krankenhaus in Bielefeld, wies beim BPtK-Workshop ausdrücklich auf dieses Problem hin. Es führe dazu, dass in ihrem Krankenhaus nur 30 Prozent der Patienten während der stationären Behandlung auch die Phase der Traumabehandlung durchliefen. In Bielefeld löse man dieses Problem zum Teil mit vorab geplanten Intervallbehandlungen in der Klinik, in denen die Traumabehandlung zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werde. Die Wiederaufnahmerate liege aktuell bei 30 bis 40 Prozent.

Stabilisierung sei die Voraussetzung, aber nicht die Therapie der PTBS, betonte auch Anne Boos, niedergelassene Psychotherapeutin und Traumaexpertin. Deshalb sollte die Traumabehandlung auch in der ambulanten Therapie frühzeitig zur Behandlungsoption gemacht werden. Die als schwierig erlebte Konfrontationsbehandlung in ein anderes Setting oder auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, sei nicht ratsam, da die Behandlung aus einer Hand zu bevorzugen sei. Eine aktuelle Versorgungsstudie von Rosner (2010) zeige, dass nur 13 Prozent der Patienten mit PTBS in den vier Jahren nach einer stationären Behandlung, der inhaltlich auf eine Stabilisierung ausgerichtet war, auch tatsächlich eine traumafokussierte Therapie erhalten haben.

Zwangsstörungen

Zwangsstörungen sind am besten mit einer störungsspezifischen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition zu behandeln. Zwänge wie überzogene Kontrollhandlungen, übertriebenes Waschen, Sammeln oder Horten können zu massiven psychosozialen Einschränkungen führen. In Deutschland sind etwa 1,6 Millionen Menschen betroffen, 250.000 bis 300.000 davon mit schwerer Ausprägung.

Psychotherapie ist bei der Behandlung der Zwangsstörung unabdingbar. Trotzdem suchen viele Patienten – in der Regel aus Scham – nicht von sich aus Hilfe. Schätzungsweise bringen nur zwei bis drei Prozent der Betroffenen eine eigene Bereitschaft zur Therapie mit. In der ambulanten Versorgung fehlen aber auch genügend störungsspezifische KVT-Angebote. Auch das Angebot an Spezialambulanzen, die es häufig in Anbindung an eine Universität gibt, reicht nicht aus. Wenn irgendwie möglich, erfolgt die Behandlung von Zwangsstörungen am besten ambulant, weil hierdurch die Exposition mit den Zwängen im Alltag und gewohnten Umfeld möglich ist. Eine stationäre Aufnahme ist vor allem dann indiziert, wenn Lebensgefahr besteht und wenn ein normaler Tagesablauf und die Wahrnehmung ambulanter Therapien

nicht mehr möglich ist: der Patient z.B. nicht mehr in der Lage ist, das Haus zu verlassen. Auf spezialisierte stationäre Angebote bestehen derzeit lange Wartezeiten. Bei entsprechendem Engagement der Therapeuten lassen sich Expositionsbehandlungen trotz teilweise langer Anfahrtswege und der nicht angemessenen Abrechenbarkeit gut ambulant durchführen. Damit sich mehr Psychotherapeuten auf die Behandlung von Zwangserkrankungen spezialisieren, bedarf es entsprechender Anreize in der Vergütung, sodass der Aufwand von Expositionsbehandlungen auch angemessen abgebildet wird.

■ Multimodale Behandlung notwendig

Psychische Erkrankungen, die besondere Anforderungen an eine multimodale Behandlung stellen, sind Essstörungen, aber auch Störungen des Sozialverhaltens im Kinder- und Jugendalter. Bei Essstörungen, die in der Regel bereits im Jugendalter beginnen, ist, insbesondere bei der Magersucht, eine ärztliche Mitbehandlung unerlässlich, bei Störungen des Sozialverhaltens sind Eltern, Schule und das soziale Umfeld zwingend in die Behandlung einzubeziehen.

Essstörungen

Essstörungen sind im Vergleich zu Depressionen oder Angsterkrankungen seltene, aber häufig sehr schwere psychische Erkrankungen. Vor allem ist die Magersucht (Anorexie) nicht selten lebensbedrohlich. Magersucht im Erwachsenenalter ist die psychische Erkrankung mit der höchsten Sterblichkeit. Langzeituntersuchungen zeigen zudem, dass manche Patientinnen sich nicht von ihrer Essstörung befreien können und ihr Leben stark von dieser geprägt wird.

Etwa ein Prozent der Frauen erkrankt während ihres Lebens an einer Anorexie und circa zwei Prozent der Frauen leiden während ihres Lebens an einer Bulimie (Ess-Brech-Sucht). Frauen erkranken etwa zwölfmal häufiger als Männer an einer Magersucht oder Bulimie. An Essattacken ohne Hungern und Erbrechen (Binge-Eating-Störung) erkranken zwischen zwei bis drei Prozent der Bevölkerung. Psychotherapie ist die nachweislich wirksamste Behandlungsmethode bei Essstörungen.

Anorexie: Insbesondere bei der Anorexie sollte die Behandlung aufgrund ihrer Schwere und Komplexität durch einen in der Behandlung von Essstörungen erfahrenen Psychotherapeuten und bei stationärer Behandlung in spezialisierten Kliniken oder Zentren erfolgen. Eine stationäre Behandlung ist vor allem dann erforderlich, wenn

das Gewicht so gering ist, dass eine ambulante Behandlung aus medizinischen Gründen nicht mehr zu verantworten ist. Eines der wichtigsten Ziele der stationären Behandlung ist dann auch die weitgehende Wiederherstellung eines „normalen“ Körpergewichts. Häufig tragen allerdings die Kostenträger die Kosten der dafür notwendigen langen stationären Behandlungen nicht mehr. Eine Patientin, die mit 30 Kilogramm Körpergewicht ihre Behandlung beginnt, benötigt aber circa 40 Wochen, um auf ein Gewicht von 50 Kilogramm zu kommen. Außerdem fehlt es an spezialisierten Kliniken. Die Wartezeiten in diesen Kliniken sind viel zu lang. Für Patienten mit extremem Untergewicht kann das lebensgefährlich sein, berichteten Experten wie Prof. Dr. Jörn von Wietersheim vom Universitätsklinikum Ulm anlässlich des BPTK-Workshops. Für Patienten mit Anorexie ist ein wesentliches Behandlungsziel das (Wieder-)Erlernen eines regelmäßigen Essverhaltens. Hierzu muss das gesamte therapeutische Personal in der Behandlung von Essstörungen geschult werden. Ein weiterer wichtiger Behandlungsbaustein, der vor allem stationär angeboten wird, sind Körpertherapien zur Behandlung der Körperbildstörung. Um den stationären Behandlungserfolg zu stabilisieren, ist in der Regel eine nahtlose ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich, was oft an den zu langen Wartezeiten der niedergelassenen Psychotherapeuten scheitert.

Bulimie und Binge-Eating: Für Patienten mit einer Bulimie oder einer Binge-Eating-Störung ist eine ausschließlich ambulante Behandlung in der Regel ausreichend. Aufgrund einer Vernetzung, wie sie z. B. im Rahmen von IV-Verträgen gut möglich ist, wie das ambulante Netzwerk „neo“ (Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis) oder das Forum für Essstörungen aus Wiesbaden zeigen, kann eine niedrigschwellige Ansprache, etwa durch Beratungsstellen oder Hausärzte, erfolgen. Dieser schließt sich im Rahmen des Vertrags eine in der Intensität gestufte psychotherapeutische Behandlung an, die aus Gruppenpsychotherapie, Einzelgesprächen, Familiengesprächen, körperpsychotherapeutischen Interventionen und Ernährungsberatung besteht. Insbesondere in ländlichen Bereichen sind solche vernetzten Versorgungsangebote wichtig.

Störungen des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens gehören zu den häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Rund sechs bis 16 Prozent der Jungen und zwei bis neun Prozent der Mädchen leiden darunter. Störungen des Sozialverhaltens



Peter Lehndorfer

verursachen unmittelbar großes Leid bei den erkrankten Kindern und Jugendlichen und in ihrem sozialen Umfeld. Aber auch die langfristigen Folgen von aggressivem Verhalten sind gravierend, da sie die schulische und berufliche Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen und damit Lebensperspektiven dauerhaft zerstören können. Sie stellen deshalb hohe Anforderungen an die Versorgung. Aufgrund des hohen Leids der erkrankten Kinder und Familien sowie eines Mangels an evidenzbasierten Behandlungsmethoden werden häufig auch zweifelhafte Behandlungsansätze gewählt.

Die Experten sind sich darin einig, dass eine Behandlung so früh wie möglich beginnen sollte. Diese Auffassung vertritt auch Prof. Dr. Nina Heinrichs von der TU Braunschweig. Zentrale Ansatzpunkte sind die Psychotherapie mit dem Kind selbst, etwa zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten oder des Ärger-Managements, und die Arbeit mit den Bezugspersonen, um es ihnen beispielsweise zu ermöglichen, wieder eine positive Beziehung zum Kind aufzubauen. Empfehlungen zur Elternarbeit sind ein wesentlicher Bestandteil evidenzbasierter Leitlinien. Gute Effekte sind zudem für die multisystemische Therapie nachgewiesen, die insbesondere auch bei schwer ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens indiziert ist. Sie ist zwar eine sehr personal- und kostenintensive Maßnahme, aber Kosten-Nutzen-Analysen belegten für diese Therapie deutlich niedrigere gesamtgesellschaftliche Fallkosten als alternative Maßnahmen wie z. B. eine externe Unterbringung. Problematisch ist, dass international empfohlene evidenzbasierte Maßnahmen

in Deutschland kaum mit den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie realisierbar sind. Weder die Kombination von Eltern-Kind-Therapien noch die ausreichende Einbeziehung von Bezugspersonen ist möglich.

Aber auch unter den aktuellen ungünstigen Rahmenbedingungen gibt es einzelne effektive stationäre und ambulante Behandlungsangebote. Im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg werden Eltern und Kinder zusammen behandelt. Vorteile dieses Versorgungssettings sind neben der Entlastung von Alltagsproblemen die Wegnahme des Drucks durch Schule und Gleichaltrige, die Unterbrechung familiärer Teufelskreise sowie die Möglichkeit, im Gruppensetting mit interdisziplinären Teams zu arbeiten. Diese Vorteile überwiegen Nachteile wie mögliche Trennungsreaktionen, Stigmatisierung oder verschärfte Schuldzuweisungen.

Zentrale Elemente des stationären Behandlungsprogramms sind für die Kinder die Einübung neuer Verhaltensmuster durch beständige Aufsicht und Coaching, die Unterbrechung von Verstärkungskreisläufen, die Entwicklung von Freundschaften durch täglichen Kontakt, das Ermöglichen von Chancen auf Bedürfnisbefriedigung und Wertschätzung, Zugehörigkeit, Bindung und Autonomie, die Nachsozialisation in der Beziehung zu Bezugspersonen, die Ressourcenaktivierung durch Kreativtherapien und gezielte Gruppenaktivitäten und Rituale. Dabei wird die Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen angewandt. Zur Elternarbeit der Hamburger Klinik gehören z. B. die Reflexion selbsterlebter Erziehungspraktiken, problematischer Einstellungen zu Gewalt und Dominanz oder zum eigenen Umgang mit Wut und Konflikten. Auch

für die stationäre Behandlung gilt, dass eine möglichst frühzeitige Intervention bei Kindern und Eltern die Erfolgchancen deutlich erhöht.

Ähnlich arbeitet auch die Spezialambulanz für Störungen des Sozialverhaltens an der Universität Köln. Wichtig sei vor Beginn der Behandlung eine gründliche Differenzialdiagnostik, um die richtige Indikation für eine multimodale ambulante Behandlung zu stellen. Ergebnis der Differenzialdiagnostik könne auch sein, dass zunächst andere Maßnahmen, etwa Jugendhilfemaßnahmen, empfohlen werden.

■ Psychotherapie bei schweren körperlichen Erkrankungen

Schwere, chronische und/oder terminale körperliche Erkrankungen können mit einer starken psychischen Belastung bis hin zu komorbiden psychischen Erkrankungen einhergehen. Bei onkologischen Erkrankungen z. B. sind psychologische oder psychotherapeutische Begleitungen oder Behandlungen heute „state of the art“.

Psychoonkologie

Mit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ 2014 liegen in Deutschland erstmals evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen auf hohem methodischen Niveau vor. Die Behandlung der häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Krebspatienten – affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Suchterkrankungen – soll gemäß den Empfehlungen der jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien vor allem mit Psychotherapie erfolgen.



Publikum „Gute Praxis – Psychoonkologie“



Monika Konitzer

Ein Sonderfall sind Patienten mit „subsyndromalen“ Belastungen, d. h. einer hohen und behandlungsbedürftigen psychischen Belastung, die aber (noch) nicht alle Kriterien für eine psychische Erkrankung gemäß ICD erfüllen. Dazu gehören vor allem Patienten mit starker Angst vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung (Progredienzangst) oder chronischer Erschöpfung (Fatigue). Auch diesen soll eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung scheitert ein solches Angebot unter anderem an den engen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie, die das Vorliegen einer psychischen Erkrankung voraussetzt. Hier besteht deshalb dringender Anpassungs- und Veränderungsbedarf, um die Leitlinienempfehlungen umsetzen zu können.

Aber auch innerhalb der Psychotherapie-Richtlinie besteht Anpassungsbedarf, um dem Bedarf von Patienten mit einer Krebserkrankung besser gerecht zu werden. So benötigen Krebspatienten häufig eher eine „psychotherapeutische“ Begleitung in den verschiedenen Krankheitsphasen, zwischen denen auch Phasen, in denen keine psychotherapeutische Unterstützung nötig ist, liegen können. Psychotherapeutische Behandlungen können deshalb durchaus niederfrequent über eine längere Zeit notwendig sein.

Die Behandlung von Krebspatienten stellt auch besondere Anforderungen an den Psychotherapeuten. Die besondere psychotherapeutische Haltung beschreibt Dr. Frank Schulz-Kindermann, Psychotherapeut und Leiter der Psychoonkologischen Institutsambulanz am Univer-

sitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wie folgt: „Bei der Begleitung des Weges durch Krankheit und Behandlung bedeutet gute psychoonkologische Praxis, das Wagnis einer existenziellen Begegnung einzugehen, beherzt Partei zu ergreifen, zuversichtlich neue Wege der personalen und sozialen Integration zu suchen und der letztendlichen vitalen Desintegration – mit feinem Gespür für deren Sinn – mitfühlend beizustehen.“ Ambulante Psychotherapeuten sollten nach seiner Ansicht ihren Patienten auch psychotherapeutische Unterstützung im Krankenhaus anbieten, wenn diese das wünschen.

■ Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen, die häufiger als andere chronisch verlaufen, mit schweren Beeinträchtigungen in der sozialen und beruflichen Teilhabe einhergehen und einen hohen Leidensdruck bei den Erkrankten auslösen, bedürfen spezifischer psychotherapeutischer Behandlungsangebote. Hierzu sind – so lassen sich die Ergebnisse der BPtK-Workshopreihe zusammenfassen – vor allem die folgenden Weiterentwicklungen der Versorgung erforderlich:

- Sowohl stationär als auch ambulant sind längere und langfristige psychotherapeutische Behandlungen vorzusehen. Dabei benötigen insbesondere Patienten mit Traumafolgestörungen und Anorexie ausreichend lange stationäre Behandlungen, Patienten mit psychotischen Erkrankungen und BPS vor allem die Möglichkeit länger angelegter ambulanter Psychotherapien.
- Für bestimmte psychische Erkrankungen, z. B. BPS bzw. Traumafolgestörungen, wurden in den letzten Jahren wirksame störungsspezifische Behandlungsmethoden entwickelt. Diese müssen auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen.
- Eine stärker vernetzte und multimodale Behandlung ist vor allem bei psychotischen Erkrankungen, BPS und Essstörungen erforderlich. Damit Psychotherapeuten sich besser vernetzen können, sind entsprechende Voraussetzungen zu schaffen.
- Außerdem erfordert eine spezifische Behandlung der genannten Erkrankungen gut fortgebildete Psychotherapeuten, um die Fortschritte der Psychotherapie in die Regelversorgung zu integrieren.

Kinder und Jugendliche

Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken. Nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben etwa 1,6 Millionen Minderjährige in Deutschland mindestens ein Elternteil, das unter einer psychischen Erkrankung leidet. Zwischen zehn und 30 Prozent der Patienten, die in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden, haben minderjährige Kinder. Auch unter den Patienten, die ambulant psychotherapeutisch behandelt werden, hat ein großer Teil minderjährige Kinder. Diese Kinder müssen spezifische Probleme bewältigen, die aus Desorientierung, Schuldgefühlen, Tabuisierungsisolierung, Loyalitätskonflikten und Betreuungsdefiziten resultieren können.

Diese Kinder benötigen ein gestuftes Betreuungs- und Versorgungsangebot. Dazu gehören präventive Maßnahmen, die die Resilienz der Kinder und Jugendlichen stärken sollen, altersgerechte Informationen über die Erkrankung und Behandlung der Eltern, praktische Hilfen für die Familie, Screenings der Kinder auf psychische Auffälligkeiten und Frühförderung. Am Ende kann auch die Behandlung psychischer Auffälligkeiten oder Erkrankungen der Kinder stehen.

■ Sicherstellung der Betreuung

Während einer Behandlung in der Klinik müssen Eltern, insbesondere alleinerziehende Eltern, die Betreuung ihrer Kinder sichern, was nicht immer reibungslos gelingt. Psychisch kranke Mütter oder Väter können aber auch mit der Organisation des familiären Alltags überfordert sein, sodass den Kindern verlässliche Strukturen fehlen. Normale Belastungen, die jedes Kind erfährt, werden dadurch zu chronischen Stressoren. Hier sind zunächst die Behandler der Eltern gefordert. Sie sollten routinemäßig mit erfassen, ob ihre erwachsenen Patienten Kinder zu Hause haben, die betreut werden müssen. Dies könnte zum Beispiel durch eine Verankerung in den Versorgungsleitlinien erreicht werden.

■ Aufbau eines sozialen Netzes

Neben den organisatorischen Aspekten der Alltagsbewältigung trägt die Qualität des sozialen Netzes zur Ressourcen-

stärkung und Entwicklungsförderung bei. Ein geeignetes Instrument können beispielsweise Patenschaften sein, die Kindern und Jugendlichen eine verlässliche und vertrauensvolle Beziehung zu Bezugspersonen bieten, die diese unterstützen. Gerade in akuten Belastungsphasen wie einer Klinikeinweisung einer Mutter oder eines Vaters können Kinder und Jugendliche dadurch stabilisiert und die Eltern-Kind-Beziehung kann trotz der Erkrankung positiv gestützt und gestärkt werden.

■ Informationen für Kinder und Eltern

Nicht selten hindern Schuldgefühle, Loyalitätskonflikte, Tabuisierung und Stigmatisierung der Krankheit der Eltern die Kinder daran, Trost und Unterstützung bei anderen Kindern oder Erwachsenen zu suchen. Hier liegt ebenfalls primär eine Aufgabe für die Behandelnden. Erste Schritte wie Psychoedukation sollten bereits in den Behandlungseinrichtungen und bei ambulanten Behandlungsangeboten für psychisch kranke Eltern erfolgen. Dazu müssen die Kinder eine altersgemäße Aufklärung erhalten und gegebenenfalls in die Behandlung einbezogen werden. Auch dieser Bedarf sollte in den Versorgungsleitlinien berücksichtigt werden.

Ausschuss für „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Name	Psychotherapeutenkammer
Marion Schwarz (Sprecherin des Ausschusses)	Hessen
Michaela Willhauck-Fojkar	Baden-Württemberg
Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Gabriela Küll	Hamburg
Jörg Hermann	Niedersachsen
Cornelia Beeking	Nordrhein-Westfalen
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen
Rolf Mertens	Nordrhein-Westfalen
Cornelia Plamann	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Peter Lehdorfer	BPTK

■ Früherkennung

Um Risiken für die kindliche Entwicklung zu minimieren, sollte es darüber hinaus eine Früherkennung psychischer Auffälligkeiten geben. Dafür sollten Screeningverfahren auf psychische Auffälligkeiten genutzt werden. Die BPtK fordert, dass die erforderlichen Abklärungen zeitnah in psychotherapeutischen Sprechstunden vorgenommen werden können, um gegebenenfalls präventive Maßnahmen oder die erforderliche Behandlung anbieten zu können. Dafür sind ausreichende psychotherapeutische Behandlungskapazitäten vor Ort erforderlich.

■ Nahtstellen definieren

In der multiprofessionellen Kooperation sind Verantwortlichkeiten – auch in Bezug auf die Kostenverantwortung – und Nahtstellen zu definieren. Um neben der Definition auch in der praktizierten Kooperation Klarheit zu haben, wären regionale Koordinierungsstellen für Hilfen bzw. Leistungen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sinnvoll. Festzulegen wäre dabei auch, durch wen das Fallmanagement jeweils erfolgen kann und soll.

■ Gemeinsame Initiative

Eine gute Versorgung ist nur durch die verbindliche Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger bzw. die Abstimmung zwischen den Leistungsgesetzen und die rechtliche Normierung von Mischfinanzierungen erreichbar. Aktuelle Hilfe- und Behandlungsangebote beschränken sich noch auf einzelne „Teile“ des Systems Familie. Modellprojekte zeigen, dass es möglich ist, mit multiprofessionellen Teams Hilfen und präventive An-

gebote für die gesamte Familie erfolgreich anzubieten, wenn die Schnittstellen zwischen SGB II, V, VIII, IX und XII optimal gestaltet sind.

Die BPtK ist daher Mitunterzeichnerin einer Initiative, die die Einrichtung einer Sachverständigenkommission zur Bewertung der Versorgungssituation von Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern fordert.

Dringender Handlungsbedarf auf Bundesebene wird unter anderem gesehen, um

- das gesamte Familiensystem bei der Erbringung von Hilfen zu berücksichtigen – unabhängig davon, wer als erster aus der Familie nach Hilfe bzw. Unterstützung sucht,
- Finanzierungslücken zum Beispiel bei Kooperations- und Netzwerkarbeit oder präventiven kooperativen Angeboten zu analysieren,
- verpflichtende Kooperationsarbeit und ihre Finanzierung in den Sozialgesetzbüchern zu verankern,
- einheitliche Qualitätskriterien zum Aufbau von Kooperationen und Netzwerken und die Aufnahme in die Ausbildungscurricula der im Bundeskinderschutzgesetz benannten Akteure zu realisieren,
- im SGB V Regelungen bezüglich der Finanzierung von Kooperation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu treffen,
- ein bundesweites Rahmenkonzept für die Gestaltung von komplexen Hilfen für Familien mit psychisch kranken Eltern zu erstellen und
- die Netzwerk- und Kooperationsarbeit angemessen zu finanzieren.

Die Unterzeichner haben die Kinderkommission des Deutschen Bundestages um Unterstützung gebeten.

Immer mehr Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche

■ Methylphenidat und Antipsychotika

Internationale Studien berichteten im Hinblick auf die vergangenen Jahre, dass die Diagnosehäufigkeit von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) teilweise erheblich zugenommen habe. Die bundesweit repräsentative Studie „KiGGS Welle 1“ (2009–2012), die 2014 veröffentlicht wurde, befragte in

Deutschland Eltern, ob ihre Kinder im Alter von drei bis 17 Jahren jemals eine ADHS-Diagnose erhalten haben (Lebenszeitprävalenz). Die Ergebnisse wurden mit der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) verglichen.

ADHS und Methylphenidat

Danach bestand für den Zeitraum 2009 bis 2012 eine

Prävalenz der ADHS von fünf Prozent. Bezüglich Jungen berichteten die Eltern mehr als viereinhalbmal so häufig von einer ADHS-Diagnose wie bei Mädchen. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren mehr als zweieinhalbmal so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Sozialstatus. Der Vergleich der Studien zeigt aber auch, dass sich zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen keine statistisch signifikanten Veränderungen der Diagnosehäufigkeit für ADHS feststellen lassen.

Ein anderer Trend ist aus den Daten von Krankenkassen ersichtlich. So stieg unter den Versicherten der Techniker Krankenkasse die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die hyperaktiv sind, sich schlecht konzentrieren können und deshalb den Wirkstoff Methylphenidat verordnet bekommen, von 20.000 im Jahr 2006 auf 29.000 im Jahr 2010 an. Bereinigt um den Versichertenzuwachs ist dies ein Anstieg um 32 Prozent. Der langjährige Trend steigender Verordnungen von Methylphenidat konnte inzwischen gestoppt werden. 2013 ist der Verbrauch dieses Wirkstoffes in Deutschland erstmals im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Mit 1,8 Tonnen des Wirkstoffes wurden zwei Prozent weniger verordnet als noch 2012. Offen bleibt jedoch die Frage, ob und inwieweit auf andere Wirkstoffe, zum Beispiel Atomoxetin, ausgewichen wurde. Der Rückgang der Verordnungen von Methylphenidat könnte jedenfalls darauf zurückzuführen sein, dass der G-BA 2010 veränderte Kriterien für die Diagnose und Behandlung festlegte. Die Arzneimittel-Richtlinie schreibt seitdem für die Verordnung von Methylphenidat vor, dass

- eine Behandlung von ADHS ohne Medikamente beginnen muss,
- Methylphenidat erst dann eingesetzt werden darf, wenn die nicht-medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich verläuft,
- Methylphenidat auch dann nur innerhalb einer therapeutischen multimodalen Gesamtstrategie eingesetzt werden darf, die neben pharmakologischen Maßnahmen insbesondere auch psychologische, pädagogische und soziale Therapiekonzepte nutzt,
- die Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden muss,
- der medikamentöse Einsatz besonders zu dokumentieren ist, insbesondere bei einer Dauertherapie von über zwölf Monaten,
- mindestens einmal jährlich die medikamentöse Behandlung unterbrochen und neu beurteilt werden muss,
- die ADHS-Diagnose auf Kriterien der DSM-IV oder der ICD-10-Klassifikation beruhen muss.

Die BPTK hat eine auf unzureichender Diagnostik beruhende und deshalb nicht indizierte Verordnung vom Methylphenidat immer wieder stark kritisiert. Eine hohe Evidenz weist eine multimodale ADHS-Therapie auf, zu der Aufklärung und Beratung der Eltern des Kindes oder Jugendlichen und der Erzieher bzw. Lehrer, Elternt raining und Familientherapie, Interventionen im Kindergarten oder in der Schule sowie Psychotherapie des Kindes oder Jugendlichen gehören. Erst wenn das nicht hilft oder die Kinder schwer erkrankt sind, empfiehlt sich der Beginn einer medikamentösen Behandlung, am besten in Kombination mit einer Psychotherapie.

Dramatische Zunahme der Verordnung von Antipsychotika

Alarmierend ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, denen Antipsychotika verschrieben wird. Er ist zwischen 2005 und 2012 um 41,2 Prozent gestiegen. Bei den sogenannten atypischen Antipsychotika beträgt der Anstieg sogar 129 Prozent. Jede zweite Verordnung entfällt inzwischen auf das atypische Antipsychotikum Risperidon. Diese dramatische Entwicklung belegt der BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Dabei leiden nur sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen, die Antipsychotika verordnet bekommen, tatsächlich unter einer Krankheit, für deren Behandlung diese Medikamente zugelassen sind, wie zum Beispiel Schizophrenie. Die häufigsten Diagnosen, bei denen Risperidon verschrieben wird, sind Hyperaktivität (61,5 Prozent) und Störungen des Sozialverhaltens (36,5 Prozent). Für Hyperaktivität ist Risperidon gar nicht, für Störungen des Sozialverhaltens nur dann zugelassen, wenn diese Kinder sehr aggressiv und darüber hinaus unterdurchschnittlich intelligent sind. Der größte Teil der Verordnungen erfolgt daher offensichtlich „offlabel“, also ohne dass diese Medikamente für diese Erkrankung zugelassen sind.

In einigen westlichen Industrieländern erhalten inzwischen bis zu zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen Antipsychotika. Im internationalen Vergleich belegt Deutschland hier mit 0,3 Prozent einen mittleren Rang. Ursachen vermuten die Autoren der Studie unter anderem im intensiven Marketing der pharmazeutischen Unternehmen und einer im Vergleich zur Psychotherapie schneller wirkenden medikamentösen Behandlung.

Die BPTK hat deshalb vorgeschlagen, dass der G-BA die Verordnung von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen ebenso einschränkt, wie er es bei der Verordnung von Methylphenidat bereits getan hat. Mit Blick auf die Nebenwirkungen und die unzureichenden Studien zur

Wirksamkeit sollten Antipsychotika nur von Experten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen verordnet und die Therapie zudem sorgsam überwacht werden. Antipsychotika, auch Neuroleptika genannt, sind Arzneimittel, die zur Behandlung von Wahnvorstellungen, Halluzinationen und starken Erregungszuständen eingesetzt werden. Die BPtK kritisiert, dass Psychopharmaka eingesetzt werden, wenn es dafür keine ausreichende Diagnostik und Indikationsstellung gibt. Häufig

werden auch Psychopharmaka statt Psychotherapie eingesetzt, weil es an niedergelassenen Psychotherapeuten mangelt. Es ist aus Sicht der BPtK inakzeptabel, wenn Kinder und Jugendliche aus diesen Gründen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt werden. Antipsychotika haben oftmals gravierende Nebenwirkungen wie zum Beispiel erhebliche Gewichtszunahme, Bewegungsstörungen, hormonelle Störungen und Herzrhythmusstörungen.

Diagnose Junge! Pathologisierung eines Geschlechts?

Jungen besuchen doppelt so oft Förderschulen wie Mädchen und verursachen höhere Krankheitskosten. Bei psychischen Erkrankungen sind die Krankheitskosten für Jungen beinahe doppelt so hoch wie für 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.

„Der Titel des Symposiums darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass wir in unserer Gesellschaft jungentypisches Verhalten inzwischen als krankheitswertige Störung klassifizieren“, stellte BPtK-Vorstand Peter Lehdorfer klar. Vielmehr gehe es darum, die Erklärung behandlungsbedürftiger Erkrankungen bei Jungen um die Genderperspektive zu ergänzen. Dabei seien noch viele Fragen offen. Würden Jungen zum Beispiel häufiger krank, weil sie nicht ausreichend spezifische Entwick-

lungsbedingungen vorfinden? Verstünden die Erwachsenen die Bedürfnisse der Jungen richtig? Was könne verändert werden an den Lebensbedingungen, unter denen Jungen aufwachsen, und an den gesellschaftlichen Einstellungen, Werten und Strukturen, damit Jungen in einer Welt leben können, die besser zu ihnen passt und die sie weniger gefährdet?

Risikokompetenz stärken

Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit

Niedersachsen, wies darauf hin, dass es heute – mit Ausnahme der Essstörungen – keinen öffentlichen Gesundheitsdiskurs gebe, der sich nicht mit Jungen beschäftige. Jungen seien Schreibabys, Unfallopfer, Sprachauffällige, Zappelphilippe, Legastheniker, Schulverweigerer, Schulabbrecher, Computersüchtige, Kriminelle, Gewalttäter und Anabolikakonsumenten. Dabei zeige der Blick auf die Fakten oft ein differenziertes Bild. Wechselwirkungen mit anderen Risikofaktoren seien in der Regel aussagekräftiger als die Geschlechtszugehörigkeit allein. So blieben Jungen nicht-deutscher Herkunft doppelt so häufig ohne Schulabschluss wie ihre deutschen Altersgenossen.

„25 Prozent der Jungen lernen Sprechen nur noch mit Hilfe von Logopäden“, kritisierte Altgeld. Eine mögliche Ursache: die Geschlechterblindheit der Normen bei den Sprachstanderhebungen in der Vorschule. Auf der anderen Seite gebe es völlig unzureichende oder unpassende Präventionsansätze. Ein wesentliches Problem: Präventive Botschaften ignorierten oft die Selbstwahrnehmung von Jungen. Jungen fehle es in der Regel nicht an Wissen über Gesundheitsrisiken. Gesundheitsförderliches Verhalten passe aber nicht zu ihrem Selbstkonzept. Die Aufforderung „An Freunden oder Bekannten orientieren, die keinen Alkohol trinken“ sei zum Beispiel realitätsfremd. Prävention müsse es daher gelingen, die Risikokompetenz von Jungen zu stärken.

Jungengesundheit

Jungen sind bei der Geburt das etwas häufigere Geschlecht. 51,3 Prozent der Neugeborenen sind männlich. Diese Verteilung verändert sich aber durch die Mortalitätsrisiken in



Thomas Altgeld

Kindheit und Jugend. So sterben doppelt so viele Jungen wie Mädchen am plötzlichen Kindstod. Das gefährlichste Alter beginnt für Jungen mit ihrem 15. Lebensjahr. Fast drei von vier Jugendlichen, die im Alter zwischen 15 und 20 Jahren ums Leben kommen, sind männlichen Geschlechts. Ursache sind vor allem tödliche Verletzungen.

Im Gesundheitswesen verursachen Jungen die höheren Kosten, auch weil sie häufiger psychisch erkranken. Lernstörungen oder umschriebene Entwicklungsstörungen treten bei Jungen doppelt so häufig auf wie bei Mädchen. Das Autismusrisiko ist bei Jungen um das Zwei- bis Fünffache erhöht. Ab dem siebenten Lebensjahr ist das Risiko für einen Jungen, an ADHS zu erkranken, viermal höher als bei einem Mädchen. Im Alter von zehn bis 20 Jahren ist Suizid als Todesursache bei Jungen dreimal häufiger als bei Mädchen. Jungen erhalten aufgrund psychischer Störungen mehr als doppelt so häufig Antipsychotika wie Mädchen. Sie benötigen auch deutlich häufiger eine Behandlung im Krankenhaus: 43,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Abteilungen sind Mädchen, 56,5 Prozent Jungen. Bis zum Grundschulalter erhalten Jungen häufiger psychotherapeutische Leistungen als Mädchen, danach ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen. Bei den 18- bis 21-Jährigen sind dann die Mädchen mit fast drei Viertel der Psychotherapiepatienten überrepräsentiert.

Deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich auch bei den Leistungen der Jugendhilfe. An Familien mit Jungen im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren wenden sich 60 Prozent der neu begonnenen erzieherischen Hilfen. Bereits bei der Einschulung existiert ein geschlechtstypisches Muster. Von den vorzeitig eingeschulter Kindern sind 60 Prozent Mädchen, von den verspätet eingeschulter dagegen knapp zwei Drittel Jungen. Später gehen dann doppelt so häufig Jungen wie Mädchen auf Förderschulen.

Junge werden

Prof. Dr. Sabine Walper, Forschungsdirektorin des Deutschen Jugendinstituts e. V., erläuterte in ihrem Vortrag dass sich „Männlichkeit“ aus der ständigen Wechselwirkung zwischen Genaktivität, neuronaler Aktivität, Verhalten und Umwelt entwickle. Überraschend sei für viele, dass Jungen empfindlicher und vulnerabler als Mädchen auf Belastungen reagieren, wie zum Beispiel inkonsistente Erziehung, Familienkonflikte, Wechsel der Betreuungsperson, Umzüge, Ablehnung durch Gleichaltrige oder einen niedrigen sozioökonomischen Status. Mit der Pubertät komme es dann im Weiteren zu Unterschieden in der Hirnentwicklung, die mit der erhöhten Risikobereitschaft

von Jungen in Zusammenhang gebracht würden. Jungen neigten dabei früh zu riskantem Verhalten, begünstigt durch eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber entsprechenden Rollenvorbildern und eine selektive Übernahme von deren Verhalten. Typische Vorbilder für Jungen seien neben den Peers Rennfahrer, Popstars, Fußballhelden, Fernsehmoderatoren und Filmschauspieler sowie Helden der Computerspiele, die in Abgrenzung zu typischem Mädchenverhalten stark, cool, respekt einflößend, experimentier- und risikofreudig und rivalisierend seien. Häufig konzentriere sich der Erwachsenenblick auf Phänomene wie Aggression, Gewalt und Kriminalität oder das expansiv-externalisierende Verhalten. Das berge die Gefahr zur Dramatisierung der Situation und trage in gewissem Sinn auch zur Psychiatrisierung des Jungenlebens bei. Vielmehr müsse Risikohandeln als Teil der normalen Entwicklung von Männlichkeit in einem bestimmten Alter anerkannt werden.

Körperliche Aktivität

Dr. Hans Hopf, Preisträger des Diotima-Ehrenpreises der deutschen Psychotherapeutenchaft im Jahr 2013, erklärte, dass Jungen heute viel besser seien als ihr Ruf und viele von den positiven Veränderungen in den Erziehungshaltungen der Eltern profitierten. Allerdings verdichteten sich bei einer kleineren Gruppe mit überforderten, desorientierten, desolaten Elternhäusern Risikofaktoren in besonderer Weise.

Jungen hätten schon früh einen viel stärkeren Drang nach Bewegung. Körperliche Aktivität würde bei ihnen stärker narzisstisch bestätigt bzw. positiv verstärkt als bei Mädchen. Weil die Bewegungsfunktion für sie bedeutend ist, ihnen andererseits häufig keine ausreichenden Möglichkeiten zur Regulation ihrer Affekte zur Verfügung stehen, machen Jungen aus dieser Not eine – vermeintliche – Tugend. Sie externalisieren. Aus psychoanalytischer Sicht machte Hopf deutlich, dass ein bestimmtes Maß an Bewegungsunruhe zur normalen Entwicklung des Jungen gehört.

Die Ursache für die Zunahme externalisierender Störungen sei jedoch auf Veränderungen der familiären und institutionellen Erziehung zurückzuführen, die ge-



Prof. Dr. Sabine Walper



Dr. Hans Hopf

schlechtsspezifischen Unterschieden zwischen Jungen und Mädchen nicht gerecht werde. So hätten unter anderem Änderungen im gesellschaftlich erwünschten Erziehungsstil der Eltern dazu geführt, dass Kinder immer weniger Halt und Sicherheit erfahren. So, wie unsere Gesellschaft generell an einem Rückgang von „väterlichen“ Strukturen, Symbolen und Ritualen leide, hätten auch externalisierende Störungen zugenommen. Hopf forderte daher psychisch präsente Väter, die entscheidend dazu beitragen könnten, dass sich Symptome wie Unruhe, Unaufmerksamkeit und Unbeherrschtheit bei Jungen empirisch messbar zurückbildeten. Mütterliche und väterliche Haltung seien aber an kein Geschlecht ge-

bunden. Entscheidend für die Entwicklung der Kinder sei die Qualität der innerfamiliären Beziehungen.

Geschlechtergerechtes Aufwachsen

So unterschiedlich die Erklärungen zur Jungengesundheit aus den verschiedenen Perspektiven auch ausfielen, bei den Gegenmaßnahmen gab es weitgehend Einigkeit unter den Experten. Vor allem brauche es mehr Geschlechtersensibilität. Dazu müssten grundlegende Daten routinemäßig erhoben und veröffentlicht werden. Darauf aufbauend sollten geschlechtergerechte Aspekte in die Aus- und Weiterbildung von Fachleuten, wie Erziehern, Pädagogen, Ärzten und Psychotherapeuten, integriert werden.

Website für Jugendliche

Eine neue Website der BPtK soll Jugendlichen vermitteln, dass Emotionen, Konflikte und Spannungen zum Leben gehören und dass es notwendig ist, den Umgang damit zu erlernen. Die Homepage soll den Jugendlichen aber auch nahebringen, wann es besser ist, sich professionell beraten zu lassen.

Die Homepage nutzt vor allem großformatige Fotos, um Jugendliche für verschiedene Themen zu interessieren. Die Empfindungen, die diese Bilder auslösen, sollen Jugendliche motivieren, sich mit eigenen Emotionen auseinanderzusetzen.

Die BPtK-Homepage bietet als nächsten Schritt die Auseinandersetzung mit ausgewählten Gefühlslagen. Diese greifen Konflikte und Spannungen auf, die für Jugendli-

che typisch sind und die sie vielleicht gerade beschäftigen. Sie sollen wiederum motivieren, sich mit den nachfolgenden Geschichten zu beschäftigen. Die Geschichten zu den Emotionen liefern zunächst keine fachlichen Informationen oder Erklärungen, sondern berichten, wie es anderen Jugendlichen ergangen ist. Die Texte stammen von jungen Autorinnen und Autoren, um einen möglichst authentischen Sprachduktus und eine nicht-professionelle Perspektive zu gewährleisten.

Die Geschichten werden ergänzt um andere Sichtweisen, die „Kommentare“ heißen. Neben Kommentaren von Freunden oder Freundinnen finden sich auch die Kommentare besorgter Eltern und von Psychotherapeuten. Letztere machen unter anderem deutlich, wann professioneller Rat ratsam ist. Sie kommentieren, wenn sinnvoll, auch die elterliche Perspektive.

Diese Website hat eine Leiste am unteren Bildrand, in der eine Vorstellung davon entwickelt wird, was in einer Psychotherapie passiert. Dazu gehören Themen wie: Was geschieht in einem psychotherapeutischen Gespräch? Wie finde ich einen Psychotherapeuten? Kann ich ihn erst einmal kennen und einschätzen lernen? Sind die Eltern dabei? Wer bezahlt eine Psychotherapie?



GeFühle fetzen – Website der BPtK für Jugendliche (in Entwicklung)

Publikationen und Medien der BPtK

Eine der Kernaufgaben der BPtK ist die Bereitstellung von Informationen über psychotherapeutische Themen und Positionen für ganz unterschiedliche Zielgruppen: Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, weitere Gesundheitsberufe, Patienten, Politik und Verbände im Gesundheitswesen sowie interessierte Bürger. Die BPtK hat ihre Öffentlichkeitsarbeit in den vergangenen Jahren stark erweitert. Sie bedient sich hierfür verschiedener Formate und Informationskanäle. Ihre Homepage bündelt diese Informationen und stellt sie online und als Download zur Verfügung. Daneben veröffentlicht sie themenbezogene Publikationen und Studien sowie den BPtK-Newsletter, mit dem sie regelmäßig über ihre Positionierung zu gesundheitspolitischen Themen informiert.

■ Patienteninformation im Fokus

Ein Schwerpunkt der vergangenen Amtsperiode war der Ausbau der Patienteninformationen. In Gesprächen mit Psychotherapeuten und Betroffenen, aber auch mit Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen wurde immer wieder deutlich, dass es ein grundsätzliches Bedürfnis nach Informationen über den Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung und deren Ablauf gibt. Vor diesem Hintergrund entwickelte die BPtK die Informationsbroschüre „Wege zur Psychotherapie“. Die Broschüre wendet sich in erster Linie an Menschen, die noch nicht

in einer Psychotherapie waren und sich zunächst darüber informieren möchten, welche Hilfen es bei psychischen Erkrankungen gibt. Die Broschüre beschreibt, wer Menschen mit psychischen Krankheiten behandelt, wie diese behandelt werden, wie wirksam Psychotherapie ist und wer die Kosten für die Behandlung übernimmt.

„Wege zur Psychotherapie“ soll allen Bürgern und Bürgerinnen ein Ratgeber sein. Die BPtK hat daher ihre Broschüre sowohl in die türkische als auch in die englische Sprache übersetzt. Dabei wurde besonders auf eine kultursensible Übersetzung geachtet.

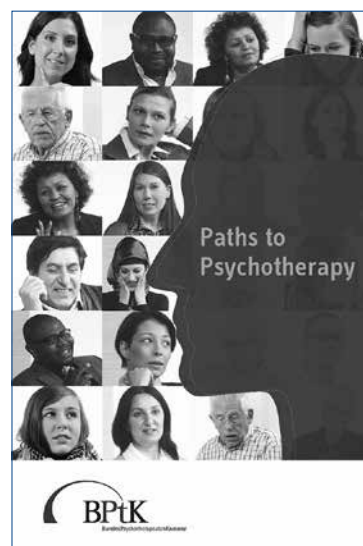
Wer einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz sucht, muss durchschnittlich mehr als drei Monate auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch warten. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, notwendige Behandlungen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen. Im April 2012 veröffentlichte die BPtK deshalb den Flyer „Kostenerstattung“, der beschreibt, wie Patienten die Kosten einer Psychotherapie auch in Privatpraxen bei ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geltend machen können. In leicht verständlicher Sprache wird erläutert, welche Voraussetzungen für das Kostenerstattungsverfahren zu erfüllen und welche gesetzlichen Vorgaben zu beachten sind. Ein Musteranschreiben gibt Betroffenen direkte Hilfe für die Kommunikation mit ihrer Krankenkasse. Auch diese Patienteninformation wurde in eine englische und türkische Sprachfassung übersetzt.



Wege zur Psychotherapie



Wege zur Psychotherapie (türkisch)



Wege zur Psychotherapie (englisch)

Im Juni 2013 gab die BPtK einen Informationsflyer zum Thema „Depression oder Demenz“ heraus. Dies geschah in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Betroffene und Angehörige sollten dafür sensibilisiert werden, dass sich hinter geistigen Leistungseinbußen im Alter auch eine depressive Störung verstecken könnte, die behandelt werden kann. In keiner Lebensphase verändert sich der Mensch so stark wie in Kindheit und Jugend – sowohl körperlich als auch seelisch. Für Eltern ist es oft nicht einfach, entwicklungsbedingte Krisen und individuelle Eigenheiten ihrer Kinder von psychischen Erkrankungen zu unterscheiden. Im Oktober 2013 veröffentlichte die BPtK deshalb den Ratgeber „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche – Informationen für Eltern“. Eltern soll damit eine erste Orientierung bei seelischen Krisen ihrer Kinder gegeben werden.

Ergänzend hierzu entwickelt die BPtK zurzeit einen eigenständigen Webauftritt, der Jugendliche direkt ansprechen soll. Die geplante Website soll es Jugendlichen ermöglichen, ihre Gefühle besser einzuschätzen und es als normal zu erleben, sich über sie auszutauschen. Sie soll den Jugendlichen aber auch, die Grenzen vermitteln, bei denen es besser ist, sich professionell beraten zu lassen.

Rund 900.000 Menschen wurden im Jahr 2009 in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatik behandelt. Welches Krankenhaus für eine bestimmte psychische Erkrankung die besten Voraussetzungen bietet, ist für den Patienten dabei wenig transparent. Im November 2011 stellte die BPtK daher die „BPtK-Checkliste für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik“ zusammen. Sie wurde unter anderem mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland beraten. Sie soll Patienten dabei unterstützen, wichtige Informationen bei Krankenhäusern für Psychiatrie oder Psychosomatik zu erfragen, zum Beispiel „Wie sieht ein typischer Behandlungsplan für meine Erkrankung aus?“ oder „Welchen Stellenwert hat Psychotherapie bei der Behandlung?“.

Die Patienteninformationen der BPtK wurden von Beginn an stark nachgefragt und mussten zwischenzeitlich mehrfach nachgedruckt werden. Angefordert werden die Patienteninformationen dabei nicht nur durch die Bürger selbst, sondern zur weiteren Verteilung auch durch psychotherapeutische Praxen und Arztpraxen, Patientenorganisationen, Krankenhäuser und Beratungsstellen.

■ Das Aktuelle: Homepage und Newsletter der BPtK

Seit Mai 2011 präsentiert sich die Homepage der BPtK in neuem Design. In modernem Layout, einer übersichtlichen und strukturierten Navigation erlaubt die Startseite einen Überblick über die News der BPtK sowie einen schnellen und direkten Zugriff auf weitergehende Informationen für Patienten, Presse und Fachöffentlichkeit. Alle Publikationen und Stellungnahmen der BPtK finden sich hier als Download. Ein geschützter Bereich erlaubt den Landespsychotherapeutenkammern und Gremien der BPtK Zugriff auf interne Unterlagen. Das Informationsangebot der BPtK-Homepage wird kontinuierlich ausgebaut.

Vierteljährlich erscheint der „BPtK-Newsletter“. Auf acht Seiten informiert die BPtK über aktuelle Themen und erläutert eigene Positionen. Ein Interview mit wechselnden Akteuren im Gesundheitswesen ist fester Bestandteil des Newsletters.

Daneben versendet die BPtK regelmäßig „Aktuelles aus Gesundheits- und Sozialpolitik“ mit Kurzmeldungen aus der Politik und von den Partnern im Gesundheitswesen. Der Versand per E-Mail erlaubt die anlassbezogene Information der Landespsychotherapeutenkammer und weiterer interessierter Parteien.

■ Die BPtK positioniert sich

Der „BPtK-Standpunkt“ dient dazu, die von der BPtK entwickelten Konzepte an die Politik und die Entscheidungsträger im Gesundheitssystem zu vermitteln. Dazu gehörte im April 2013 der BPtK-Standpunkt „Zehn Tatsachen zur Psychotherapie“. Das Papier erläutert Aussagen zur Prävalenz von psychischen Krankheiten, zu den Behandlungsmöglichkeiten, aber auch zur Wirksamkeit und zu den Kosten von Psychotherapie auf jeweils einer Seite, immer mit Bezug auf die aktuelle wissenschaftliche Studienlage. Zu jeder Bundestagswahl legt die BPtK ihre grundlegenden Positionen und Forderungen für die Legislaturperiode dar. Der im Mai 2013 erschienene BPtK-Standpunkt „Politik für psychisch kranke Menschen – Handlungsbedarf in der nächsten Legislaturperiode“ sollte neue (und alte) Akteure in der Gesundheitspolitik über die Defizite in der Versorgung psychisch kranker Menschen informieren und Handlungsmöglichkeiten für die Politik aufzeigen.

Mit dem BPtK-Standpunkt „Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern“ im Juni 2014 entwarf die BPtK ein Reformkonzept für die psychotherapeutische Versorgung. Es beschreibt differenzierte psychotherapeutische Leistungen in einer multiprofessionellen ambulanten

und stationären Versorgungslandschaft. Kernelement ist die psychotherapeutische Sprechstunde. Dieses Konzept fand Eingang in die Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes.

■ BpTK-Studien und themenbezogene Publikationen

Die BpTK greift regelmäßig Themen der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland auf. Anfang 2011 befragte sie mit Unterstützung der Landespsychotherapeutenkammern über 9.000 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu den Wartezeiten in ihren Praxen und veröffentlichte hierzu im Juni 2011 eine Studie. Es war das erste Mal, dass das Thema der Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung derart umfassend untersucht wurde. Die Ergebnisse der Studie konnten in den folgenden Jahren erfolgreich zu Untermauerung der politischen Forderung für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung verwendet werden.

Seit 2010 analysiert die BpTK in Metastudien regelmäßig die jährlichen Gesundheitsreports der großen deutschen Krankenkassen über die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen. Dabei setzte sie unterschiedliche Schwerpunkte: Alter, Burnout und zuletzt im Januar 2014 Frühverrentung aufgrund psychischer Erkrankungen.

Im Frühjahr 2013 führte die BpTK zusammen mit dem IGES Institut eine bundesweite Befragung der angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch. Die Ergebnisse wurden in bisher zwei Veröffentlichungen zusammenge-

fasst. Den Auftakt machte im Juni 2014 die Beschreibung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen, gefolgt im Dezember 2014 mit einer Analyse der Versorgungslage in der medizinischen Rehabilitation. Weitere Auswertungen, die besonders die psychotherapeutische Tätigkeit in der Jugendhilfe und Beratungsstellen zeigen, sind in Vorbereitung.

■ Information für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Das Format „BpTK-Spezial“ informiert Psychotherapeuten über relevante Themen für die berufliche Praxis. Anfang 2013 stellte die BpTK die wichtigsten Änderungen der Bedarfsplanungsreform zusammen. Eigens angefertigte Karten zeigten auf, in welchen Planungsbereichen neue Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten entstanden. Ergänzt wurde dies um Hinweise zum Zulassungsverfahren und zur verantwortungsvollen Nachbesetzung von Praxissitzen.

Ein weiteres „BpTK-Spezial“ informierte im März 2013 über die Einführung und Erprobung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik, kurz PEPP genannt. Dabei wurde klargestellt, was Behauptung und was Tatsache beim PEPP ist, wie es sich zur bisher geltenden Psychiatrie-Personalverordnung verhält und welche Konsequenzen die Einführung des PEPP für Psychotherapeuten in Ausbildung haben wird.

Im Februar 2013 fasste die BpTK für alle Angehörigen der Profession die Regelungen des Patientenrechtegesetz zusammen, insbesondere zum „Behandlungsvertrag“ verbunden mit konkreten Tipps zur Information und Aufklärung des Patienten.



BpTK-Spezial

BpTK-Newsletter

Flyer Kosten-erstattung

Diotima-Ehrenpreis

Mit dem Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeuten-schaft werden Personen oder Organisationen geehrt, die sich in besonderem Maße um die Versorgung psychisch kranker Menschen verdient gemacht haben oder sich durch ein herausragendes berufspolitisches oder wissenschaftliches Engagement auszeichnen.



DIOTIMA-EHRENPREISTRÄGER 2011 – 2014



Elise Bittenbinder

Preisträger 2011

■ Diotima-Ehrenpreis 2011 an psychosoziale Zentren für Folteropfer
Herausragende Versorgungsleistungen

Der Diotima-Ehrenpreis wurde 2011 an die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAFF) verliehen. Die BAFF wurde aufgrund ihrer herausragenden Versorgungsleistungen für Flüchtlinge und Folteropfer geehrt. Der Preis wurde Elise Bittenbinder, der Vorsitzenden der BAFF, übergeben.



Prof. Dr. Dietmar Schulte

Preisträger 2012

■ Diotima-Ehrenpreis 2012 für Prof. Dr. Dietmar Schulte
Wissenschaft als Grundlage der Psychotherapie

Mit dem Diotima-Ehrenpreis 2012 wurde Prof. Dr. Dietmar Schulte für seine großen Verdienste um die wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie und sein über 40-jähriges berufspolitisches Engagement für den Psychotherapeutenberuf ausgezeichnet. Sechs Jahre war Prof. Dr. Dietmar Schulte Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie.



Dr. Hans Hopf



Prof. Dr. Fritz Mattejat



Prof. Dr. Ursula Lehr

Preisträger 2013

■ Diotima-Ehrenpreis 2013 für Dr. Hans Hopf und Prof. Dr. Fritz Mattejat Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Dr. Hans Hopf und Prof. Dr. Fritz Mattejat erhielten 2013 in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft. Die BPTK ehrte damit zwei Psychotherapeuten, die mit ihrem wissenschaftlichen und therapeutischen Wirken auf herausragende Weise zur Entwicklung der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beigetragen haben. Psychotherapie ist bei den meisten psychischen Erkrankungen das wirksamste Mittel zur Behandlung. Dies gilt für Kinder und Jugendliche in ganz besonderer Weise. In Deutschland steht dafür heute ein differenziertes und wissenschaftlich fundiertes psychotherapeutisches Versorgungsangebot zur Verfügung.

Preisträgerin 2014

■ Diotima-Ehrenpreis 2014 für Prof. Dr. Ursula Lehr Würdigung für ein differenziertes und realistisches Altersbild

Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr war die Preisträgerin des Diotima-Ehrenpreises 2014. Die BPTK ehrte mit Prof. Lehr eine Wissenschaftlerin und Politikerin, die sich für ein differenziertes und realistisches Altersbild in unserer Gesellschaft und eine angemessene Gesundheitsversorgung älterer Menschen einsetzt.

Gemeinsamer Bundesausschuss

■ Unterausschuss Psychotherapie

Flexiblere Nutzung der Gruppenpsychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wie die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags berieten in den vergangenen vier Jahren wiederholt, wie die Rahmenbedingungen für die Gruppenpsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verbessert werden können.

Neben einer verbesserten Honorierung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen konnten erste Flexibilisierungen hinsichtlich der Vorgaben in der Psychotherapie-Richtlinie erreicht werden. Mit seinem Beschluss vom 18. April 2013 hat der G-BA zum einen ermöglicht, dass eine Verhaltenstherapie seither auch als alleinige Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden kann. Bis dahin war vorgeschrieben, dass in der Verhaltenstherapie eine Gruppenpsychotherapie stets mit einer Einzelpsychotherapie kombiniert werden muss.

Zum anderen hat der G-BA für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen beschlossen, die Mindestteilnehmerzahl von sechs auf drei Teilnehmer zu verringern. Diese Flexibilisierung soll den altersspezifischen Entwicklungsbedingungen und den besonderen Anforderungen, etwa bei ADHS oder Autismus, besser Rechnung tragen. Die BpTK hatte in ihrer Stellungnahme gefordert, die Mindestzahl wie im Fall der Verhaltenstherapie auf zwei Teilnehmer zu verringern. Damit sollte flexibler auf die im Einzelfall nötige Indikation für Gruppentherapie eingegangen werden können, zum Beispiel bei sozialisierten bzw. stark zurückgezogenen Kindern und Jugendlichen.

Bei seltenen Erkrankungen wie beispielsweise Autismus kommt hinzu, dass die Zahl der möglichen Teilnehmer insbesondere in ländlichen Regionen stark begrenzt ist. Die BpTK hatte deshalb in ihrer schriftlichen Stellungnahme und in der mündlichen Anhörung dafür plädiert, die Entscheidung über die im konkreten Behandlungsfall angemessene Gruppengröße der fachlichen Kompetenz der behandelnden Psychotherapeuten zu überlassen. Der G-BA ist dieser Argumentation nicht gefolgt.

In einer anderen wesentlichen Frage steht dagegen noch immer die G-BA-Entscheidung aus: die Zulassung der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie. Dies wird von verschiedenen Seiten, einschließlich der BpTK, schon seit Jahren gefordert. Nach Expertenanhörung, Evidenzrecherche und mehrjähriger Beratungen zu diesem Thema hat der G-BA im März 2015 einen Beschlussentwurf zu der erforderlichen Flexibilisierung vorgelegt.

Psychotische Erkrankungen sind Indikation für Psychotherapie

Internationale Leitlinien empfehlen schon seit Längerem, dass Patienten mit einer Schizophrenie in allen Phasen der Erkrankung eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll. Bei Patienten mit einer bipolaren Störung empfiehlt die S3-Leitlinie „Bipolare Störungen“ dies insbesondere für die akute depressive Phase. Dieser Forschungsstand findet sich jetzt auch in den Vorgaben zur ambulanten Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder. Psychotherapie ist bei Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sowie bei einer bipolaren affektiven Störung uneingeschränkt indiziert. Der G-BA beschloss am 16. Oktober 2014 die entsprechende Änderung der Psychotherapie-Richtlinie.

Psychotherapie ist ein unerlässlicher Bestandteil der evidenzbasierten Versorgung einer Schizophrenie. Zahlreiche klinische Studien konnten die Wirksamkeit der Psychotherapie auch in der akuten Phase der Erkrankung und bei anhaltenden („persistierenden“) psychotischen Symptomen belegen. In der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung fand dieser Kenntnisstand jedoch bislang keine hinreichende Berücksichtigung. Trotz der Schwere der Erkrankung war diese Patientengruppe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bislang unterrepräsentiert. Gegenwärtig machen diese Patienten nur etwa ein Prozent aller ambulanten Psychotherapiepatienten aus. Dies war unter anderem darauf zurückzuführen, dass die bisherigen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu sehr einschränkten.

Die Psychotherapie-Richtlinie sah bislang vor, dass Psychotherapie nur bei psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen angewendet werden darf. Diese begrenzte Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie hatte entsprechend den Zugang der betroffenen Patienten zur ambulanten Psychotherapie erschwert.

Deshalb führte die BPTK im April 2012 ein Symposium zu dem Thema „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychosen“ durch, bei dem Modelle guter psychotherapeutischer Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vorgestellt wurden. Anlässlich des Symposiums verwies BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter darauf, dass evidenzbasierte Leitlinien immer auch Psychotherapie als wirksame Behandlungsmethode empfehlen, in der Realität jedoch eine einseitige Pharmakotherapie dominiere. An psychotischen Störungen erkrankte Menschen erhalten selten die bestmögliche Behandlung. Prof. Richter stellte in diesem Zusammenhang fest, dass es inzwischen unstrittig sei, wie psychotisch erkrankte Menschen behandelt werden müssen. Das Problem sei heute, dass diese gesicherten Erkenntnisse noch nicht ausreichend umgesetzt werden. Anhand konkreter Praxisbeispiele konnte die Veranstaltung zeigen, wie Psychotherapie die Behandlung von psychotisch kranken Menschen verbessern kann und dass Menschen mit psychotischen Erkrankungen in besonderer Weise auf eine gut abgestimmte sektorenübergreifende Versorgung angewiesen sind.

Es wurde bei dieser Gelegenheit auch deutlich, dass modernen Konzepten der integrierten Versorgung hierbei eine wichtige Brückenbauerfunktion zukommen kann. In der regulären ambulanten und stationären Versorgung müssen zudem die Rahmenbedingungen, um psychotisch kranke Menschen länger und in größeren zeitlichen Abständen psychotherapeutisch versorgen zu können, weiter verbessert werden.

Im Anschluss an das Symposium hatte sich die BPTK gemeinsam mit dem Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie (DDPP) im Mai 2012 an den G-BA gewandt und auf eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie gedrungen. Nach mehreren Stellungnahmen der BPTK zu Fragen der Evidenz für psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen, aber auch zu berufsrechtlichen Fragen der Qualifikation und Behandlungsberechtigung von

Psychotherapeuten bei diesen Erkrankungen sowie zum Beschlussentwurf des G-BA konnte schließlich die erforderliche Änderung der Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie erreicht werden.

■ Unterausschuss Methodenbewertung

Ambulante neuropsychologische Therapie ist GKV-Leistung

Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen können inzwischen mit einer erheblich besseren Behandlung rechnen: Der G-BA hat am 24. November 2011 beschlossen, die neuropsychologische Therapie als ambulante Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anzuerkennen. Damit steht den Patienten ambulant eine Therapie zur Verfügung, die schon seit Jahren zum Standard der Krankenhausbehandlung und Rehabilitation zählt.

Die ambulante neuropsychologische Therapie war die erste neue psychotherapeutische Behandlungsmethode, die das Bewertungsverfahren beim G-BA erfolgreich durchlaufen hat, seit vor 25 Jahren die Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde. Dabei hat der G-BA sie in der Anlage I der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ geregelt und nicht als Psychotherapiemethode nach § 6 der Psychotherapie-Richtlinie. Entsprechend unterscheiden sich die Vorgaben insbesondere zur Indikationsstellung und Qualitätssicherung. Die G-BA-Richtlinie sieht für die neuropsychologische Therapie eine zweistufige Indikationsstellung vor. In einem ersten Schritt stellt in der Regel ein Neurologe oder Psychiater eine hirnorganische Erkrankung oder Schädigung fest, welche die Ursache der jeweiligen organisch bedingten psychischen Störung ist.

Die spezifische Indikationsstellung für die neuropsychologische Therapie erfolgt im zweiten Schritt. Diagnostik, Indikationsstellung und die darauf aufsetzende Behandlung werden dabei ausschließlich von Psychotherapeuten, Psychiatern oder Neurologen erbracht, die über eine Qualifikation entsprechend der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der BPTK in dem Bereich „Klinische Neuropsychologie“ verfügen. Damit stellt die Richtlinie sicher, dass die Leistungserbringer neben der grundlegenden psychotherapeutischen Qualifikation auch über umfassende spezifische Kenntnisse verfügen.

Die MWBO sieht für „Klinische Neuropsychologie“ vor: eine mindestens zweijährige Vollzeittätigkeit an aner-

kannten Weiterbildungsstätten, die theoretische Weiterbildung im Umfang von mindestens 400 Stunden sowie eine fallbezogene Supervision mit einer Dauer von mindestens 100 Stunden. Derzeit verfügt erst ein relativ kleiner Teil der Vertragspsychotherapeuten über eine entsprechende Fachkunde in „Klinischer Neuropsychologie“ bei zugleich regional sehr unterschiedlichen Versorgungsdichten. Daher wurden seit der sozialrechtlichen Zulassung der neuropsychologischen Therapie in vielen Regionen entsprechende Sonderbedarfszulassungen ausgesprochen, um so die ambulante neuropsychologische Versorgung zu verbessern.

Auch die Eintragung der Fachkunde in Klinischer Neuropsychologie in das Arztregister wurde inzwischen flächendeckend in den Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt. Dabei wurde auf die Weiterbildungsbezeichnungen der Landespsychotherapeutenkammern zurückgegriffen. In den Kammern ohne eigene Weiterbildungsordnung erfolgte eine Prüfung anhand der Vorgaben der MWBO.

EMDR bei Posttraumatischer Belastungsstörung anerkannt

Der G-BA erkannte am 16. Oktober 2014 das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung an. EMDR kann jetzt zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen eingesetzt werden – und zwar als Methode innerhalb eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie. EMDR wurde in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie den weiteren Verfahren, Methoden und Techniken zugeordnet, die unter bestimmten Bedingungen Anwendung finden können.

Bei EMDR handelt es sich um eine psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen abzielt und deren Wirksamkeit insbesondere bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1 nach ICD-10) untersucht wurde. Internationale und nationale Leitlinien empfehlen EMDR als eine der traumaadaptierten Behandlungsmethoden für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Die Anwendung von EMDR setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, das heißt eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der Posttrauma-

tischen Belastungsstörung einschließlich der EMDR-Methode. Diese sind in den neuen Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt, die zum 15. Januar 2015 in Kraft getreten sind. Dazu gehören mindestens 40 Stunden Theorie in Traumabehandlung und EMDR und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit EMDR bei erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Behandlungen erfolgen unter kontinuierlicher Supervision im Umfang von mindestens zehn Stunden. Insgesamt müssen mindestens fünf EMDR-Behandlungen abgeschlossen worden sein. Mit diesen Anforderungen wird klargestellt, dass die praktischen Kenntnisse ausschließlich in der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erwerben sind, für die EMDR zugelassen und für die ihre Wirksamkeit nachgewiesen wurde. In diesem Zusammenhang strebt die BPTK mit der Bundesärztekammer die gemeinsame Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung in Psychotraumathe- rapie unter Einbezug von EMDR an.

Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist derzeit eine eigene Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nicht vorgesehen. Da die Methode stets in ein Gesamtkonzept eines Richtlinienverfahrens integriert sein soll, kann die Abrechnung über die Gebührenpositionen des jeweiligen Richtlinienverfahrens erfolgen.

Die Prüfung von EMDR war vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Patientenvertretung im Jahr 2011 beantragt worden. Die BPTK hatte sich in ihren Stellungnahmen vom 4. August 2011 und 22. Juli 2014 für eine Anerkennung der EMDR bei der Indikation Posttraumatische Belastungsstörungen ausgesprochen und dabei für eine Anwendung der psychotherapeutischen Methode im Rahmen einer Behandlung mit einem Richtlinienverfahren plädiert.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hatte in seinem Gutachten vom 6. Juli 2006 EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen wissenschaftlich anerkannt. Der WBP sah jedoch keine ausreichende Evidenz für den Nutzen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Bewertung hat der WBP mit seinem Gutachten zu EMDR vom 1. Dezember 2014 bestätigt.

G-BA prüft Systemische Therapie

Der G-BA beschloss am 18. April 2013 zu prüfen, ob die Systemische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Erwachsenen anerkannt werden kann. In einem ersten Schritt forderte der G-BA im Dezember 2013 die Kammern, Fachgesellschaften und Einzelexperten auf, bis zum 20. Februar 2014 ihre Stellungnahmen abzugeben. Anhand eines Fragenkatalogs bat er um Angaben zu Aspekten der Definition des Verfahrens sowie insbesondere zu Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens. Auch die BPTK gab eine ausführliche Stellungnahme ab. Darin sprach sie sich für eine Anerkennung der Systemischen Therapie aus.

Am 21. August 2014 beschloss der G-BA, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit zu beauftragen, eine Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur „Systemische(n) Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“ durchzuführen. Die Vorlage des Abschlussberichtes des IQWiG wird für 2017 erwartet.

Die Systemische Therapie zählt seit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14. Dezember 2008 zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Der WBP bestätigte seinerzeit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie in der Behandlung von Erwachsenen für die Anwendungsbereiche:

- Affektive Störungen (F3),
- Essstörungen (F50),
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54),
- Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55),
- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F2).

Der WBP empfahl die Systemische Therapie als Verfahren für die vertiefte Ausbildung sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Der G-BA prüft nun seinerseits, ob bei der Systemischen Therapie ein Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit belegbar ist. Dies muss mindestens für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ sowie „Angststörungen und Zwangsstörungen“ und für mindestens einen der drei Anwendungsbereiche „somatoforme Störungen“, „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“

oder für mindestens zwei der sonstigen Anwendungsgebiete der Psychotherapie-Richtlinie der Fall sein.

■ Unterausschuss Qualitätssicherung

Einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Auf Empfehlung des Unterausschusses Psychotherapie hat der G-BA am 17. Juli 2014 das AQUA-Institut beauftragt, eine Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu erstellen. Im Zusammenhang damit hatte das Plenum des G-BA entschieden, dass künftig der Unterausschuss Qualitätssicherung die weitere Bearbeitung des Themas übernimmt. Bei der personellen Besetzung der zuständigen AG des Unterausschusses sollte die besondere Expertise aus dem Unterausschuss Psychotherapie berücksichtigt werden.

Ziel der Beauftragung war die Erstellung einer Konzeptskizze für die Neuentwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens sektorspezifisch für die ambulante Psychotherapie. Das zukünftige Verfahren und dessen zu entwickelnde Indikatoren und Instrumente sollten laut Auftrag schwerpunktmäßig auf die Messung und vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität, insbesondere der Prozess- und Ergebnisqualität, ausgerichtet sein.

Im Einzelnen wurde das AQUA-Institut unter anderem damit beauftragt:

- die Potenziale zur Qualitätssicherung und -verbesserung sowie die Qualitätsdefizite in den Bereichen Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlung, Behandlungsergebnis und Patientenorientierung zu untersuchen,
- Qualitätsziele zu diesen Bereichen abzuleiten und zu konkretisieren,
- erste Überlegungen und Vorschläge zu geeigneten Qualitätsindikatoren vorzulegen,
- Vorschläge zur Differenzierung nach Subgruppen zu unterbreiten,
- zu prüfen, welche Datenquellen zur Verfügung stehen und welche qualitätsrelevanten Daten daraus bezogen werden können,
- die Machbarkeit zu beurteilen und Empfehlungen für ein künftiges QS-Verfahren abzugeben,
- die Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, von Daten aus Patientenbefragungen und aus Leistungserbringerdokumentationen zu prüfen.

Die Konzeptskizze war dem G-BA bis zum 23. März 2015 vorzulegen. Die AG AQUA Abschlussberichte wurde dabei mit der Vorbereitung einer fristgemäßen Entscheidung über die formale Abnahme der Konzeptskizze beauftragt. Die BPtK wurde an der entsprechenden Sitzung der AG im April 2015 beteiligt. In Umsetzung des Auftrags hat das AQUA-Institut die BPtK im Rahmen eines Interviews zu Fragen der Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie im Herbst 2014 konsultiert.

Qualitätsmanagement – Evaluation und Überarbeitung der QM-Richtlinien

Die AG Qualitätsmanagement des G-BA, in der die BPtK aufgrund ihrer Beteiligungsrechte im Bereich der Qualitätssicherung vertreten ist, hat in der zurückliegenden Legislaturperiode drei prioritäre Aufträge bearbeitet:

- a) Überprüfung des Grades der Einführung und Weiterentwicklung sowie der Wirksamkeit und des Nutzens des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 9 QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (Evaluation der Richtlinie),
- b) Integration der gesetzlichen Vorgaben zum Risikomanagement und Fehlermanagement in die QM-Richtlinie bzw. die Definition von Mindestanforderungen für einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme und
- c) Erarbeitung von Eckpunkten für eine „sektorenübergreifende“ Richtlinie zum Qualitätsmanagement (Zusammenführung des stationären, vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgungsbereichs in einer Richtlinie).

Eine im Berichtszeitraum durchgeführte ausführliche Evidenzrecherche zur Evaluation des einrichtungsinternen QM erbrachte methodisch nur begrenzt belastbare Hinweise auf Wirksamkeit und Nutzen von QM-Systemen in der Gesundheitsversorgung. Ergänzend hierzu wurden auch die Berichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über den Grad der Umsetzung der QM-Richtlinien in der kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Versorgung herangezogen. Aus diesen ging hervor, dass in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung überwiegend eine richtlinienkonforme Einführung und Weiterentwicklung der QM-Systeme in den Praxen stattgefunden hat.

Auf dieser Grundlage beschloss der G-BA am 20. Juni 2013 entsprechend der Empfehlung der AG Qualitätsma-

nagement, keine Regelungen bezüglich der Akkreditierung von Qualitätsmanagement-Systemen zu treffen und keine Sanktionsmaßnahmen für Vertragsärzte vorzusehen, die das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unzureichend einführen und weiterentwickeln.

Darüber hinaus war dem G-BA mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes vom Gesetzgeber die Aufgabe zugewiesen worden, in den Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu bestimmen und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen (§ 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V). Dazu hat der G-BA am 23. Januar 2014 auf der Grundlage der Vorarbeiten der AG beschlossen, die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung und die Qualitätsmanagementvereinbarung im Krankenhaus um die Instrumente des Fehlermanagements und des Risikomanagements zu ergänzen und Mindeststandards in Bezug auf Fehlermeldesysteme zu definieren.

Die Arbeiten für eine gemeinsame sektorenübergreifend definierte Qualitätsmanagement-Richtlinie sind bereits weit fortgeschritten, sodass eine Überführung der aktuell bestehenden drei QM-Richtlinien in eine gemeinsame QM-Richtlinie noch im Laufe des Jahres 2015 erwartet wird.

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat eine Arbeitsgruppe „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“ (AG PPP) eingerichtet, um den gesetzlichen Auftrag nach § 137 Absatz 1c SGB V zu bearbeiten.

Die Bänke des G-BA konnten sich bislang nicht verständigen, ob die AG neben der Erarbeitung von Empfehlungen für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auch mit der Erarbeitung von verbindlichen Mindestanforderungen im Rahmen einer Strukturrichtlinie nach § 137 SGB V beauftragt werden soll. Deshalb wurde die AG zunächst damit beauftragt, Empfehlungen und Mindestanforderungen hinsichtlich des erforderlichen therapeutischen Personals ergebnisoffen zu beraten. Die AG hat im November 2014 ihre Arbeit aufgenommen. Die BPtK arbeitet in der AG mit.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen und ihre Inhalte zu veröffentlichen. Aufgabe der AG Qualitätsberichte ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätsberichte. Sie bereitet Beschlüsse zu Inhalt, Umfang und Datenformat der Berichte vor. Die Berichte sollen der Information von Patienten und Versicherten dienen sowie den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten und den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten.

Die BPTK arbeitet seit dem Jahr 2012 in der AG mit. Anliegen der BPTK ist es, die Qualitätsberichte insbesondere hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung im Krankenhaus aussagekräftiger und insgesamt für Patienten verständlicher zu gestalten. Hierzu zählen zum Beispiel differenziertere Angaben zur Ausstattung der Krankenhäuser mit psychotherapeutischem Personal.

Psychische Erkrankungen

Im Kontext der Einführung eines neuen pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) hat der G-BA den gesetzlichen Auftrag erhalten, Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QS) in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu beschließen (§ 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1c SGB V).

Hierzu hat der Unterausschuss Qualitätssicherung eine AG Psychische Erkrankungen eingesetzt, um einen Auftrag an das AQUA-Institut auszuarbeiten. Seit August 2013 war die BPTK an den Sitzungen der AG beteiligt, zunächst via Expertenbenennung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, seit Dezember 2013 als reguläres Mitglied der AG Psychische Erkrankungen. Nach mehreren Überarbeitungen einer Konzeptskizze für ein QS-Verfahren „psychische Erkrankungen“ beschloss der G-BA, das zu entwickelnde sektorenübergreifende QS-Verfahren „Psychische Erkrankungen“ im ersten Schritt auf die Indikation „Schizophrenie“ zu beschränken. Kritisch diskutiert wurde hierbei die Frage der QS-Dokumentation durch die ambulanten Leistungserbringer. Auch nach dem weitreichendsten Vorschlag ist keine eigene QS-Dokumentation durch Vertragspsychotherapeuten, die Patienten mit einer Schizophrenie behandeln,

vorgesehen. Noch zu entwickelnde psychotherapiebezogene Qualitätsindikatoren sollen demnach über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden.

Im Juni 2014 wurde das AQUA-Institut beauftragt, auf der Basis der Vorarbeiten Qualitätsindikatoren, Instrumente und die notwendige Dokumentation als Grundlage eines Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung von volljährigen Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln. Die Abgabe des Berichts des AQUA-Instituts zu diesem Auftrag ist für November 2015 terminiert.

Themenfindung und Priorisierung

Aufgabe der AG Themenfindung und Priorisierung (AG TuP) ist – im Auftrag des Unterausschuss Qualitätssicherung – die Identifizierung und Priorisierung von Themen für die Qualitätssicherung durch den G-BA. Hierzu wurde von der AG ein Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren erarbeitet, das 2012 erstmals angewandt wurde.

Das Verfahren besteht aus insgesamt neun Schritten, die nacheinander abgearbeitet werden. Nach Eingang der Vorschläge für zukünftige QS-Themen durch die Vorschlagsberechtigten werden die eingegangenen Vorschläge zunächst einer formalen Prüfung unterzogen. Für die Vorschläge, die die formalen Kriterien erfüllen, erfolgt eine Kurzvorstellung in der AG TuP durch die Vorschlagsberechtigten. Im Anschluss sind Trägerorganisationen des G-BA, Patientenvertretung und die Beteiligten nach § 137 – hierzu zählt auch die BPTK – aufgefordert, zehn Themen aus den Vorschlägen auszuwählen, die prioritär behandelt werden sollen. Des Weiteren beginnt die AG TuP mit den inhaltlichen Beratungen und Bewertungen der Themen. Zuletzt erfolgt eine Zuordnung der Themen zu den Kategorien Empfehlung zur Maßnahmenentwicklung, Empfehlung für die öffentliche Beobachtung oder Empfehlung für den Ausschluss. In einem letzten Schritt erfolgt nach weiteren Beratungen in der AG die inhaltliche Bewertung und vollständige Sortierung der zur G-BA-Maßnahmenentwicklung empfohlenen Themen nach Maßnahmen für die vergleichende externe QS und in andere QS-Maßnahmen.

Nach den Erfahrungen mit der Durchführung des Verfahrens im Jahr 2012 und im Jahr 2013 wurde beschlossen, dass TuP-Verfahren noch einmal zu überarbeiten. Das überarbeitete TuP-Verfahren wurde vom Plenum des G-BA im März 2015 beschlossen.

Fortbildungspflicht für Psychotherapeuten im Krankenhaus

Seit dem 1. Januar 2009 gilt für Psychotherapeuten im Krankenhaus neben der berufsrechtlichen Fortbildungspflicht auch eine sozialrechtlich geregelte Nachweispflicht zur Fortbildung. Einzelne Regelungslücken in den Vorgaben des G-BA führten jedoch dazu, dass von der AG Fortbildungspflichten des G-BA unter Beteiligung der BPTK eine Neufassung der sozialrechtlichen Fortbildungsregelungen erarbeitet wurde. Diese trat am 1. Januar 2013 in Kraft. Dazu gehört eine einheitliche Regelung, wann der Nachweis erbracht werden muss, dass die Fortbildungspflichten erfüllt sind, unabhängig von der Dauer der Tätigkeit im Krankenhaus.

Psychotherapeuten, die im Krankenhaus tätig sein wollen, müssen künftig stets über ein aktuelles Fortbildungszertifikat (d. h. nicht älter als fünf Jahre) der Landespsychotherapeutenkammer verfügen und nicht – wie zuvor – erst nach fünf Jahren Tätigkeit im Krankenhaus. Im Krankenhaus tätige neuapprobierte Psychotherapeuten müssen diesen Nachweis erstmals fünf Jahre nach ihrer Approbation vorlegen.

Psychotherapeuten müssen sich danach „überwiegend fachspezifisch“ fortbilden, das heißt, dass die Fortbildungen dem Erhalt und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz dienen. Diese Unterscheidung in „fachspezifische“ und „sonstige“ Fortbildung trifft der Fortbildende selbst. Die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Umfang von mindestens 250 Punkten wird über das Zertifikat der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer nachgewiesen.

Die beschlossene Regelung gilt für alle Psychotherapeuten, die in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus tätig sind – unabhängig davon, ob sie laut Arbeitsvertrag als Psychotherapeut oder Psychologe beschäftigt sind. Ausgenommen hiervon sind allerdings diejenigen Psychotherapeuten, die bereits unter die Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V fallen, weil sie gleichzeitig als Vertragspsychotherapeuten ermächtigt oder in einem Anstellungsverhältnis an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Nachweisfrist kann aufgrund von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten oder Unterbrechungen der psychotherapeutischen Tätigkeit aufgrund des Mutterschutzgesetzes, von Elternzeit nach

dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz entsprechend verlängert werden, maximal jedoch um zwei Jahre. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Umsetzung der Fortbildungsvorschriften in ihrem Haus in ihren strukturierten Qualitätsberichten darzustellen.

■ Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) hat es der Gesetzgeber ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern ermöglicht, spezielle Versorgungsangebote für Patienten mit schweren Erkrankungen anzubieten. Die dafür notwendige Richtlinie mit den grundsätzlichen Anforderungen liegt seit März 2013 vor. Sie wird vom Unterausschuss ASV für die einzelnen Erkrankungen und Leistungen konkretisiert.

Gastrointestinale Tumore und Tuberkulose

Die erste Anlage hat der G-BA am 19. Dezember 2013 für die Tuberkulose beschlossen. Am 20. Februar 2014 wurde die Richtlinie zur Versorgung von gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle verabschiedet. Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme gefordert, dass diese Patienten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung psychotherapeutische Leistungen wie Einzel- und Gruppeninterventionen im erforderlichen Umfang erhalten. Bei der beschlossenen Richtlinie „Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle“ wurde dieser Vorschlag jedoch noch nicht in ausreichendem Umfang umgesetzt.

Gynäkologische Tumore

Bei der Verabschiedung der Richtlinie zu den Gynäkologischen Tumoren ist der G-BA 2015 einem Vorschlag der BPTK gefolgt. Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden, können zukünftig bei Bedarf auch im notwendigen Umfang psychotherapeutisch beraten oder behandelt werden. Der G-BA hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 die entsprechende Richtlinie zur ASV bei gynäkologischen Tumoren beschlossen. Patientinnen mit einer hohen psychischen Belastung, die aber keine psychische Erkrankung haben, können im Rahmen der ASV die erforderlichen psychotherapeutischen Leistungen erhalten. Patientinnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen werden weiterhin außerhalb der ASV im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie behandelt.

Um dies zu ermöglichen, mussten die antragsfreien psychotherapeutischen Leistungen der entsprechenden Leistungserbringer in den Leistungskatalog der ASV aufgenommen werden. Damit auch Psychologische Psychotherapeuten – wie die Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatik – psychotherapeutische Einzelgespräche individuell im erforderlichen Umfang erbringen können, ist die Einführung einer neuen Leistungsziffer für die Psychologischen Psychotherapeuten notwendig gewesen. Nach dem EBM können Psychologische Psychotherapeuten im Gegensatz zu ihren ärztlichen Kollegen antragsfreie psychotherapeutische Einzelgespräche nur im Umfang von 150 Minuten pro Quartal und keine psychotherapeutischen Gruppengespräche anbieten. Hier besteht eine Ungleichbehandlung zwischen den Berufsgruppen, die zumindest im Rahmen der ASV nun teilweise aufgehoben ist. Der G-BA hat in den Leistungskatalog der ASV gynäkologische Tumoren psychotherapeutische Einzelgespräche über 15-mal pro Quartal für Psychologische Psychotherapeuten aufgenommen, aber keine Ziffer für Gruppengespräche. Eine entsprechende Anpassung der Richtlinie zu den gastrointestinalen Tumoren sowie eine angemessene Vergütung dieser Leistungen sollten ebenfalls erfolgen.

■ Unterausschuss Veranlasste Leistungen

Soziotherapie

Mit der Neufassung der Richtlinie zur Soziotherapie ist die Verordnung von Soziotherapie nicht mehr nur auf die Diagnosen Schizophrenie, wahnhaftige Störungen und schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen beschränkt, sondern kann in begründeten Einzelfällen auch bei allen anderen Diagnosen einer psychischen Erkrankung verordnet werden – vorausgesetzt, diese führen zu gravierenden Beeinträchtigungen im Alltag, die auch die Fähigkeit zur Inanspruchnahme und Koordination ärztlicher Leistungen betreffen. Damit wird die Forderung der BpTK erfüllt, Soziotherapie bei allen psychischen Erkrankungen zu ermöglichen.

Aber auch in der neuen Richtlinie darf Soziotherapie weiterhin nur von einem Arzt – Facharzt für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin oder Neurologie/Nervenheilkunde – verordnet werden. Diese Einschränkung ist aus Sicht der BpTK nicht sachgerecht. Aus Sicht der BpTK sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeuten dafür qualifiziert, über die Frage der Indikation einer Soziotherapie zu entscheiden. Daher ist die Möglichkeit zur Verordnung von Soziotherapie durch Psychotherapeuten die angemessene Lösung. Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen lässt sich eine solche Regelung jedoch nicht allein auf der Ebene der Richtlinie verankern. Die BpTK hatte in ihrer Stellungnahme an den G-BA deshalb vorgeschlagen, dass es auch anderen Ärzten als den in der Richtlinie benannten Fachärzten ermöglicht werden sollte, Soziotherapie zu verordnen, wenn sie vom behandelnden Psychotherapeuten empfohlen wird.

■ Unterausschuss Bedarfsplanung

Der Schwerpunkt der Arbeit des Unterausschusses Bedarfsplanung des G-BA war die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, mit der der G-BA durch den Gesetzgeber beauftragt war.

Die BpTK begleitete den Diskussionsprozess intensiv und über das ihr gesetzlich zustehende Anhörungsrecht hinaus. Die BpTK konnte in mehreren Sitzungen des Unterausschusses und in Gesprächen mit den Zuständigen im G-BA ihre Vorstellungen zu einer Reform der Bedarfsplanung präsentieren.

Der Unterausschuss bereitete weitere G-BA-Beschlüsse vor, die für Psychotherapeuten wichtig waren. Dazu gehörten die Entscheidungen zur Korrektur der Mindestquotenregelung und zur Berücksichtigung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung.

Daneben befasste sich der Unterausschuss mit einigen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die eher redaktioneller Art waren. Der Beschluss zur Berücksichtigung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten hätte Anlass dazu geben können, psychotherapeutischen Praxen, in denen sich mehrere Psychotherapeuten eine Zulassung teilen, einen angemessenen Beitrag zur Versorgung zu ermöglichen. Entgegen dem Vorschlag der BpTK blieb es jedoch bei den unangemessenen Leistungsbeschränkungen für diese Praxen.

Psychotherapeutische Versorgung in Europa



NPCE-Tagung im EU-Parlament

Die BPtK vertiefte ihr Engagement in Europa und dabei insbesondere im Network for Psychotherapeutic Care in Europe (NPCE), das sie mitinitiiert hat. Auch auf nationaler Ebene nahm die BPtK gegenüber der Bundesregierung Stellung zu europapolitischen Themen.

■ Network for Psychotherapeutic Care in Europe

Am 30. und 31. Mai 2012 fand an der Universität Limerick die interdisziplinäre Konferenz „Improved Access and Enhanced Collaboration Conference: Demedicalising primary mental health care“ statt, an der 180 Personen teilnahmen. Die Konferenz wurde vom NPCE initiiert und stand unter der Schirmherrschaft der Europaabgeordneten Nessa Childers. Referenten aus Europa, aber auch den

USA befassten sich mit den politischen, sozialen und wissenschaftlichen Herausforderungen psychischer Erkrankungen sowie mit Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem Psychotherapie gegenüber der Pharmakotherapie gestärkt wird.

■ Berufsqualifikations-Richtlinie

Die BPtK bezog gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Stellung zum Vorschlag des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen [KOM(2011)883 – 2011/0435 (COD)]. Zwei Regelungen des Entwurfes sind für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland besonders relevant: die

Schaffung eines partiellen Zugangs zur Berufstätigkeit und die Etablierung eines Anerkennungsautomatismus bei Berufen, die nicht unter eine sektorale Anerkennung fallen. Die BPtK begrüßt die Intention der Europäischen Kommission, die Mobilität von EU-Bürgern durch Erleichterungen bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen zu verbessern. Im Gesundheitsbereich darf dabei allerdings die Qualität der erbrachten Leistungen nicht gefährdet werden. Aus diesem Grund lehnte die BPtK diese beiden Regelungen für Gesundheitsberufe ab.

■ Nationale Reglementierungen des Berufszugangs

Gegenüber dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie nahm die BPtK Stellung zu der Mitteilung der Europäischen Kommission „Bewertung der nationalen Reglementierungen des Berufszugangs“ (KOM(2013)676 vom 2. Oktober 2013). Die EU-Kommission will damit den Berufszugang erleichtern, insbesondere durch einen flexibleren und transparenteren rechtlichen Rahmen. Damit soll die Mobilität der Fachkräfte innerhalb des Binnenmarkts und die grenzüberschreitende Einbindung von Dienstleistungen der Freien Berufe erleichtert werden. Von der Kommission werden dabei zentrale nationale Regulierungsmechanismen infrage gestellt. Davon könnte in Deutschland die Pflichtmitgliedschaft in berufsständischen Körperschaften betroffen sein. Die BPtK hob die Bedeutung der Selbstverwaltung des deutschen Systems der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei der Versorgung psychisch kranker Menschen, hervor.

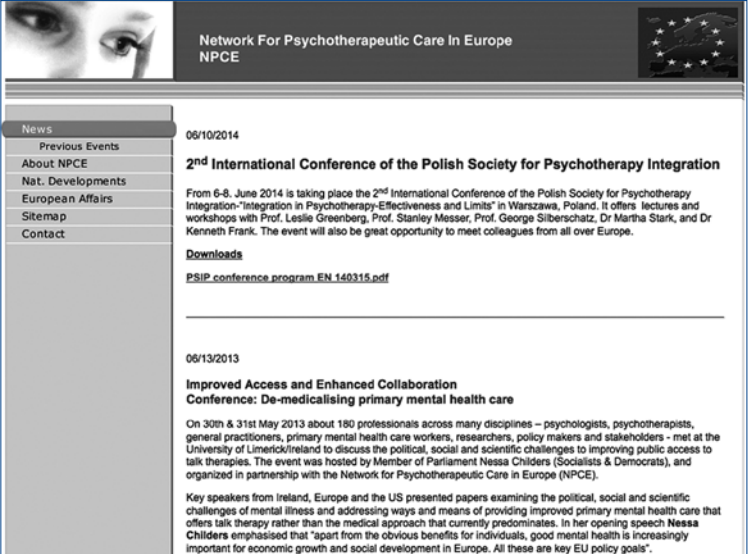
■ Normierung von Gesundheitsdienstleistungen

Die EU-Kommission plant nach Medizinprodukten nun auch für Gesundheitsdienstleistungen europaweite Normen einzuführen. Beim Europäischen Komitee für Normung (CEN) gibt es entsprechende Aktivitäten. Um dabei nicht mit nationalen Vorgaben zu kollidieren, sind europäische Normen häufig nicht mehr als Mindeststandards bzw. Minimalanforderungen. Auch wenn Psychotherapeuten von den derzeitigen Aktivitäten noch nicht konkret betroffen sind, verfolgt die BPtK die Bestrebungen auf europäischer Ebene mit großer Sorge. Normen für Gesundheitsdienstleistungen gefährden die individuelle, auf Therapiefreiheit beruhende Behandlung der Patienten und beeinträchtigen die Berücksichtigung von Patientenansprüchen. Die BPtK hat daher gegenüber dem BMG und im Rahmen der Positionierung

des Ausschusses EU der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung dazu Stellung bezogen.

■ WHO/Europe

In einem Gespräch am 20. März 2014 zwischen BPtK-Präsident Richter und Dr. Matt Muijen vom WHO Regional Office Europe das NPCE (www.npce.eu) wurde der von 2013 bis 2020 geltende European Mental Action Plan (MHAP) der WHO/Europe diskutiert. Dieses Aktionsprogramm verfolgt das Ziel, die Versorgung psychisch kranker Menschen in Europa zu verbessern, indem Zugangsschwellen zu Versorgungsangeboten gesenkt werden. Entscheidend ist hier aus Sicht der WHO/Europe, dass Patienten und ihre Angehörigen Mental Health Professionals und Versorgungseinrichtungen Vertrauen entgegenbringen. Es wurde festgestellt, dass das NPCE als professionsübergreifende Plattform von Mental Health Professionals Potenziale bietet.



The screenshot shows the NPCE website header with the title "Network For Psychotherapeutic Care In Europe NPCE". Below the header, there is a "News" section with a sidebar menu containing links like "Previous Events", "About NPCE", "Nat. Developments", "European Affairs", "Sitemap", and "Contact". The main content area displays two news items. The first, dated 06/10/2014, is titled "2nd International Conference of the Polish Society for Psychotherapy Integration" and describes a conference in Warsaw, Poland, from June 6-8, 2014. The second, dated 06/13/2013, is titled "Improved Access and Enhanced Collaboration Conference: De-medicalising primary mental health care" and describes a conference in Limerick, Ireland, from May 30th to 31st, 2013.

NPCE-Website: www.npce.eu

Elektronische Gesundheitskarte und elektronischer Psychotherapeutenausweis

Seit dem 1. Januar 2015 ist ausschließlich die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) gültig, wenn Versicherte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen. Diese eGK ist bisher nicht mehr als die alte Krankenversicherungskarte – außer dass sie mit einem Lichtbild versehen ist. Ursprünglich geplante Funktionen der Karte wie das elektronische Rezept und die elektronische Patientenakte wurden vom Bundesgesundheitsministerium 2011 im Rahmen eines Moratoriums vorerst ausgesetzt, um Zeit für eine notwendige Neuausrichtung des Projektes zu gewinnen. Gleichzeitig wurde die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) neu strukturiert und das GKV-Finanzierungsgesetz trat in Kraft.

Die eGK ist nur ein Element einer neuen komplexen Infrastruktur, in der die Kommunikation vor allem zwischen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Apothekern, Krankenkassen und Versicherten verbessert werden soll. Da es sich bei den Gesundheitsdaten von psychisch kranken Menschen um besonders sensible Daten der Versicherten handelt, hat die BpTK – unterstützt durch Beschlüsse und Resolutionen der Deutschen Psychotherapeutentage – immer äußersten Wert auf die Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung der Patienten gelegt. Beide Aspekte müssen bei der Einführung der gesamten Telematik-Infrastruktur allerhöchste Priorität besitzen. Datenschützer kritisieren allerdings seit Langem den bisherigen Umgang mit sensiblen Patientendaten in deutschen Arztpraxen und Kliniken sowie die heutige Art der Kommunikation zwischen den Ärzten, welche nicht die Standards der neuen Telematik-Infrastruktur erfüllt.

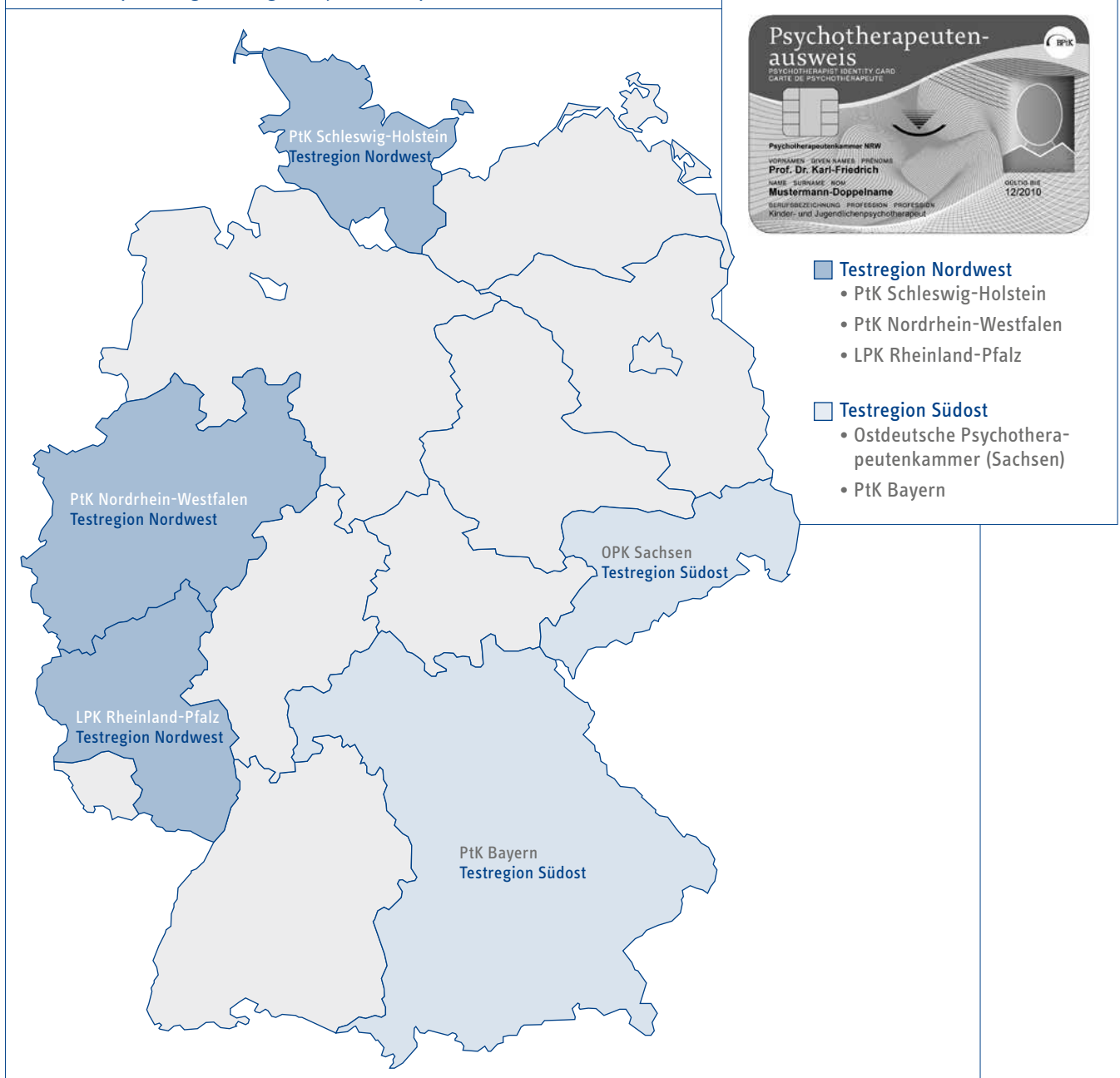
Die neue eGK enthält folgende Daten: die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat, den Familiennamen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum, Geschlecht, seine Anschrift, Krankenversicherungsnummer, seinen Versichertenstatus, Zuzahlungsstatus, den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes sowie bei befristeter

Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs. Anders als bei der bisherigen Krankenversicherungskarte sind diese Daten verschlüsselt. Zur informationellen Selbstbestimmung gehört, dass Versicherte selbst entscheiden, welche Daten sie künftig auf der Karte speichern lassen wollen, die über diese administrativen Angaben hinausgehen. Die Speicherung zum Beispiel von Diagnosen, Notfalldaten, Medikamentenverordnungen, Behandlungsberichten und Impfungen muss nach Ansicht der BpTK unbedingt freiwillig bleiben.

Im Rahmen des Basis-Rollouts wurden die Praxen der niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet. Bis 2015 erfolgte die Nutzung der eGK freiwillig und offline. Für 2015 ist der Beginn der Online-Anbindung geplant, die erstmals Funktionen auch für Leistungserbringer ermöglicht. Psychotherapeuten werden mit der Anwendung „Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE)“ die Möglichkeit erhalten, unter Nutzung des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) sicher mit psychotherapeutischen und ärztlichen Kollegen zu kommunizieren. Vor einer flächendeckenden Einführung sollen die neuen Anwendungen in ausgewählten Testregionen erprobt werden. Aufseiten der Landespsychotherapeutenkammern sind die Landespsychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und die Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in der Testregion Nordwest beteiligt. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer wird im Bundesland Sachsen zusammen mit der Landespsychotherapeutenkammer Bayern in der Testregion Südost teilnehmen. In jeder Testregion beteiligen sich 375 Psychotherapeuten und Fachärzte an dieser Erprobung.

Die BpTK und die beteiligten Landespsychotherapeutenkammern stimmen aktuell zusammen mit der Ärzteschaft, der gematik und den verantwortlichen Industrieunternehmen, T-Systems und Bundesdruckerei die notwendigen Prozesse für die Erprobungsphase ab. Hierzu gehört auch die Ausgabe der ePtA an die Testteilnehmer, die voraussichtlich im Jahr 2016 erfolgt. Wann

Abbildung 27: Online-Rollout-Stufe 1
An der Erprobung beteiligte Psychotherapeutenkammern



der ePtA an alle Psychotherapeuten ausgegeben werden kann, ist noch ungewiss. Zunächst müssen die laufenden Tests erfolgreich abgeschlossen werden. Gegen Ende der Erprobungsphase ist außerdem eine wissenschaftliche Evaluation durch ein unabhängiges Institut vorgesehen. Die BPTK begleitet die Einführung der Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen von Beginn an. Sie ist im Beirat der gematik durch Vorstandsmitglied

Peter Lehndorfer vertreten und zusammen mit anderen Leistungserbringerorganisationen Herausgeber verschiedener Spezifikationen zum Heilberufsausweis. Seit 2014 ist die BPTK zusammen mit ausgewählten Landespsychotherapeutenkammern an der Umsetzung des Online-Rollout-Stufe 1 beteiligt.

Zukunft der Psychotherapeutenausbildung

AG des BPtK-Vorstandes und des Länderrates (2013–2014)

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett	Baden-Württemberg
Dr. Nikolaus Melcop*	Bayern
Michael Krenz*	Berlin
Hans Schindler	Bremen
Torsten Michels	Hamburg
Alfred Krieger	Hessen
Gertrud Corman-Bergau	Niedersachsen
Dr. Wolfgang Groeger	Nordrhein-Westfalen
Dr. Dietmar Schröder	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Bernhard Morsch	Saarland
Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Marion Schwarz	KJP-Vertreterin
Dr. Dietrich Munz	BPtK
Peter Lehdorfer	BPtK
Prof. Dr. Rainer Richter*	BPtK
Monika Konitzer	BPtK
Andrea Mrazek, M. A., M. S.	BPtK

* Sprecher der AG

Die deutsche Psychotherapeutenschaft diskutierte in den vergangenen Jahren intensiv eine Reform der Psychotherapeutenausbildung. Daran beteiligt waren die Organe der BPtK, Ausbildungsstätten und Ausbildungsteilnehmer, Berufs- und Fachverbände sowie Hochschulvertreter. Die wichtigsten Gründe für die Forderung nach einer Reform waren die katastrophale finanzielle Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) während der Praktischen Tätigkeit in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und das Faktum, dass seit der Bologna-Reform eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Bachelorabschluss möglich ist. Dadurch ist jedoch die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung stark gefährdet.

21. DPT (Herbst 2012)

Der 21. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) im Jahr 2012 richtete die Diskussion um die Ausbildungsreform neu aus. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte zuvor deutlich gemacht, dass trotz des unstrittigen Reformbedarfs und des konkreten Gesetzesvorschlages der BPtK zur Reform der postgradualen Psychotherapeutenausbildung auf Grundlage der Beschlüsse des 16. und 17. DPT zunächst nicht mit einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu rechnen sei. Es seien sowohl verfassungsrechtliche Fragen zu klären als auch die Strukturen anderer akademischer Heilberufe mit deren Aus- und Weiterbildung zu beachten. Das BMG warb für die Option einer Direktausbildung. Diese ermögliche mehr Gestaltungsfreiheit bei der Weiterentwicklung der Profession und ihrer Teilnahme an der Gesundheitsversorgung.

BPtK-Vorstand und Länderrat richteten im Nachgang zum 21. DPT eine gemeinsame Arbeitsgruppe ein (siehe Kasten), die zunächst den ersten Entwurf eines Berufsbildes erarbeitete.

22. DPT (Frühjahr 2013)

Der 22. DPT beauftragte den Vorstand der BPtK und den Länderrat auf Basis des vorgelegten Entwurfs eines Berufsbildes und auf der Basis der bisherigen Beschlüsse des DPT zur Ausbildung ein Kompetenzprofil zu entwickeln, über das Psychotherapeuten nach Abschluss der Aus- bzw. Weiterbildung verfügen sollten. Er schlug vor, dazu einen strukturierten Dialog unter Einbeziehung von externer Expertise zu führen. Der DPT befürwortete auch zu prüfen, ob und wie diese Kompetenzen in einer postgradualen Ausbildung oder in einer Direktausbildung erworben werden können.

23. DPT (Herbst 2013)

Dr. Nikolaus Melcop, Michael Krenz und Prof. Dr. Rainer Richter informierten als Sprecher der Arbeitsgruppe des BPtK-Vorstandes und des Länderrates über den strukturierten Dialog mit Vertretern der Ausbildungsstätten, der Ausbildungsteilnehmer, der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände und der Verbände der Hochschullehrer. Die Arbeitsgruppe hatte am 15. Oktober 2013 eine erste interne Anhörung zu Berufsbild und Kompe-

Berufsbild

Die Psychotherapeutenschaft besaß lange Zeit kein explizites, selbst formuliertes Berufsbild. Dem Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1998 liegt nur ein implizites Berufsbild zugrunde, in dem sich zentral das Bild der am damaligen Delegationsverfahren teilnehmenden Diplom-Psychologen, Diplom-Pädagogen und Diplom-Sozialpädagogen und damit die Psychotherapie-Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarung widerspiegeln (PTJ Heft 02/2013). Prototyp dieses impliziten Berufsbilds sind die in eigener Praxis tätigen Psychotherapeuten, die psychisch kranke Menschen diagnostizieren und im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie behandeln. Dieses implizite Bild dominiert heute weitgehend die Wahrnehmung von Psychotherapeuten in der (Fach-)Öffentlichkeit. Folgeprobleme sind die eingeschränkte Anerkennung der Approbation im institutionellen Kontext und die Konsequenzen für die Honorierung sowie die Einschränkung der Befugnisse von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) bei der Verordnung von Heilmitteln, Krankenhauseinweisungen und dem Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Eingeschränkt ist ferner das psychotherapeutische Handeln in der Prävention und Rehabilitation. Und schließlich drückt sich dieses implizite Berufsbild auch in den beschränkten beruflichen Entwicklungsperspektiven aus, zum Beispiel in Bezug auf Leitungsfunktionen im Krankenhaus.

Inzwischen hat die Psychotherapeutenschaft ihr eigenes Berufsbild erarbeitet, das künftige Entwicklungen im Umgang mit psychischer Gesundheit berücksichtigt und nicht das heutige Tätigkeitsspektrum festschreibt. Dieses Berufsbild zeigt das gemeinsame Selbst- und Berufsverständnis der heutigen Psychotherapeuten und es zeigt die Gemeinsamkeiten, wie die Profession ihre Zukunft sieht trotz unterschiedlicher weiterer Identitäten etwa als „Psychoanalytiker“, „Verhaltenstherapeut“, „Systemischer Psychotherapeut“, „Gesprächspsychotherapeut“, als „Psychologischer Psychotherapeut“ bzw. „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“, als „Niedergelassener“ oder „Psychotherapeut in Institutionen“. Zum gemeinsamen Berufsverständnis gehört, dass sich PP und KJP als Angehörige eines einheitlichen Heilberufes sehen. Die Psychotherapeutenschaft spricht sich seit 2010 dafür aus, die heutigen beiden Berufe des PP und des KJP zu einem Beruf „Psychotherapeut/Psychotherapeutin“ zusammenzuführen und dabei für die Schwerpunkte „Kinder/Jugendliche“ und

„Erwachsene“ aus- bzw. weiterzubilden. Ziel ist es sicherzustellen, dass alle Berufsangehörigen über ausreichende akademische Kompetenzen (auf Masterniveau abgeschlossenes Hochschulstudium) für eine altersgruppenfokussierte verfahrensvertiefende Qualifizierung verfügen. Ausgangspunkt war die Feststellung, dass die berufsrechtliche Einschränkung der KJP auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene den Anforderungen aus der Versorgung zuwiderläuft.

Psychotherapeuten beschreiben sich in ihrem Berufsbild als Angehörige eines freien akademischen Heilberufes. Sie beschränken sich nicht auf die Anwendung von Psychotherapie zur Behandlung psychischer Erkrankungen, sondern sehen sich der Förderung der Gesundheit, der Prävention, der Behandlung von Krankheit und der Linderung von Leiden verpflichtet, unabhängig von Alter, sozialem Status, Geschlecht und Herkunft der Betroffenen. Grundlage ihrer Tätigkeit ist die besondere Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten. Die Berücksichtigung und Beeinflussung relevanter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, krankheitsbestimmender Faktoren und die Förderung der Belange erkrankter und von Erkrankungen bedrohter Menschen sind ein wesentlicher Teil ihrer Arbeit. Grundlage ist die gemeinsame psychotherapeutische Haltung. Dazu gehört die Wahrung der Souveränität, der Autonomie und der Rechte der Patientinnen und Patienten.

Psychotherapeuten betrachten es – so steht es in der Präambel zum Berufsbild – als ihre Aufgabe, das Gesundheits- und Sozialwesen mitzugestalten und zu verbessern und dem Gemeinwohl zu dienen – und das als Selbstverständnis und nicht nur, weil Heilberufe- und Kammergesetz sie dazu verpflichten. Dieses Berufsbild ist nicht abstrakt, sondern konkret, dabei nicht auf Dauer festgelegt, sondern sich dynamisch entwickelnd.

Der 25. DPT hat dieses Berufsbild in seiner aktuellen Fassung zur Grundlage seines Reformbeschlusses gemacht. Aufgabe der Reform des Psychotherapeutengesetzes wird es daher sein, für die Qualifizierung und Berufsausübung Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen die Berufsangehörigen zukünftig entsprechend diesem Berufsbild tätig werden können.

Link: www.bptk.de/uploads/media/20141118_berufsbild_ag_lr_stand_06052014.pdf

tenzprofil durchgeführt. In schriftlichen Stellungnahmen wurde der erste Entwurf eines Berufsbildes kommentiert und darüber hinaus dargelegt, welche zentralen Kompetenzen aus ihrer Sicht im Zusammenhang mit dem Berufsbild im Rahmen einer Ausbildung insgesamt oder in einzelnen Abschnitten zu vermitteln sind. Die Delegierten äußerten sich umfassend positiv zu den bisher erreichten Fortschritten. Das differenzierte und präzise Berufsbild traf auf Zustimmung. Auch die Bestimmung der Kompetenzen und des Kompetenzniveaus mittels einer Matrix erschien den Delegierten zielführend.

Kompetenzprofil

Aus dem Berufsbild lassen sich unmittelbar die spezifischen Kompetenzen ableiten, die Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Qualifizierung erwerben sollten. Im Rahmen des professionsinternen strukturierten Dialogs wurde daher in einem zweiten Schritt bestimmt, welche Kompetenzen im Sinne von psychotherapeutischem Wissen und klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten Psychotherapeuten im Rahmen von Aus- und Weiterbildung erwerben und über welche professionellen Einstellungen und Haltungen sie am Ende verfügen sollten.

Differenziert wird zwischen den drei Kompetenzbereichen Faktenwissen, Handlungs- und Begründungswissen sowie Handlungskompetenz/professionelle Haltung.

Im Dialog und unter Einbezug der Expertise von Hochschulen und Ausbildungsinstituten wurde geprüft, ob und wie diese Kompetenzen im Rahmen sowohl einer postgradualen Ausbildungsstruktur (das heißt zugangsqualifizierendes Studium plus postgraduale Ausbildung oder zweigestufte Ausbildung mit erstem Staatsexamen nach dem Studium und Approbation und Fachkunde nach einem zweiten Ausbildungsabschnitt) als auch einer Direktausbildung (zur Approbation führendes Studium plus anschließende Weiterbildung) erworben werden können. Eine wichtige Aufgabe bei der Reform des Psychotherapeutengesetzes wird es sein, auf Grundlage dieses Kompetenzkataloges zu klären, über welche Kompetenzen auf welchen Kompetenzstufen zukünftige Psychotherapeuten an der Schnittstelle zwischen Studium und Weiterbildung sowie beim Abschluss einer Weiterbildung verfügen sollten.

Link: www.bptk.de/uploads/media/20141118_kompetenzprofil_stand_06052014.pdf

24. DPT (Frühjahr 2014)

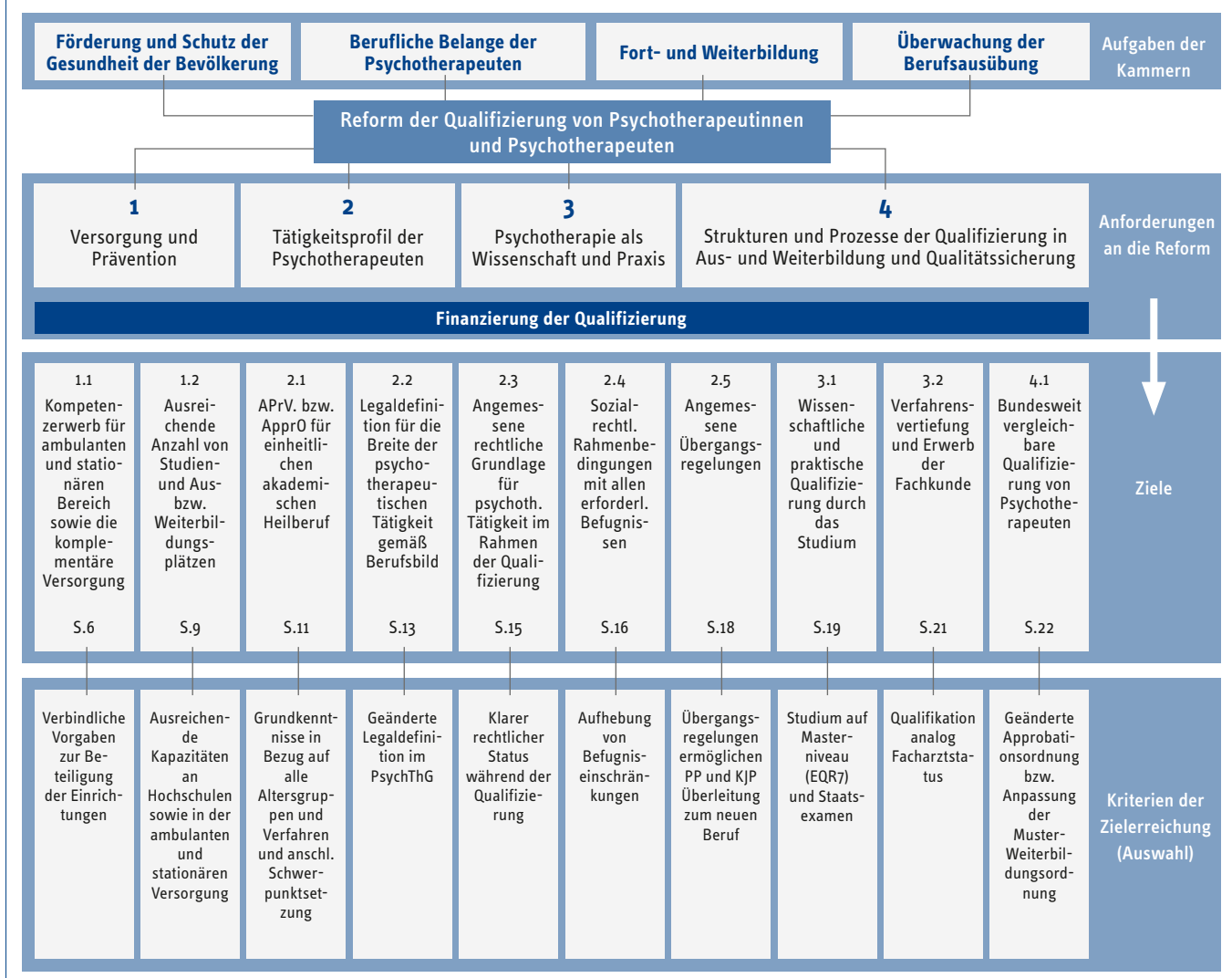
Die AG-Sprecher berichteten über einen deutlich verdichteten Arbeitsprozess. In einer zweiten internen Anhörung am 28. Januar 2014 waren weitere Beteiligte in den strukturierten Dialog zum Berufsbild und zum psychotherapeutischen Kompetenzprofil einbezogen worden. Daneben wurden Gespräche geführt mit Vertretern der Fachebene des BMG, der Arbeitsgruppe Berufe des Gesundheitswesens der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) sowie der Kultusministerkonferenz. Nach den Rückmeldungen der Anhörungen und Diskussionen in der AG war das Berufsbild mehrfach überarbeitet worden.

Der BPtK-Vorstand wurde vom 24. DPT beauftragt, Mindestanforderungen an eine Reform des Psychotherapeutengesetzes zur Grundlage seiner Weiterarbeit zu machen und dazu die Expertise aus der AG des Vorstandes der BPtK und des Länderrats sowie weiterer Vertreter der Profession zu nutzen.

25. DPT (Herbst 2014): Große Mehrheit für umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes

Zur Vorbereitung einer Beschlussfassung des 25. DPT hatten Länderrat und Vorstand der BPtK über ihre gemeinsame Arbeitsgruppe Kernforderungen für eine Reform des Psychotherapeutengesetzes abgestimmt, die auf den BPtK-Standpunkt „Differenziertes Versorgungskonzept“, die Entwürfe der Arbeitsgruppe des Vorstands und Länderrates zu einem Berufsbild und den Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Aus-/Weiterbildung sowie auf eine Zusammenstellung der Arbeitsgruppe zu Anforderungen an die Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) verweisen. Mit Anforderungen an eine Reform wurden eine breite und systematische Aufarbeitung möglicher Reformziele, die damit verbundenen Anforderungen an eine Reform und – differenziert für die verschiedenen Reformszenarien – die Voraussetzungen für eine Realisierung der Anforderungen vorgelegt. Darüber hinaus erarbeitete die Arbeitsgruppe einen Vorschlag zur Systematisierung der Bezüge zwischen diesen Anforderungen einerseits und den übergeordneten Kammernaufgaben andererseits. Sämtliche Papiere wurden den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträger, den Sprechern der Bundeskonferenz PiA, den für die Hochschulqualifizierung der Psychotherapeuten verantwortlichen Fachgesellschaften – Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS) – sowie allen weiteren an den Anhö-

Abbildung 28: Ziele einer Reform aus Kammersicht



rungen der AG beteiligten Organisationen und Verbänden zur Kenntnis gegeben. Im Frühjahr hatte die Arbeitsgruppe darüber hinaus die DGfE, den FBTS sowie die DGPs und die AG der psychodynamischen Hochschullehrerinnen und -lehrer (die beiden letztgenannten hatten eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet) mit der Bitte angeschrieben, das Kompetenzprofil mit Blick auf die Qualifizierungsmöglichkeiten an Hochschulen zu prüfen. Als Rückmeldungen sind der gemeinsame Vorschlag „Struktur Direktstudium Psychotherapie“ der Kommission „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der DGPs und der AG der psychodynamischen Hochschullehrerinnen und -lehrer sowie Stellungnahmen der DGfE und des FBTS eingegangen. Sämtliche Papiere waren Grundlage einer Sitzung der gemeinsamen Arbeitsgruppe von BPTK-Vorstand und

Länderrat am 9. Oktober 2014 in Berlin, zu der alle Delegierten des 25. DPT eingeladen waren. Ziel dieser Sitzung war, den Delegierten die Ergebnisse der bisherigen Arbeit der Arbeitsgruppe zusammengefasst zu erläutern und gleichzeitig eine auf die Anforderungsbereiche fokussierte Diskussion zu ermöglichen, damit die Delegierten auf dem folgenden 25. DPT zu einer informierten Entscheidung zur Reform der Psychotherapeutenausbildung kommen konnten.

Am Ende des strukturierten Dialoges und ausführlicher, teils kontroverser Diskussion im 25. DPT stand ein klares Votum. Der 25. DPT sprach sich mit einer Zweidrittelmehrheit für eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung aus, die eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau

anstrebt (Direktausbildung). In einer anschließenden Weiterbildung soll eine Schwerpunktsetzung in der Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen sowie in einem der wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgen. Die große Mehrheit der Delegierten sah darin die größte Chance, eine Qualifizierung von Psychotherapeuten auf Masterniveau zu sichern, die prekäre finanzielle und rechtliche Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung zu beenden und die Zukunft der gesamten Profession aktiv zu gestalten. Der Vorstand der BPTK wurde vom 25. DPT beauftragt, die Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Realisierung für eine solche Reform inklusive der Finanzierung zu klären. Prof. Rainer Richter schlug als Präsident und Mitglied des Sprecherteams der AG des BPTK-Vorstands und des Länderrats vor, sich in der Debatte auf drei zentralen Bereiche zu konzentrieren, die zukunftsentscheidend für die Profession seien:

- **Masterniveau sichern**

Die Debatte machte deutlich, dass eine beschränkte Gesetzesreform der Zugangsvoraussetzungen zur heutigen postgradualen Ausbildung das Masterniveau von Psychotherapeuten zukünftig nicht sichern kann. In einem einheitlichen Beschluss haben die Kultusminister der Bundesländer für den Bachelor als Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) votiert. Die Gesundheitsminister der Bundesländer schaffen dadurch Fakten, dass bereits zehn von 16 Bundesländern den Bachelor für die KJP-Ausbildung akzeptieren. Damit wird der Systematik der Bologna-Reform gefolgt, nach der der Bachelor das Pendant zum Fachhochschulabschluss ist, den der Gesetzgeber für die Studiengänge Pädagogik und Sozialpädagogik 1998 ins Psychotherapeutengesetz geschrieben hatte. Eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen setzt vor diesem Hintergrund eine inhaltliche Begründung voraus, die nur in einem anderen Ausbildungszuschnitt und Tätigkeitsprofil liegen kann. Bereits der 16. DPT hat daher dafür votiert, dass es künftig nur einen Psychotherapeutenberuf gibt, der sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen spezialisiert. Das Risiko, dass eine isolierte gesetzliche Regelung der Zugangsvoraussetzungen dazu führt, dass am Ende ein Bachelorabschluss für die Ausbildung zum KJP vom Gesetzgeber akzeptiert wird, wollten die Delegierten nicht eingehen.

- **Gestaltungsverantwortung der Profession**

Ein zweites zentrales Argument für ein Approbationsstudium mit Weiterbildung ist die Gestaltungsverantwortung, die die Profession mit einer solchen Reform ge-

winnt. Mit dem Psychotherapeutengesetz ist viel für die niedergelassenen Psychotherapeuten erreicht worden. Die Psychotherapeuten im Krankenhaus, in der Rehabilitation und in der Jugendhilfe sind dagegen hinsichtlich Status, Vergütung und Eigenverantwortlichkeit der Tätigkeit noch weit vom Facharztstatus entfernt. Wenn die Profession die zweite Qualifizierungsphase der Psychotherapeuten über die Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern in die eigene Hand nimmt, kann sie hier selbst entscheidende Weichen stellen.

- **Rahmenbedingungen der Qualifizierung**

Eines der Hauptargumente für eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung ist die prekäre finanzielle Situation der PiA. Inzwischen ist klar, dass ein angemessener Vergütungsanspruch für die PiA nicht durchsetzbar ist, solange es eine praktische Tätigkeit gibt, die juristisch als Praktikum gilt. Mit einem Studienabschluss auf Masterniveau und einer Approbation wird dagegen der Anspruch auf ein Gehalt für die gesamte anschließende Weiterbildung begründet. Für die Realisierung dieses Vergütungsanspruches muss jedoch auch ein Weg gefunden werden, wie die heutigen Ausbildungsstätten einschließlich der an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen den Wandlungsprozess hin zu Weiterbildungsstätten erfolgreich durchlaufen können.

Konstruktive Debatte

In den Diskussionen des DPT wurde die bisherige Psychotherapeutenausbildung unterschiedlich bewertet. Der Forderung, die jetzigen Mängel so schnell wie möglich zu beheben, wurde entgegengehalten, dass es mit ernst zu nehmenden Risiken verbunden sei, ein Modell zu verlassen, das über viele Jahre eine qualifizierte Ausbildung ermöglicht hat. Zentraler Diskussionspunkt des 25. DPT war, wie konkret eine Richtungsentscheidung ausfallen soll oder kann. Delegierte plädierten dafür, vor einer Entscheidung vertieft zu erörtern, ob als Alternative zu einer Approbation nach dem Studium auch ein Studium mit Staatsexamen möglich sei, dem eine dem Referendariat analoge Ausbildung folgt. Herzstück der guten Ausbildung seien die Ausbildungsstätten. Deren Existenz dürfe nicht gefährdet werden. Dagegen wurde argumentiert, dass in den letzten Monaten deutlich geworden sei, dass nur mit einer Direktausbildung die zentralen Probleme der Profession lösbar seien. Die noch offenen Detailfragen seien im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu klären. Der DPT stimmte zweistufig ab. Für die Erteilung der Approbation zum Ende des Studiums votierten 76 De-

legierte, dagegen 51 bei keiner Enthaltung und einer ungültigen Stimme. Letztlich votierte der DPT mit Zweidrittelmehrheit (86 Ja-Stimmen, 38 Nein-Stimmen und

vier Enthaltungen) für Eckpunkte einer Direktausbildung. Ein ausführlicher Bericht über die Debatte findet sich hier: www.bptk.de > aktuell > News > 24. November

Votum des 25. DPT für umfassende Reform

Beschluss des 25. DPT im Wortlaut: Der DPT fordert von der Politik, die für die Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen notwendige umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser Legislaturperiode in Angriff zu nehmen. Vor diesem Hintergrund und auf der Grundlage von Berufsbild, Kompetenzprofil und Kernforderungen werden die nachfolgenden Eckpunkte beschlossen und der Vorstand beauftragt, bei den zuständigen Stellen die Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Realisierung für eine solche Reform inklusive der Finanzierung zu klären. Die Delegierten des DPT sind darüber zeitnah zu informieren.

- Ziel ist die zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Angehörige eines akademischen Heilberufs durch den Erwerb professioneller Kompetenzen, wie sie im Kompetenzprofil für die Berufsausübung im ambulanten und stationären Bereich sowie in Institutionen der komplementären Versorgung beschrieben wurden.
- Im wissenschaftlichen Hochschulstudium (Qualifizierungsphase I bis einschließlich Masterniveau) erstreckt sich die Qualifizierung über die gesamte Altersspanne (Kinder, Jugendliche und Erwachsene). In dieser Phase sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln.
- In der anschließenden Weiterbildung (Qualifizierungsphase II) sind Vertiefungen in wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren und -methoden sowie Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen einzurichten.
- Hochschulstudium und zweite Qualifizierungsphase sind aufeinander zu beziehen. Nach dem Studium ist ein Staatsexamen mit Approbation vorzusehen. Die Approbation berechtigt zu Weiterbildungen, deren Abschlüsse insbesondere die Voraussetzung für die eigenständige Behandlung gesetzlich Krankenversicherter (Fachkunde) im ambulanten und im stationären Bereich darstellen.
- In der Weiterbildung werden Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten im ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Bereich für eine verbesserte und differenzierte psychotherapeutische Versorgung aller Patientengruppen qualifiziert.

- Die Weiterbildungsgänge werden über die gesamte Weiterbildungszeit von Weiterbildungsstätten koordiniert und organisiert einschließlich der Theorieanteile, Supervision und Lehrtherapien. Die derzeitigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten werden zu Weiterbildungsstätten übergeleitet, wenn sie die Anforderungen der Weiterbildungsordnung erfüllen. Dabei ist dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Zahl an Plätzen zur Sicherung eines hinreichenden psychotherapeutischen Nachwuchses zur Verfügung gestellt wird.
- Die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist so gestaltet, dass Beruf und Familie vereinbar sind.
- Es werden angemessene finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen für die Vergütung der Versorgungsleistungen von Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie für die von Weiterbildungsstätten bzw. die in den Einrichtungen zur Weiterbildung Befugten erbrachten Versorgungs- und Qualifizierungsleistungen.
- Angemessene Übergangsfristen sind für diejenigen vorzusehen, die Studium bzw. Ausbildung nach den derzeitigen Regelungen begonnen haben. Bis zu einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes wird als erster Schritt mit einer Sofortlösung geregelt, dass Studiengänge den Zugang zu den postgradualen Psychotherapieausbildungen nur dann ermöglichen, wenn sie mit einem Diplom oder auf Masterniveau abgeschlossen wurden.
- Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes wird ein Aufgaben- und Versorgungsprofil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erreicht, das unter anderem durch eine bundeseinheitliche Approbationsordnung, durch eine angemessene Legaldefinition der psychotherapeutischen Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und durch eine fachlich angemessene Festlegung der heilberuflichen Befugnisse gekennzeichnet ist.

2014

Unmittelbar nach dem DPT wendete sich die BPtK an das BMG, die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und die Ständige Konferenz der Kultusminister (KMK) und forderte zu einer einheitlichen Verwaltungspraxis in den Ländern auf, nach der zur KJP- und PP-Ausbildung nur noch zugelassen wird, wer die im Psychotherapeutengesetz genannten Studiengänge mit einem Diplom oder auf Masterniveau abgeschlossen hat (siehe Kasten). Unterstützt wurde die Forderung durch eine ausführliche rechtliche Bewertung der BPtK, die auch den Landespsychotherapeutenkammern für ihre Stellungnahmen gegenüber den zuständigen Landministerien zur Verfügung gestellt wurde.

Startschuss im BMG

Die Parteien der Bundesregierung vereinbarten im Koalitionsvertrag eine Reform des Psychotherapeutengesetzes in Angriff zu nehmen. Für das BMG war der Beschluss des 25. DPT der konkrete Anlass, nun in den Diskussionsprozess einzutreten und ein Gesetzgebungsverfahren bis zum Ende der Legislaturperiode einzuleiten. Dafür sollen zunächst die Eckpunkte der Reform unter Beteiligung der Psychotherapeutenschaft diskutiert werden. In einem ersten Schritt hatte das Ministerium am 5. Februar 2015 die an der Ausbildung beteiligten Organisationen und Gruppierungen sowie Vertreter der Gesundheits- und Kultusministerien der Länder nach Bonn zu einer Gesprächsrunde eingeladen. Das Votum des 25. DPT für eine Reform in dieser Legislaturperiode, die eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau mit anschließender Weiterbildung vorsieht,

wurde damit positiv aufgenommen.

BPtK-Präsident Prof. Rainer Richter erläuterte auf Wunsch des BMG zunächst diesen Beschluss. Das Psychotherapeutengesetz sei Initialzündung für die Professionalisierung der Psychotherapeutenberufe in Deutschland und die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gewesen. Doch seien inzwischen Schwächen deutlich geworden. Es gebe aber auch neue Herausforderungen, weil Psychotherapie essenzieller Bestandteil in der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung sei. Dies verlange eine Qualifizierung für breiter gefächerte Tätigkeitsfelder. Mit dem Bologna-Prozess seien die Zugangsvoraussetzungen zu den heutigen Ausbildungen nicht mehr angemessen geregelt. Die finanzielle und rechtliche Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung sei prekär. Und nicht zuletzt sei eine Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren, die keine Richtlinienverfahren sind, faktisch kaum möglich. Nach Jahren erfolgloser Versuche, einzelne Probleme isoliert zu lösen, bringe der DPT-Beschluss die Erkenntnis zum Ausdruck, dass der Problemkomplex als Ganzes und damit systematisch anzugehen sei. Prof. Richter erinnerte an die Ergebnisse des strukturierten Dialogs der BPtK unter Beteiligung der Ausbildungsstätten, Ausbildungsteilnehmer, psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände sowie Organisationen von Hochschullehrern. Das explizit formulierte Berufsbild, das das implizite Berufsbild des Psychotherapeutengesetzes abgelöst habe und das darauf abgeleitete Kompetenzprofil seien Grundlagen der Entscheidungen des DPT für eine Qualifizierungsstruktur und gleichzeitig eine wichtige Vorarbeit für die nun anstehende Klärung der Reformdetails. Dem BMG sicherte Prof. Richter die volle Unterstützung und fachliche Expertise der BPtK zu.

Projekt Transition der BPtK

Zur Klärung der konkreten Inhalte einer umfassenden Reform der Qualifizierung wurde vom BPtK-Vorstand das Projekt Transition gestartet (siehe Kasten). Ziel des Projektes ist es, in einem geregelten Verfahren Reformeckpunkte zu erarbeiten. Dies ermöglicht, die Forderungen des 25. DPT an eine Reform zu präzisieren und so an Vorarbeiten des BMG und dem Gesetzgebungsverfahren mitzuwirken. Parallel dazu soll mit dem Projekt in einem ersten Schritt darauf hingewirkt werden, dass bis zu einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes die Zugangsvoraussetzungen zu den heutigen postgradualen KJP- und PP-Ausbildungen auf einem im Sinne des Patientenschutzes sachgerechten und bundes-



v.l.n.r. Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Nikolaus Melcop, Michael Krenz

einheitlichen Niveau geregelt werden.

Das Projektformat ermöglicht, Interdependenzen zwischen einzelnen Reformmodulen angemessen zu berücksichtigen. Um die Anschlussfähigkeit von Aus- und Weiterbildung sicherzustellen, müssen beispielsweise unterschiedliche Qualifizierungsphasen zum Teil parallel bearbeitet werden. Dafür sind passende Diskursformen zu realisieren, mit denen die fachliche Kompetenz der Profession genutzt und ihre unterschiedlichen Interessen und Zuständigkeiten berücksichtigt werden können. Neben der aufgabenspezifischen Gestaltung des Diskurses innerhalb der Profession ist der fortlaufende Austausch mit den zuständigen Ministerien auf Bundes- und Landesebene adressatenspezifisch

und abgestimmt zu gewährleisten.

Das Projekt Transition startete mit einer schriftlichen Befragung der professionsinternen Projektbeteiligten zu Vorstellungen über zentrale Details einer Approbations- und einer Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO). Abhängig vom weiteren Arbeitsplan des BMG werden dann in geeigneten Diskursformaten, wie zum Beispiel schriftlichen und mündlichen Anhörungen sowie bilateralen Gesprächen, Positionen für die Mitwirkung an den Vorarbeiten des BMG bzw. für das spätere Gesetzgebungsverfahren entwickelt.

Bundeseinheitliche Verwaltungsvorschrift als erster Schritt einer Reform

Eine Überführung der heutigen postgradualen Ausbildung in eine Direktausbildung wird Jahre dauern. Auch bis dahin muss das Masterniveau als Hochschulabschluss sichergestellt werden. Daher sollten sich während der Übergangszeit die Bundesländer auf eine entsprechende einheitliche Verwaltungspraxis verständigen. Dies lässt sich gut begründen bzw. es lässt sich nur schwer begründen, warum Bachelorabsolventen zur KJP-Ausbildung zugelassen werden sollen, nur weil es einen von den Anforderungen der Gesundheitsversorgung völlig losgelösten Beschluss der Kultusministerkonferenz gibt, der die (alten) Fachhochschuldiplome Bachelorabschlüssen gleichstellt.

Im Dezember 2014 veröffentlichte die BPtK eine Stellungnahme, mit der sie eine bundeseinheitliche Verwaltungsvorschrift fordert, die den Master als Zugangsvoraussetzung für eine Psychotherapeutenausbildung regelt. Mit dem Psychotherapeutengesetz wollte der Gesetzgeber im Interesse des Patientenschutzes „eine möglichst hohe Qualifikation der Berufsangehörigen“ sicherstellen (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 16.03.2000, Aktenzeichen: 1 BvR 1453/99). Für die Ausbildung von KJP sah er nicht etwa deshalb Fachhochschulabschlüsse als ausreichend an, weil es für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen einer geringeren Qualifikation bedarf als für die von Erwachsenen. Vielmehr gab es die Studiengänge der Sozialpädagogik an Universitäten allenfalls vereinzelt. Der Gesetzgeber wollte die Ausbildung auf Grundlage dieser Studiengänge aber zulassen, weil auch diese Studiengänge für den Umgang mit

psychisch kranken Kindern und Jugendlichen qualifizieren (Bundestagsdrucksache 13/8035, Seite 14). Eine Auslegung, die den Bachelor als ausreichend ansieht und damit das Qualifikationsniveau gegenüber dem vom Gesetzgeber gewählten Niveau absenkt, ist weder mit dem Willen des Gesetzgebers noch mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes vereinbar. Für diese unterschiedlichen Niveaus verschiedener Studiengänge und für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen einerseits oder Erwachsenen andererseits gibt es keinen sachlichen Grund, da Masterabschlüsse auch an Fachhochschulen möglich sind.

Der Gesetzgeber wollte mit dem Psychotherapeutenberuf – so das Bundesverfassungsgericht – einen neuen Heilberuf auf akademischem Niveau schaffen, der durch die berufs- und sozialversicherungsrechtliche Gleichstellung mit den Ärzten besonders herausgehoben ist, was „den allgemein akzeptierten gesundheitspolitischen Grundentscheidungen des Gesetzgebers“ entspricht (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 16.03.2000, Aktenzeichen: 1 BvR 1453/99). In der Psychotherapeutenchaft herrscht weitgehend Einigkeit, dass eine postgraduale Ausbildung zu einem Heilberuf nur fachlich hinreichend qualifiziert, wenn die Hochschulausbildung wissenschaftliche Qualifikationen auf Masterniveau vermittelt hat, die die eigenständige Interpretation neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse erlaubt. Bis zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes muss und kann dies durch die entsprechende Zulassungspraxis in den Bundesländern sichergestellt werden.

Projekt Transition

Der 25. DPT fordert von der Politik, das Psychotherapeutengesetz umfassend zu reformieren und damit die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig weiterzuentwickeln. Er beschloss auf der Grundlage von Berufsbild, Kompetenzprofil und Kernforderungen die Eckpunkte und beauftragte den BptK-Vorstand, die Rahmenbedingungen für die Realisierung einer solchen Reform zu klären. Mit dem Projekt Transition soll dieses Votum des 25. DPT in einem geregelten Verfahren umgesetzt werden, um an den Vorarbeiten des BMG und dem sich anschließenden Gesetzgebungsverfahren mitwirken zu können.

Präzisierung der Details einer reformierten Qualifizierungsstruktur

Ziel des Projektes Transition ist es, die für eine Gesetzesreform erforderlichen Details der künftigen Qualifizierungsstruktur zu präzisieren und die Rahmenbedingungen ihrer Realisierung zu klären, damit die heutige postgraduale Ausbildung in ein Studium mit Approbation und anschließender Weiterbildung übergeleitet werden kann. Damit werden von der Profession die in ihren Verantwortungsbereich fallenden Voraussetzungen geschaffen, damit das Psychotherapeutengesetz noch in dieser Legislaturperiode reformiert werden kann. Teilziele sind:

- Vorlage von Details für eine Approbationsordnung
- Vorlage von Eckpunkten einer Weiterbildung bzw. Weiterbildungsordnung
- Vorlage einer Analyse der Implikationen der reformierten Qualifikationsstrukturen

Aufgaben- und Versorgungsprofil

Das Projekt Transition wirkt auf eine Reform des Psychotherapeutengesetzes hin, die das im Berufsbild dargelegte Aufgaben- und Versorgungsprofil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten widerspiegelt. Die Realisierung dieses Aufgaben- und Versorgungsprofils wird durch eine angemessene Legaldefinition der psychotherapeutischen Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ermöglicht und ist durch eine fachlich angemessene Festlegung der heilberuflichen Befugnisse gekennzeichnet. Teilziel ist:

- Vorlage von Eckpunkten einer angepassten Legal-

definition auf Basis des Berufsbildes und der daraus abgeleiteten Kompetenzen.

Koordinierte und gebündelte Kommunikation

Das Projektformat ermöglicht die Präzisierung und Klärung der Details in einem koordinierten und abgestimmten Verfahren, das professionsinterne Expertise organisiert und intern abgestimmte Vorschläge nach außen vermittelt. Die Koordinierung und Abstimmung ist wegen der Interdependenzen innerhalb der einzelnen Reformmodule und für die Kommunikation zur Stärkung der Forderungen der Profession gegenüber Dritten für eine Gesetzesinitiative erforderlich. Eine gebündelte Kommunikation ermöglicht eine möglichst geschlossene Positionierung der Profession. Teilziele sind:

- Koordination der professionsinternen Meinungsbildung und Positionierung,
- Bündelung des Informationsaustausches gegenüber Gesundheitspolitik, Fachebene und system-intern.

Projektbeteiligte

Die Koordinierung und Steuerung des Projektes liegen beim Vorstand der BptK. Ein Studium mit Approbation und anschließender Weiterbildung erfordert eine intensive Abstimmung zwischen Bund und Ländern. Um hier kontinuierlich eine gute und verbindliche Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene zu ermöglichen, wird kammerseitig eine „Bund-Länder-Arbeitsgruppe Transition“ eingerichtet. Der BptK-Ausschuss zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und der BptK-Ausschuss Psychotherapie in Institutionen sowie gegebenenfalls BptK-Kommissionen werden zu den jeweils einschlägigen Reformmodulen beratend hinzugezogen.

Die Reform der Qualifizierung von Psychotherapeuten berührt eine Vielzahl unterschiedlicher Interessen, Erfahrungen und Kompetenzen innerhalb der Profession. Die unterschiedlichen Interessen und Kompetenzen dazu werden umfassend und kontinuierlich in geeigneten Diskursformaten berücksichtigt. Für die professionsinterne Meinungsbildung wird außerhalb der Gremien der Psychotherapeutenkammern eine umfassende Mitwirkung professionsinterner Institutionen ermöglicht. Dazu gehören insbesondere Vertreterinnen und -vertreter der Verbände staatlich anerkannter Ausbil-

dungsinstitute, der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände (GK II), der Bundeskonferenz PiA, des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie sowie der Organisationen von Hochschullehrern.

Darüber hinaus werden alle relevanten Institutionen außerhalb der Profession eingebunden, die zur Klärung der Realisierung von Rahmenbedingungen für die Umsetzung der beschlossenen Eckpunkte einer Reform erforderlich sind. In diesem Zusammenhang wird unterschieden zwischen externen Kooperationspartnern, den ministeriellen Fachebenen der relevanten Bundes- und Landesministerien sowie der politischen Entscheidungsebene (Hausleitungen der Ministerien und Mandatsträger).

Zeit- und Arbeitsplan

Die Planung im Detail wird auf den Zeit- und Arbeitsplan des BMG abgestimmt. Unabhängig davon wurden zunächst bei allen professionsinternen Projektbeteiligten für die Klärung der Details einer Approbations- und einer Muster-Weiterbildungsordnung in einer schriftlichen Befragung strukturiert und systematisch Vorstellungen über zentrale Aspekte erfragt.

Die Ergebnisse sind die Basis für die Entwicklung erster Entwürfe, die dann in geeigneten Diskursformaten wie schriftlichen und mündlichen Anhörungen sowie bilateralen Gesprächen professionsintern für die Mitwirkung an den Vorarbeiten des BMG bzw. für das spätere Gesetzgebungsverfahren abgestimmt werden. Darüber hinaus wurde bereits damit begonnen, in einem ersten Schritt darauf hinzuwirken, dass bis zu einer solchen Reform die Zugangsvoraussetzungen zu den heutigen postgradualen KJP- und PP-Ausbildungen bundeseinheitlich auf dem im Sinne des Patientenschutzes sachgerechten Master-Niveau geregelt sind. Die BPtK hat sich dazu bereits auf Bundesebene mit einer entsprechenden Stellungnahme positioniert (siehe Kasten) und diese den Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte, sich an ihre Landesministerien zu wenden, zur Verfügung gestellt. Zugleich hat bereits eine Abstimmung mit Verbänden der Ausbildungsinstitute begonnen, flankierend über Maßnahmen zur Selbstverpflichtung ein ausreichendes akademisches Zugangsniveau sichern.

Die Diskussion und Bewertung der Arbeitsergebnisse des Projektes Transition im DPT wird sichergestellt.

Bund-Länder-AG Transition

Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Nikolaus Melcop	Bayern
Michael Krenz	Berlin
Hans Schindler	Bremen
Alfred Krieger	Hessen
Gertrud Corman-Bergau	Niedersachsen
Gerd Höhner	Nordrhein-Westfalen
Dr. Andrea Benecke	Rheinland-Pfalz
Bernhard Morsch	Saarland
Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Marion Schwarz	KJP-Vertreterin
Prof. Dr. Rainer Richter	BPtK/Hamburg
Peter Lehndorfer	BPtK
Dr. Dietrich Munz	BPtK/Baden-Württemberg
Monika Konitzer	BPtK
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	BPtK/Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Weiterbildung und Zusatzqualifikation

Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie

In der Wahlperiode von 2011 bis 2015 kam es zu wichtigen Weichenstellungen für die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Sie wurde ergänzt um die wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie. Zur Vorbereitung dieser Erweiterungen wurden

durch die Kommission Zusatzqualifizierung die Erfahrungen der Landespsychotherapeutenkammern eingeholt, die in ihren Weiterbildungsordnungen bereits eine Weiterbildung in Systemischer Therapie bzw. Gesprächspsychotherapie implementiert haben. Von zentraler Bedeutung waren auch die Vorstellungen der jeweiligen Fachgesellschaften zur Ausgestaltung der Weiterbildung im jeweiligen Verfahren. Im Ergebnis verabschiedete der 19. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) nach intensiver und durchaus kontroverser Diskussion um den Stellenwert der Weiterbildung die Weiterbildungsregelung zum Bereich Systemische Therapie, während der 21. DPT eine Ergänzung der MWBO um die Gesprächspsychotherapie verabschiedete.

Weiterbildungskonferenz der BPtK und der Landespsychotherapeutenkammern

Mit den Ergänzungen der MWBO entstand ein erheblicher Korrekturbedarf im allgemeinen Teil der MWBO. Der DPT verabschiedete die entsprechenden Anpassungen der MWBO auf dem 25. DPT im November 2014. Dem vorausgegangen war die erste Weiterbildungskonferenz der BPtK im März 2014. Zu dieser Weiterbildungskonferenz entsandten die Landespsychotherapeutenkammern die in ihren Reihen für das Thema Weiterbildung zuständigen Haupt- bzw. Ehrenamtlichen. In einer intensiven Diskussion wurde auf der Basis der praktischen Erfahrungen mit der Umsetzung der MWBO der Anpassungsbedarf herausgearbeitet. Die zweite Weiterbildungskonferenz fand am 4. Dezember 2014 auf Einladung der BPtK statt.

Spektrum Somato-Psychotherapie

Die Kommission Zusatzqualifizierung setzte auch den Auftrag des DPT um, Bereiche im Spektrum der Somato-Psychotherapie zu identifizieren, die sich für eine Weiterbildung eignen könnten. In einem Zwischenbericht legte die Kommission Überlegungen zur Erweiterung der MWBO um die Bereiche Schmerzpsychotherapie, Psychodiabetiologie, Psychokardiologie, Psychoonkologie und Palliativversorgung vor.

Kommission „Zusatzqualifizierung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett (Sprecher der Kommission)	Baden-Württemberg
Dr. Bruno Waldvogel (Sprecher der Kommission)	Bayern
Jörg Hein (bis 11/2011)	Hessen
Birgit Wiesemüller (seit 06/2012)	Hessen
Dr. Josef Könnig (bis 11/2012)	Niedersachsen
Barbara Lubisch	Nordrhein-Westfalen
Dr. Andrea Benecke	Rheinland-Pfalz
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	BPtK



Anni Michelmann



Birgit Wiesemüller

Patientenrechtegesetz und Musterberufsordnung

Mit dem Patientenrechtegesetz verankerte der Gesetzgeber Patientenrechte in einem neuen Untertitel „Behandlungsvertrag“ des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), die im Wesentlichen bereits durch richterliche Urteile begründet waren. Dazu gehören insbesondere die Informations- und Aufklärungsrechte über die Behandlung sowie Dokumentation und Einsicht in die Patientenakte. Der Gesetzgeber hat dabei das Ziel verfolgt, die Patientenrechte transparenter zu gestalten und dazu beizutragen, bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abzubauen.

Die BPTK unterstützte in ihren Stellungnahmen die Absicht des Gesetzgebers, die Patientenrechte zu stärken. Bereits im Vorfeld hatte sie in Workshops den Sachverstand der Profession einbezogen. Im Ergebnis sollte auch die Musterberufsordnung an die neuen Regelungen angepasst und, wo notwendig, ergänzt werden.

Zunächst erfolgte eine Stellungnahme zu allgemeinen Punkten. An dieser Stelle konnte sich die BPTK nicht mit ihrer Forderung durchsetzen, die Rechte Minderjähriger ausdrücklich im Gesetz aufzunehmen und insbesondere die Frage der Einwilligungsfähigkeit minderjähriger Patienten im Gesetz zu regeln. Es blieb in der Gesetzesbegründung bei einem Verweis auf die Rechtsprechung. Aus Sicht der BPTK wurde damit an einem wichtigen Punkt das Ziel des Gesetzes verfehlt, alle wesentlichen Rechte von Patienten ausdrücklich im Gesetz zu verankern.

Die Profession entschied sich, diese Lücke zu schließen. Der Deutsche Psychotherapeutentag verankerte die Rechte minderjähriger Psychotherapiepatienten ausdrücklich in der Musterberufsordnung. Dort ist jetzt unter anderem im § 12 geregelt: „Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung sind Minderjährige nur dann, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, sich der Einwilligung des oder der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. Können sich die Sorgeberechtigten nicht einigen, ist die Durch-

führung einer Behandlung noch nicht einsichtsfähiger Patientinnen und Patienten von einer gerichtlichen Entscheidung abhängig.“

In einem zweiten Schritt erfolgte die Stellungnahme zu der Frage der Dokumentation und dem damit zusammenhängenden Recht des Patienten auf Einsichtnahme in seine Patientenakte. Auf einer Veranstaltung am 2. November 2012 mit dem Titel „Patientenrechte in der psychotherapeutischen Behandlung“ konnte dieses Thema mit Blick auf die Frage vertieft werden, wie es sinnvoll in der Musterberufsordnung verankert werden kann. Die Profession lotete die Konsequenzen der Einsichtnahme für die psychotherapeutische Behandlung, Patienten und Psychotherapeuten aus. Sie suchte in Diskussionen im Länderrat, der Berufsrechtokonferenz der Landespsychotherapeutenkammern und auf dem Deutschen Psychotherapeutentag nach einer sachgerechten Gestaltung.

Im BGB heißt es seit dem Patientenrechtegesetz dazu: „Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige Rechte Dritter entgegenstehen. Eine Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen“ (§ 630g BGB). Das Gesetz sieht somit die Möglichkeit vor, das Einsichtnahmerecht im Ausnahmefall aus erheblichen therapeutischen Gründen zum Schutz des Patienten einzuschränken. Außerdem kommt eine Einschränkung des Einsichtnahmerechts zum Schutz erheblicher Rechte Dritter in Betracht, wenn beispielsweise an der Behandlung beteiligte Bezugspersonen Dinge offenbaren, die der Patient nicht erfahren soll. Der Gesetzgeber machte deutlich: Das Gesetz sieht nicht vor, das Einsichtnahmerecht des Patienten einzuschränken, um die Persönlichkeitsrechte des Psychotherapeuten zu schützen.

Als Ergebnis des Diskussionsprozesses beschloss der Deutsche Psychotherapeutentag neue Regelungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte und verabschiedete eine geänderte Fassung der Musterberufsordnung.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) besteht nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes in der gutachterlichen Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren. Da die Gutachten des WBP nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. April 2009 einem antizipierten Sachverständigengutachten gleichkommen, besitzen sie einen maßgeblichen Einfluss auf die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten. Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiative bestimmte Fragen der Psychotherapieforschung auf.

Der WBP wird gemeinsam von BPTK und Bundesärztekammer (BÄK) getragen. Bis Juni 2013 war die Geschäftsstelle des WBP bei der Bundesärztekammer, danach wechselte sie auf Bitte der BÄK wieder vorzeitig zur BPTK, wo sie bis Ende 2018 verbleibt. Seit 2009 amtiert Prof. Dr. Manfred Cierpka als einer der beiden gewählten alternierenden Vorsitzenden des WBP. Nachdem Prof. Dr. Dietmar Schulte, zu Beginn der dritten Amtsperiode in seinem Amt als alternierender Vorsitzender bestätigt, zum 31. März 2011 von seinen Ämtern im WBP zurückgetreten war, wurde als sein Nachfolger Prof. Dr. Günter Esser als alternierender Vorsitzender gewählt. Beide wurden zu Beginn der vierten Amtsperiode des WBP Anfang 2014 in ihren Ämtern als alternierende Vorsitzende bestätigt. Zu Beginn der vierten Amtsperiode hatte Prof. Dr. Esser im Jahr 2014 das Amt des ersten Vorsitzenden inne. Zum Jahreswechsel 2015 übernahm Prof. Dr. Cierpka turnusgemäß das Amt des ersten Vorsitzenden.

Beratungsthemen im Berichtszeitraum waren insbesondere die Gutachtenanträge zur Gestalttherapie, zur Humanistischen Psychotherapie sowie zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen, die Operationalisierung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden, die Entwicklung möglicher Kriterien zur Bewertung der Therapieintegrität, die Reform der Psychotherapeutenausbildung sowie die Förderung der Psychotherapieforschung. Zur vertieften Befassung mit einzelnen Themen hat der WBP jeweils Arbeitsgruppen gebildet.

Ferner haben der WBP und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine gemeinsame Arbeitsgruppe ge-

bildet, um die Regelungen des Bewertungsverfahrens beider Gremien zu beraten und angemessen anzupassen. Hierbei erkennen WBP und G-BA an, dass ihre jeweiligen Vorgehensweisen zur Beurteilung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie unterschiedlichen Zwecken dienen und daher teilweise unterschiedlichen Kriterien folgen.

Im Jahr 2011 wurde im WBP zunächst der Antrag des Deutschen Dachverbands Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten e. V. (DDGAP) beraten. Ab 2012 erfolgte die Beratung eines Antrags der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT), die ebenfalls die wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie beantragte. Da die Gestalttherapie von der AGHPT als Methode der Humanistischen Psychotherapie aufgefasst wird, wurde die Bearbeitung des Gutachtenantrags des DDGAP im Mai 2012 im Einvernehmen mit den Antragstellern ausgesetzt.

Zunächst beantragte die AGHPT vorab zu prüfen, ob der Begriff „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahrensbegriff wissenschaftlich anererkennungsfähig sei. Die Antragsteller wurden daraufhin über das Verfahren des WBP für Anträge auf Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung informiert. Im Oktober 2012 stellte die AGHPT beim WBP einen Gutachtenantrag zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie als Psychotherapieverfahren zur Anwendung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen. Auf dieser Basis hat der Beirat im Dezember 2012 das Gutachtenverfahren zur Humanistischen Psychotherapie eröffnet. Seit 2013 ist der Beirat in die Studienbewertung der von den Antragstellern eingereichten Studien eingetreten und hat eine systematische Literaturrecherche zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Methoden und Verfahren durchgeführt, die von den Antragstellern der Humanistischen Psychotherapie zugeordnet werden. Auf der Basis der Trefferliste der Literaturrecherche erfolgt seit 2014 ein erstes Screening der Publikationen auf der Grundlage der Abstracts.

Im Mai 2013 beantragte die Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e. V. die wissenschaftliche Anerkennung der

EMDR-Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Bei der Begutachtung wurden zum einen sieben eingereichte randomisiert-kontrollierte Studien, eine Metaanalyse und eine nicht-randomisierte Vergleichsstudie berücksichtigt. Ergänzend führte der G-BA im Auftrag des Beirats eine systematische Literaturrecherche zu EMDR durch. Auf der Basis eines zweistufigen Screening-Prozesses konnten eine weitere randomisiert-kontrollierte Studie und eine weitere nicht-randomisierte kontrollierte Studie in die Begutachtung einbezogen werden. Insgesamt war keine der geprüften Originalstudien geeignet, die Wirksamkeit der EMDR bei Kindern und Jugendlichen nachzuweisen. Der Beirat erkannte deshalb EMDR in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen nicht an.

Schließlich setzte sich der Beirat weiterhin für eine stärkere und strukturell verankerte Förderung der Psychotherapieforschung ein. Zu diesem Zweck hat der WBP ein Memorandum zur Intensivierung und Verstetigung der Evaluationsforschung in der Psychotherapie verabschiedet, das dem Bundesministerium für Gesundheit zugeleitet wurde. Der WBP hat gegenüber dem BMG und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wiederholt auf die Bedeutung einer langfristigen Förderung der Psychotherapieforschung aufmerksam gemacht. Gegenüber dem Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt wurden vor dem Hintergrund einer geplanten Ausschreibung eines BMBF-Förderschwerpunkts zu psychischen Krankheiten zentrale Fragestellungen für die Psychotherapieforschung betont. Diese wurden jedoch nach Einschätzung des Beirats nur sehr unzureichend berücksichtigt.

Link: www.wbpsychotherapie.de



Prof. Dr. Manfred Cierpka



Prof. Dr. Günter Esser

WBP-Stellungnahmen und Gutachten 2011 bis 2015

- Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen vom 1. Dezember 2014
- Stellungnahme zu den Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 27. Juli 2011

Mitarbeit der BPtK an Leitlinien 2011 – 2015

Die BPtK war im Berichtszeitraum an der Entwicklung von zahlreichen Leitlinien beteiligt. Viele der Leitlinien, an denen sich die BPtK in der jeweiligen Steuergruppe und/oder der Konsensusgruppe beteiligte, wurden erstmalig erarbeitet. Nicht zuletzt mit der NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ und der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ wurden im Berichtszeitraum aber auch die ersten Revisionen bestehender Leitlinien begonnen, deren Gültigkeitsdauer zu Ende ging beziehungsweise die bereits abgelaufen waren.

Darüber hinaus war die BPtK in Person von Prof. Dr. Rainer Richter an der Leitlinienkommission der AWMF beteiligt, die eine wichtige Koordinierungsfunktion bei der Entwicklung und Überarbeitung von Leitlinien übernimmt. Prof. Richter vertrat die BPtK auch auf den jährlichen Leitlinienkonferenzen der AWMF. Da die Entwicklung von Leitlinien für alle daran beteiligten psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbände eine enorm ressourcenintensive, häufig ausschließlich ehren-

amtlich zu leistende Daueraufgabe geworden ist, veranstaltete die BPtK im Dezember 2013 einen Workshop zu „Aufgaben der Psychotherapeuten bei der Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von Leitlinien“. Bei dieser Gelegenheit wurden unter anderem die Themen der Repräsentativität der Konsensus- und Steuergruppen diskutiert und über mögliche Aufgabenverteilungen bei der Entwicklung sowie der Verbreitung, Implementierung und Anwendungsevaluation von Leitlinien beraten. Zur Verbreitung der Leitlinien zu psychotherapeutisch versorgungsrelevanten Erkrankungen startete die BPtK im Frühjahr 2012 die Veranstaltungsreihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“. Im Berichtszeitraum wurden im Rahmen dieser Reihe jeweils spezifische Workshops zu Psychosen, Essstörungen, Border-Persönlichkeitsstörungen, bipolaren affektiven Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangsstörungen und zu dem Thema Psychoonkologie durchgeführt.

- **S3-Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“**

Die BPtK ist an der Erstellung der S3-Leitlinie zu „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ beteiligt. Der Konsensusprozess steht noch am Anfang.

- **S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“**

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ wurde im Oktober 2012 veröffentlicht. Der Vorstand der BPtK war in Person von Prof. Rainer Richter in der Konsensusgruppe vertreten.

- **S3-Leitlinie „Psychoonkologie“**

Die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ wurde im Januar 2014 veröffentlicht. Der Vorstand der BPtK war in der Person von Monika Konitzer in der Steuerungsgruppe und der Konsensusgruppe vertreten.

- **S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“**

Die S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ wurde im Januar 2015 veröffentlicht. Der Vorstand der BPtK war in Person von Monika Konitzer in der Konsensusgruppe vertreten.

- **S3-Leitlinie „Tabakgebrauch, schädlicher und abhängiger: Screening, Diagnostik und Behandlung“**

Die S3-Leitlinie „Tabakgebrauch, schädlicher und abhängiger: Screening, Diagnostik und Behandlung“ wurde im Januar 2015 veröffentlicht. Der Vorstand der BPTK war in Person von Monika Konitzer in der Konsensusgruppe vertreten.

- **S2k-Leitlinie „Psychische Störungen im Kleinkindalter“**

Im Juni 2012 fand die abschließende Konsensuskonferenz zu der Leitlinie „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ statt. Für den Vorstand der BPTK war Herr Peter Lehdorfer an dem Konsensusverfahren beteiligt. Die Leitlinie steht kurz vor der Veröffentlichung.

- **S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“**

Im Juli 2013 wurde die Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ veröffentlicht. Die BPTK wurde in der Steuerungsgruppe von Herrn Peter Lehdorfer vertreten.

- **NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“**

Im August 2011 wurde die Patientenleitlinie zur im November 2009 veröffentlichten NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ veröffentlicht. Der Vorstand der BPTK war in Person von Prof. Dr. Rainer Richter in der Steuergruppe und Konsensusgruppe beteiligt. Seit November 2013 wurde in der Steuergruppe mit der Aktualisierung und Erweiterung der NVL-S3-Leitlinie begonnen. Der Vorstand der BPTK ist weiterhin in Person von Prof. Dr. Rainer Richter in der Steuergruppe und Konsensusgruppe vertreten. Im Januar 2015 fand die Konsensuskonferenz zur Revision der NVL-S3-Leitlinie statt. Eine Veröffentlichung der aktualisierten Leitlinie ist für Mitte 2015 geplant.

- **S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“**

Die S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ wurde im Mai 2013 veröffentlicht. Der Vorstand der BPTK war in Person von Prof. Dr. Rainer Richter in der Konsensusgruppe vertreten.

- **S3-Leitlinie „Angststörungen“**

Die S3-Leitlinie „Angststörungen“ wurde im April 2014 veröffentlicht. Die zugehörige Patientenleitlinie wurde im Januar 2015 veröffentlicht. Für den Vorstand der BPTK war Prof. Dr. Rainer Richter in der Konsensusgruppe beteiligt.

- **S3-Leitlinie „Lese- und/oder Rechtschreibstörung“**

Am 18. und 19.11.2013 fand die Konsensuskonferenz zur Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von Kindern mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung“ statt. Der Leitlinientext ist in der finalen Abstimmung. Für den Vorstand der BPtK ist Herr Peter Lehndorfer in der Steuerungsgruppe und der Konsensusgruppe an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt.

- **S2k-Leitlinien „Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter“ und „Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen“**

Zu den beiden Leitlinien fanden im Januar 2013 Konsensuskonferenzen statt. Die finale Freigabe der Empfehlungen durch die beteiligten Organisationen und die Abstimmung der Leitlinientexte steht noch aus. Für den Vorstand der BPtK ist Frau Andrea Mrazek an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt.

- **S2e-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen“**

Die Entwicklung der Leitlinie steht noch am Anfang. 2013 fanden zwei Sitzungen der Steuerungsgruppe statt. Für den Vorstand der BPtK ist Herr Peter Lehndorfer als Mitglied der Steuerungsgruppe an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt.

- **S3-Leitlinie „Schizophrenie“ (Aktualisierung)**

Die aus dem Jahr 2006 stammende S3-Leitlinie „Schizophrenie“ wird unter Federführung der DGPPN einer umfassenden Aktualisierung unterzogen. Die BPtK ist in die Steuergruppe aufgenommen worden und wird dort von Prof. Richter vertreten. Die Veröffentlichung der Leitlinie ist für Mitte 2016 geplant.

- **S3-Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens“**

Im April 2013 fand eine erste Statuskonferenz zur Aktualisierung der Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens“ statt. Nach einem Vorbereitungstreffen der Steuerungsgruppe wird überlegt, ob der Status der Leitlinie von S3 in S2e geändert werden soll. In diesem Fall würde auf ein Konsensusverfahren verzichtet werden. Für den BPtK-Vorstand wirkt Herr Lehndorfer an der Leitlinie mit.

- **S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung der Essstörungen“**

Im Dezember 2011 wurde die Leitlinie „Essstörungen“ veröffentlicht. Für den Vorstand der BPtK war Herr Dr. Dietrich Munz an der Entwicklung der Leitlinie in der Konsensusgruppe beteiligt.

- **S3-Leitlinie „Geschlechtsdysphorie – Diagnostik, Beratung und Behandlung“**

Seit September 2012 wird die S3-Leitlinie „Geschlechtsdysphorie“ entwickelt. Die BPTK hat sich auch an der Finanzierung der Leitlinienentwicklung, insbesondere der Durchführung und Auswertung der systematischen Literaturrecherchen, beteiligt. Für die BPTK wirkt Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt in der Steuerungsgruppe und der Konsensusgruppe der Leitlinie mit.

- **S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörungen“**

Am 10. September 2014 fand die erste Konferenz zur Überarbeitung der S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörungen“ statt. Seit Dezember 2014 ist der Vorstand der BPTK in Person von Frau Andrea Mrazek in der Konsensusgruppe beteiligt.

- **S3-Leitlinie „Dyskalkulie“**

Zur Leitlinie S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Rechenstörung“ fand im Dezember 2014 eine erste Sitzung der Steuerungsgruppe statt. Für die BPTK wirkt Herr Peter Lehdorfer in der Steuerungsgruppe mit.

- **S3-Leitlinie „Kinderschutz“**

Die Entwicklung der Leitlinie „Kinderschutz“ steht ganz am Anfang. Im Februar 2015 gab es ein konstituierendes Treffen der Leitliniengruppe. Für die BPTK wirkt Herr Peter Lehdorfer in der Leitliniengruppe mit.

Übersicht Personen und Gremien

Bundesdelegierte des Deutschen Psychotherapeutentages (Delegierte des 25. DPT am 14. und 15.11.2014)	
Name	Psychotherapeutenkammer
Herr Prof. Dr. Josef Bailer	Baden-Württemberg
Herr Peter Baumgartner	Baden-Württemberg
Frau Ulrike Böker	Baden-Württemberg
Herr Ullrich Böttinger	Baden-Württemberg
Frau Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Frau Renate Hannak-Zeltner	Baden-Württemberg
Herr Martin Klett	Baden-Württemberg
Frau Birgitt Lackus-Reitter	Baden-Württemberg
Herr Günter Ruggaber	Baden-Württemberg
Frau Mareke Santos-Dodt	Baden-Württemberg
Frau Cornelia Seitz	Baden-Württemberg
Herr Dr. Roland Straub	Baden-Württemberg
Herr Dr. Daniel Weimer	Baden-Württemberg
Frau Michaela Willhauck-Fojkar	Baden-Württemberg
Herr Rudi Bittner	Bayern
Herr Rainer Cebulla	Bayern
Herr Klemens Funk	Bayern
Frau Almut Gessler-Engelbrecht	Bayern
Frau Birgit Gorgas	Bayern
Frau Gabriele Melcop	Bayern
Herr Dr. Nikolaus Melcop	Bayern
Herr Gerhard Müller	Bayern
Frau Dr. Anke Pielsticker	Bayern
Herr Dr. Andreas Rose	Bayern
Frau Angelika Rothkegel	Bayern
Herr Thomas Stadler	Bayern
Frau Prof. Dr. Karin Tritt	Bayern
Herr Dr. Heiner Vogel	Bayern
Herr Benedikt Waldherr	Bayern
Herr Dr. Bruno Waldvogel	Bayern

Name	Psychotherapeutenkammer
Herr Heinrich Bertram	Berlin
Frau Dorothee Hillenbrand	Berlin
Frau Pilar Isaac-Candeias	Berlin
Herr Michael Krenz	Berlin
Herr Alfred Luttermann	Berlin
Herr Dr. Joachim Meincke	Berlin
Frau Eva-Maria Schweitzer-Köhn	Berlin
Frau Anne Springer	Berlin
Herr Christoph Stößlein	Berlin
Herr Dr. Manfred Thielen	Berlin
Frau Gudrun Voß	Berlin
Herr Axel Janzen	Bremen
Frau Hilke Schröder	Bremen
Herr Karl Heinz Schrömgens	Bremen
Herr Claus Gieseke	Hamburg
Frau Gabriela Küll	Hamburg
Herr Torsten Michels	Hamburg
Frau Ricarda Müller	Hamburg
Frau Heike Peper	Hamburg
Herr Prof. Dr. Rainer Richter	Hamburg
Herr Christian Alte	Hessen
Herr Hans Bauer	Hessen
Frau Else Döring	Hessen
Herr Karl-Wilhelm Höffler	Hessen
Herr Alfred Krieger	Hessen
Herr Stuart Massey Skatulla	Hessen
Herr Prof. Dr. Ulrich Müller	Hessen
Frau Ariadne Sartorius	Hessen
Herr Wilfried Schaeben	Hessen
Frau Susanne Walz-Pawlita	Hessen
Frau Birgit Wiesemüller	Hessen
Frau Yvonne Winter	Hessen
Frau Gabriele Bruns	Niedersachsen
Frau Prof. Dr. Eva Busch	Niedersachsen
Frau Gertrud Corman-Bergau	Niedersachsen
Herr Klaus Ditterich	Niedersachsen
Frau Susanne Ehrhorn	Niedersachsen
Herr Heiner Hellmann	Niedersachsen

Name	Psychotherapeutenkammer
Herr Jörg Hermann	Niedersachsen
Herr Dr. Josef Könning	Niedersachsen
Herr Joachim Lagerspets	Niedersachsen
Herr Dr. Enno Maaß	Niedersachsen
Frau Bertke Reiffen-Züger	Niedersachsen
Herr Dr. Timo Reißner	Niedersachsen
Frau Cornelia Beeking	Nordrhein-Westfalen
Frau Benedikta Enste	Nordrhein-Westfalen
Herr Matthias Fink	Nordrhein-Westfalen
Herr Dr. Wolfgang Groeger	Nordrhein-Westfalen
Herr Gebhard Hentschel	Nordrhein-Westfalen
Herr Jürgen Kuhlmann	Nordrhein-Westfalen
Frau Barbara Lubisch	Nordrhein-Westfalen
Herr Dr. Rupert Martin	Nordrhein-Westfalen
Herr Ulrich Meier	Nordrhein-Westfalen
Frau Anni Michelmann	Nordrhein-Westfalen
Herr Bernhard Moors	Nordrhein-Westfalen
Herr Peter Müller-Eikermann	Nordrhein-Westfalen
Herr Andreas Pichler	Nordrhein-Westfalen
Frau Heidi Rosenow	Nordrhein-Westfalen
Herr Georg Schäfer	Nordrhein-Westfalen
Herr Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider	Nordrhein-Westfalen
Herr Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen
Herr Hermann Schürmann	Nordrhein-Westfalen
Herr Robin Siegel	Nordrhein-Westfalen
Frau Anja Simon	Nordrhein-Westfalen
Herr Dr. Karl Stricker	Nordrhein-Westfalen
Herr Dr. Walter Ströhm	Nordrhein-Westfalen
Frau Sabine Unverhau	Nordrhein-Westfalen
Herr Andreas Wilser	Nordrhein-Westfalen
Herr Friedemann Belz	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Christoph Bosse	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Beate Caspar	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Dr. Steffen Dauer	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Dr. Jürgen Friedrich	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Name	Psychotherapeutenkammer
Herr Jürgen Golombek	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Dr. Thomas Guthke	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Dr. Heidi Krüger	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Frank Massow	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Andrea Mrazek, M. A., M. S.	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Dr. Gregor Peikert	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Cornelia Plamann	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Ragna Richter	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Dr. Wolfram Rosendahl	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Volker Schmidt	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Dr. Dietmar Schröder	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Herr Johannes Weisang	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Margitta Wonneberger	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Frau Dr. Birgit Albs-Fichtenberg	Rheinland-Pfalz
Frau Dr. Andrea Benecke	Rheinland-Pfalz
Herr Dieter Best	Rheinland-Pfalz
Herr Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Frau Sabine Maur	Rheinland-Pfalz
Herr Peter Andreas Staub	Rheinland-Pfalz
Herr Bernhard Morsch	Saarland
Frau Inge Neiser	Saarland
Herr Dr. Frank Paulus	Saarland
Herr Detlef Deutschmann	Schleswig-Holstein
Frau Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Herr Bernhard Schäfer	Schleswig-Holstein
Frau Ute Theissing	Schleswig-Holstein
Frau Diana Will	Schleswig-Holstein

Versammlungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage (DPT)

Name	Psychotherapeutenkammer	Teilnahme an
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen	seit 10. DPT
Bertke Reiffen-Züger	Niedersachsen	16. bis 19. DPT
Gerd Höhner	Nordrhein-Westfalen	10. bis 24. DPT
Gabriela Küll	Hamburg	seit 19. DPT
Benedikt Waldherr	Bayern	seit 25. DPT

Vorstandsbeauftragte

Gebührenordnungsfragen: **Dieter Best**

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“: **Prof. Dr. Thomas Bock**

S3-Leitlinie „Geschlechtsdysphorie“: **Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt**

gesundheitsziele.de „Gesund älter werden“: **Prof. Dr. Susanne Zank**

Palliativversorgung: **Dr. Rolf Stecker**

Ausschuss für „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Name	Psychotherapeutenkammer
Marion Schwarz (Sprecherin des Ausschusses)	Hessen
Michaela Willhauck-Fojkar	Baden-Württemberg
Kristiane Göpel	Baden-Württemberg
Gabriela Küll	Hamburg
Jörg Hermann	Niedersachsen
Cornelia Beeking	Nordrhein-Westfalen
Wolfgang Schreck	Nordrhein-Westfalen
Rolf Mertens	Nordrhein-Westfalen
Cornelia Plamann	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Peter Lehndorfer	BPtK

gewählt auf dem 19. Deutschen Psychotherapeutentag am 12. November 2011

Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“

Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Heiner Vogel (Sprecher des Ausschusses)	Bayern
Ullrich Böttinger	Baden-Württemberg
Michael Müller-Mohnssen	Baden-Württemberg
Dr. Klaus Stöhr	Bayern
Karl-Wilhelm Höffler	Hessen
Matthias Kapp	Hessen
Sabine Wald	Hessen
Wolfgang Dube	Nordrhein-Westfalen
Jürgen Golombek	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Dr. Dietrich Munz	BPtK

gewählt auf dem 19. Deutschen Psychotherapeutentag am 12. November 2011

Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Hermann Schürmann (Sprecher der Kommission)	Nordrhein-Westfalen
Dr. Roland Jürgen Straub	Baden-Württemberg
Silke von der Heyde	Bayern
Dr. Thomas Guthke	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Bernhard Morsch	Saarland
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	BPtK

gewählt auf dem
11. Deutschen
Psychotherapeutentag
am 10. November 2007,
im Amt bestätigt auf
dem 19. Deutschen
Psychotherapeutentag
am 12. November 2011

Kommission „Zusatzqualifizierung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett (Sprecher der Kommission)	Baden-Württemberg
Dr. Bruno Waldvogel (Sprecher der Kommission)	Bayern
Jörg Hein (bis 11/2011)	Hessen
Birgit Wiesemüller (seit 06/2012)	Hessen
Dr. Josef Könning (bis 11/2012)	Niedersachsen
Barbara Lubisch	Nordrhein-Westfalen
Dr. Andrea Benecke	Rheinland-Pfalz
Andrea Mrazek, M.A., M.S.	BPtK

gewählt auf dem
13. Deutschen
Psychotherapeutentag
am 15. November 2008,
im Amt bestätigt auf
dem 20. Deutschen
Psychotherapeutentag
am 12. Mai 2012

Kommission „Reform der Bedarfsplanung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Michael Krenz	Berlin
Dr. Nicolaus Melcop	Bayern
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Bernhard Moors	KBV-VV
Michael Ruh	KBV-VV
Gebhard Hentschel	KBV-VV
Prof. Dr. Rainer Richter	BPtK
Monika Konitzer	BPtK
Peter Lehdorfer	BPtK
Andrea Mrazek, M. A., M. S.	BPtK

Vorstandskommission (mit Beschluss vom 13. Dezember 2011)

Kommission „Versorgung“

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett	Baden-Württemberg
Michael Krenz	Berlin
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Bernhard Moors	KBV-VV
Gebhard Hentschel	KBV-VV
Barbara Lubisch	KBV-VV
Monika Konitzer	BPtK
Andrea Mrazek, M. A., M. S.	BPtK
Peter Lehdorfer	BPtK

Vorstandskommission (mit Beschluss vom 18. Juli 2014)

Kommission „Psychotherapie unter Nutzung elektronischer Kommunikationsmedien“

Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Dietrich Munz	Baden-Württemberg
Peter Lehdorfer	Bayern
Dr. Renate Degner	Berlin
Dr. Ulrich Müller	Hessen
Barbara Lubisch	Nordrhein-Westfalen
Dr. Rüdiger Bürgel	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Prof. Dr. Rainer Richter	BPtK

Vorstandskommission (mit Beschluss vom 18. Oktober 2011)

Finanzausschuss

Name	Psychotherapeutenkammer
Rudi Bittner (Vorsitzender des Ausschusses)	Bayern
Birgitt Lackus-Reitter (seit 2014)	Baden-Württemberg
Jürgen Pitzing (bis 2013)	Baden-Württemberg
Dorothee Hillenbrand	Berlin
Uwe Klein (bis 2011)	Bremen
Hans Schindler (seit 2012)	Bremen
Heike Peper	Hamburg
Hans Bauer (bis 2012)	Hessen
Karl-Wilhelm Höffler (seit 2013)	Hessen
Joachim Lagerspets	Niedersachsen
Gerd Höhner (bis 2014)	Nordrhein-Westfalen
Peter Müller-Eikermann (seit 2014)	Nordrhein-Westfalen
Ragna Richter	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Manfred Kießling (bis 2011)	Rheinland-Pfalz
Peter Andreas Staub (seit 2012)	Rheinland-Pfalz
Irmgard Jochum	Saarland
Detlef Deutschmann	Schleswig-Holstein
Dr. Dietrich Munz	BPtK

AG des BPtK-Vorstandes und des Länderrates (2013 – 2014)

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett	Baden-Württemberg
Dr. Nikolaus Melcop*	Bayern
Michael Krenz*	Berlin
Hans Schindler	Bremen
Torsten Michels	Hamburg
Alfred Krieger	Hessen
Gertrud Corman-Bergau	Niedersachsen
Dr. Wolfgang Groeger	Nordrhein-Westfalen
Dr. Dietmar Schröder	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Bernhard Morsch	Saarland
Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Marion Schwarz	KJP-Vertreterin
Dr. Dietrich Munz	BPtK

Name	Psychotherapeutenkammer
Peter Lehndorfer	BPtK
Prof. Dr. Rainer Richter*	BPtK
Monika Konitzer	BPtK
Andrea Mrazek, M. A., M. S.	BPtK

* Sprecher der AG

Bund-Länder-AG Transition	
Name	Psychotherapeutenkammer
Dr. Nikolaus Melcop	Bayern
Michael Krenz	Berlin
Hans Schindler	Bremen
Alfred Krieger	Hessen
Gertrud Corman-Bergau	Niedersachsen
Gerd Höhner	Nordrhein-Westfalen
Dr. Andrea Benecke	Rheinland-Pfalz
Bernhard Morsch	Saarland
Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Marion Schwarz	KJP-Vertreterin
Prof. Dr. Rainer Richter	BPtK/Hamburg
Peter Lehndorfer	BPtK
Dr. Dietrich Munz	BPtK/Baden-Württemberg
Monika Konitzer	BPtK
Andrea Mrazek, M. A., M. S.	BPtK/Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Sprecher der Bundeskonferenz PiA		
Name	Psychotherapeutenkammer	Von... bis...
Florian Hänke	Berlin	2010 – 2011
Robin Siegel	Nordrhein-Westfalen	2011 – 2013
Stuart Massey Skatulla (Stellvertreter)	Hessen	2011 – 2012
Wiebke Rappen (Stellvertreterin)	Bremen	2011 – 2012
Marty Auer (Stellvertreterin)	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	2012 – 2013
Sandra Laudor (Stellvertreterin)	Bremen	2012 – 2013
Theresia Köthke (Stellvertreterin)	Niedersachsen	2013 – 2014
Benjamin Lemke	Berlin	2013 – 2015
Sven Baumbach (Stellvertreter)	Hessen	seit 2013

Name	Psychotherapeutenkammer	Von... bis...
Anna Eiling (Stellvertreterin)	Berlin	2014 – 2015
Anna Eiling	Berlin	seit 2015
Dominik Schoeller (Stellvertreter)	Bayern	seit 2015

Länderrat

Name	Psychotherapeutenkammer
Martin Klett	Baden-Württemberg
Dr. Nikolaus Melcop	Bayern
Michael Krenz	Berlin
Karl Heinz Schrömgens	Bremen
Gabriela Küll	Hamburg
Jürgen Hardt (bis 8/2011)	Hessen
Alfred Krieger (seit 9/2011)	Hessen
Gertrud Corman-Bergau	Niedersachsen
Gerd Höhner (seit 9/2014)	Nordrhein-Westfalen
Herrmann Schürmann (bis 8/2014)	Nordrhein-Westfalen
Dr. Wolfram Rosendahl	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Alfred Kappauf	Rheinland-Pfalz
Bernhard Morsch	Saarland
Juliane Dürkop	Schleswig-Holstein
Bernhard Moors	KJP-Vertreter
Matthias Fink	Stellvertretender KJP-Vertreter
Helga Planz	KJP-Vertreterin
Marion Schwarz	Stellvertretende KJP-Vertreterin

Landespsychotherapeutenkammern

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg • http://www.lpk-bw.de
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten • http://www.ptk-bayern.de
Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin • http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
Psychotherapeutenkammer Bremen • http://www.pk-hb.de
Psychotherapeutenkammer Hamburg • http://www.ptk-hamburg.de
Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen • http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen • <http://www.pknds.de>
 Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen • <http://www.ptk-nrw.de>
 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer • <http://www.opk-info.de>
 Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz • <http://www.lpk-rlp.de>
 Psychotherapeutenkammer des Saarlandes • <http://www.ptk-saar.de>
 Psychotherapeutenkammer Schleswig Holstein • <http://www.pksh.de>

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie – 4. Amtsperiode

Für die BPTK: Prof. Dr. Rainer Richter

Für die Bundesärztekammer: Dr. Christoph von Ascheraden und Dr. Cornelia Goesmann

Von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandte Mitglieder:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Günter Esser (alternierender Vorsitzender)	Klinisches Institut für Psychologie, Universität Potsdam
Prof. Dr. Thomas Fydrich	Abteilung Psychotherapie und Somatopsychologie, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin
Prof. Dr. Siegfried Gauggel	Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, RWTH Aachen
Prof. Dr. Nina Heinrichs	Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Abteilung für Psychologie, Universität Bielefeld
Prof. Dr. Falk Leichenring	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Giessen
Prof. Dr. Bernhard Strauß	Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena

Von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandte Stellvertreter:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Günter Reich	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsmedizin, Georg-August-Universität Göttingen
Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt	Institut für Sexualforschung u. Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Jochen Schweizer-Rothers	Stellvertretender Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Kirsten von Sydow	Psychologische Hochschule Berlin
Dr. Eberhard Windaus	niedergelassener Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut, Frankfurt a. Main
Prof. Dr. Ulrike Willutzki	Fakultät für Psychologie, Universität Bochum

Von der Bundesärztekammer entsandte Mitglieder:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Manfred Cierpka (alternierender Vorsitzender)	Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Psychosoziales Zentrum, Universitätsklinikum Heidelberg

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Gereon Heuft	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Münster
Prof. Dr. Kai von Klitzing	Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinik Leipzig, Department für Frauen- und Kindermedizin
Prof. Dr. Klaus Lieb	Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
Prof. Dr. Michael Linden	Ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow
Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne	Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München

Von der Bundesärztekammer entsandte Stellvertreter:

Name	Einrichtung
Prof. Dr. Christian Fleischhaker	Geschäftsführender Oberarzt am Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Prof. Dr. Harald-Jürgen Freyberger	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald im Hanse-Klinikum Stralsund
Prof. Dr. Wolfgang Herzog	Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Johannes Kruse	Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen
Prof. Dr. Georg Romer	Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster
Prof. Dr. Ulrich Schweiger	Stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Geschäftsstelle der BPtK	
Name	Bereich
Dr. Christina Tophoven	Geschäftsführung
Carolin Böhmig	Berufs- und Sozialrecht, Sozialpolitik, Patientenrechte
Timo Harfst	Ambulante psychotherapeutische Versorgung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Leitlinien
Dr. Johannes Klein-Heßling	Psychotherapeutenausbildung, Kinder und Jugendliche, Prävention, Leitlinien
Dominique Krause	Telematik, Krankenversicherung, Administration, Projekte
Johannes Schopohl	Berufs- und Sozialrecht, Sozialpolitik, Patientenrechte
Dr. Theresa Unger	Bedarfsplanung, Rehabilitation, Arbeit & psychische Gesundheit

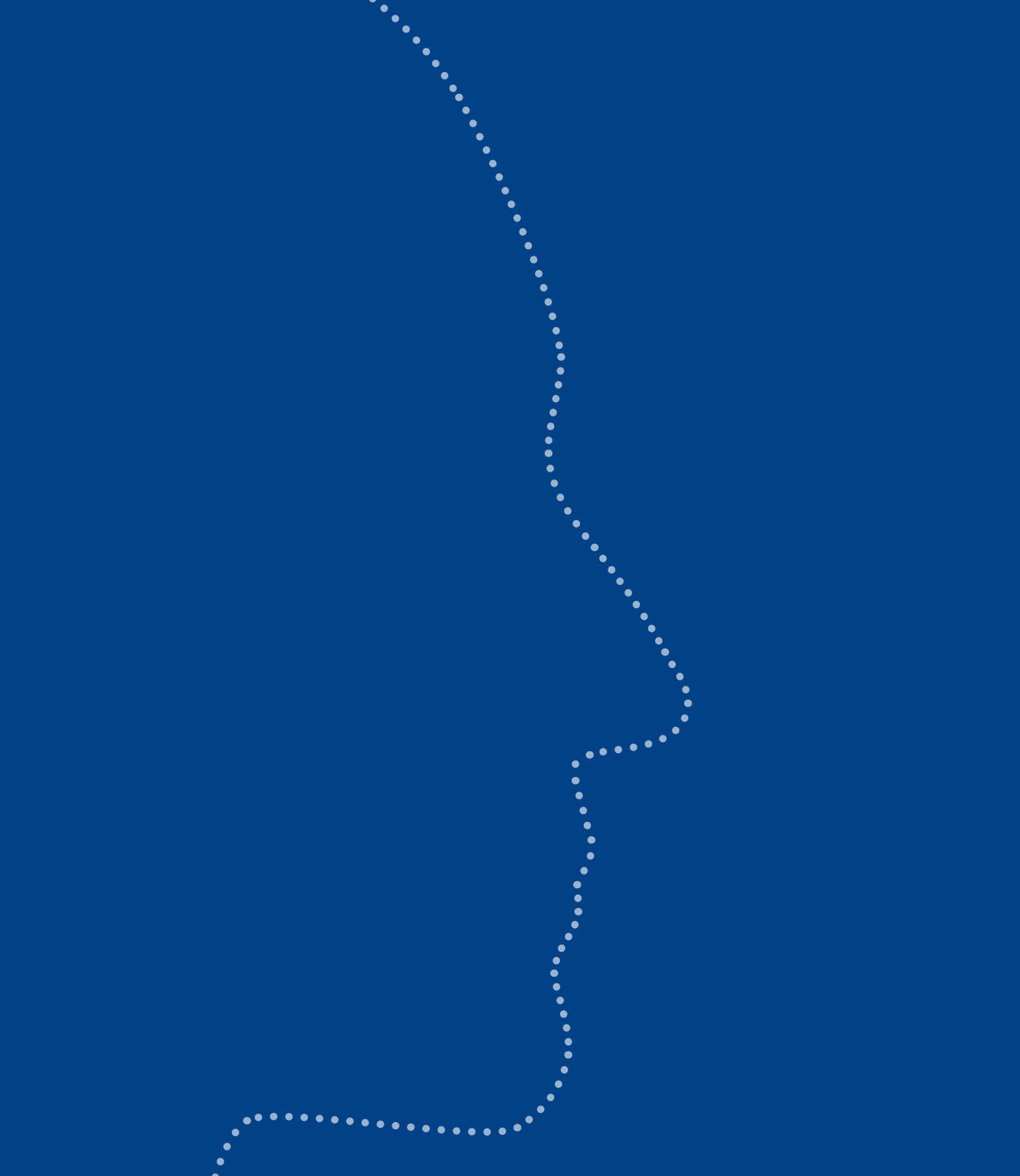
Name	Bereich
Dr. Tina Wessels	Krankenhaus, Neue Versorgungsformen, Leitlinien
Judith Gerhardt	Assistentin der Geschäftsführung
Sandra Kästler	Assistentin der Geschäftsführung
Kerstin Buss	Sekretärin
Sylvia Rückstieß	Sekretärin
Ulrike Schulz	Sekretärin
Kay Funke-Kaiser	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Dr. Angelika Kiewel	Europa
Prof. Dr. Martin H. Stellpflug	Justiziar

Mitgliedschaften der BPtK in Organisationen

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.	Seit 2015
Mental Health Europe	Seit 2012
gesundheitsziele.de	Seit 2012
Aktionsbündnis Patientensicherheit	Seit 2011
DNVF e. V. – Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.	Seit 2010
EbM-Netzwerk – Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e. V.	Seit 2009 (Fördermitglied)
BMC – Bundesverband Managed Care e. V.	Seit 2004
bvpg – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.	Seit 2004
GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e. V.	Seit 2004

Deutscher Psychologie Preis Preisträger

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer 2011
Prof. Dr. Anke Ehlers 2013



Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
www.bptk.de