

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2006

Dezember
2006

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - mehr Mut und Augenmaß

Themen dieser Ausgabe:

- *Wettbewerbsstärkungsgesetz*
- *Vertragsarztrechtsänderungsgesetz*
- *BPTK-Focus:
G-BA zur Gesprächspsychotherapie*
- *Reform der Führungsaufsicht*
- *Europäische Gesundheitspolitik*
- *Gesundheitsbericht 2006*
- *Kinderuntersuchungen*
- *BPTK-Inside:
Neue Versorgungsstrukturen
Vision 2015
Kongressberichte*

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschäftigt die Republik. Nachdem die Große Koalition Anfangs Monate benötigte, um sich auf Grundlinien zu einigen, arbeitet der politische Apparat in Berlin jetzt unter Hochdruck: 26 Stunden Anhörungsmarathon im Deutschen Bundestag, Gespräche im Bundeskanzleramt, intensive Beratungen im Gesundheitsausschuss und im Plenum von Bundesrat und Bundestag, unzählige Veranstaltungen, Protestaktionen und Pressekonferenzen. Aber die Kritik fast aller Akteure im Gesundheitssystem trifft auf taube Ohren. Es ist zu befürchten, dass das GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz, unbeschadet einiger Änderungen im Detail, am 1. April 2007 in Kraft treten wird.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Regierung plant für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neue Strukturen, z. B. soll das zentrale G-BA-Gremium künftig hauptamtlich und nicht ehrenamtlich besetzt werden. Die Ehrenamtlichkeit hat in der Vergangenheit umsetzungsorientierte Beschlüsse garantiert. Für Psychotherapeuten von entscheidender Bedeutung ist allerdings, ob das höchste G-BA-Gremium überhaupt über psychotherapeutische Kompe-

tenz verfügt. Bedenklich sind deshalb vor allem Pläne, wonach im Beschlussgremium zukünftig nur zwei Ärzte (einer aus dem Krankenhaus, einer aus dem niedergelassenen Bereich) und ein Zahnarzt sitzen. Repräsentativität wäre erst gewährleistet, wenn immer dann, wenn die Berufsaufgaben der Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten zur Diskussion stehen, auch die entsprechenden Berufsgruppen mitentscheiden können.

Mindestens so wichtig ist das Thema „Partizipation“. In Unterausschüssen und Themengruppen bereitet der G-BA seine

Weiter auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser,

am 18. November 2006 fand in Köln der 9. Deutsche Psychotherapeutentag statt. Wichtige Tagesordnungspunkte waren das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie. Beide Themen haben in den letzten drei Monaten die Arbeit der BPTK wesentlich geprägt. Sie sind Beispiele dafür, dass Psychotherapeuten die Zukunft ihrer Profession und insbesondere auch die Versorgung psychisch kranker Menschen mitgestalten können und wollen.

Die BPTK hat in den vergangenen Jahren eine sehr effiziente Geschäftsstelle aufgebaut, was nur durch das außergewöhnliche Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich war. Dennoch konnten noch längst nicht alle Aufgaben bewältigt werden. Viele Themen bleiben liegen, weil das aktuelle politische Tagesgeschäft immer wieder andere Schwerpunkte verlangt. So können wir uns etwa für multidisziplinäre Versorgungsleitlinien nur in viel zu engen Grenzen engagieren. Auch mit dem anstehenden Wandel der Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie können wir uns kaum befassen, um nur zwei Punkte aufzuführen. Auch eine langfristig planbare Öffentlichkeitsarbeit ist dringend notwendig. Eine Veränderung der Prioritäten und die damit verbundene Vernachlässigung anderer dringlicher Aufgaben und Themen ist keine Lösung des Problems. Um Abhilfe zu schaffen, bedarf es dringend zusätzlicher Ressourcen.

Die Vielfalt und Wichtigkeit der Themen des BPTK-Newsletters zeigen, dass psychotherapeutische Kompetenz auf vielen Gebieten notwendig und nutzbringend ist. Jedes Thema verlangt eine fachlich fundierte und strategische Positionierung. Wir richten unsere Arbeit gezwungenermaßen noch zu sehr an Ad-hoc-Forderungen aus der Mitgliedschaft und der Politik aus und orientieren uns zu wenig an von der Profession entwickelten langfristigen Konzepten. Eine Forderung ist schnell gestellt. Sie politisch plausibel zu machen und Parteien und Ministerien von ihr zu überzeugen, das ist die eigentliche Aufgabe, die arbeitsintensiv ist und professionell gelöst werden will. Noch so ambitionierter ehrenamtlicher Einsatz gerät hier schnell an seine Grenzen. Wir Psychotherapeuten sind eine eher kleine berufspolitische Gruppierung, die ihre Interessen manchmal gegen ungleich mächtigere Gruppierungen durchsetzen muss. Unsere professionelle Haltung ist uns dabei im harten politischen Geschäft nicht immer nützlich, weswegen wir in besonderem Maße auf eine professionelle Interessenvertretung angewiesen sind. Dafür Lösungen zu finden, wird die vordringliche „innenpolitische“ Aufgabe der Profession für die nächsten Monate sein.

Zuvor aber wünsche ich Ihnen für die kommenden Feiertage Ruhe und Zeit für Besinnung und für das Neue Jahr Glück und Zufriedenheit.

Prof. Dr. Rainer Richter

Neue Regelung in der ambulanten Versorgung: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz tritt in Kraft

Am 1. Januar 2007 tritt das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft. Es bringt mehr Flexibilität und Kooperationsmöglichkeiten für Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser.

Vertragspsychotherapeuten können künftig an mehreren Orten tätig sein. Wer beispielsweise Praxisräume in einem Ballungsgebiet hat, kann zusätzlich in strukturschwachen Stadtteilen oder im ländlichen Raum Sprechstunden anbieten. Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Vertragspsychotherapeuten und Vertragsärzten sind endlich möglich. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können also z. B. gemeinsam mit einem Kinderarzt Sprechstunden anbieten, Psychologische Psychotherapeuten mit Hausärzten, Gynäkologen oder Orthopäden.

Ein angestellter Vertragspsychotherapeut im Krankenhaus kann sich mit Inkrafttreten des Gesetzes gleichzeitig in einer eigenen Praxis niederlassen. Allerdings bleibt es bei den bisherigen Einschränkungen für Psychotherapeuten, die z. B. in Erziehungsberatungsstellen tätig sind. Die BpTK hatte sich für eine bessere Kooperation auch an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem engagiert. Auch zwischen Strafvollzug und Gesundheitssystem sind liberalere Regelungen wünschenswert.

In Zukunft sind im ambulanten Bereich auch Teilzulassungen möglich. Vertragspsychotherapeuten können einen halben oder einen ganzen Versorgungsauftrag übernehmen bzw. einen halben Versorgungsauftrag zurückgeben. Das kann z. B. sinnvoll sein, wenn ihre aktuelle Lebenssituation oder das Nachfrageverhalten

der Patienten die volle Wahrnehmung eines Versorgungsauftrages nicht zulässt. In gesperrten Zulassungsbereichen wird ein einmal abgegebener hälftiger Versorgungsauftrag allerdings kaum wiederzuerlangen sein. Außerdem ermöglicht das VÄndG es den KV-Zulassungsausschüssen, Versorgungsaufträge hälftig zu entziehen, wenn nachweisbar ist, dass der volle Versorgungsauftrag bleibend nicht erfüllt wird.

Für die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher fand der Gesetzgeber keine Lösung. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sieht keine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor. Die BpTK hat gefordert, dass mindestens 20 Prozent der zugelassenen Leistungserbringer in der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen tätig sein sollten.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

www.bptk.de

Fortsetzung von Seite 1

Entscheidungen vor. Vertreten ist auch hier mit Ausnahme des Unterausschusses Psychotherapie ausschließlich ärztlicher Sachverstand. Andere Gesundheitsberufe – neben Psychotherapeuten vor allem Krankenpflegeberufe, Hebammen, Physiotherapeuten – haben allenfalls ein Stimmrecht. Die BpTK macht sich daher für mehr Multidisziplinarität stark.

Vergütungsreform

Ökonomisch bedrohlich ist für Psychotherapeuten die aktuelle Ausgestaltung der Vergütungsreform im ambulanten Bereich. Die für psychotherapeutische Leistung adäquate Honorierung ist eine Vergütung für die jeweilige Therapiestunde. Das GKV-WSG setzt dagegen auf Pauschalierung. Für die Kalkulation der regionalen Gebührenordnungen soll ein bundeseinheitlicher Orientierungswert durch den Bewertungsausschuss vorgegeben werden. Dieser bundeseinheitliche Orientierungswert wäre ein durchschnittlicher Wert, der

mit Sicherheit niedriger ausfällt als die gestützten Punktwerte für psychotherapeutische Leistungen. Für Psychotherapeuten würde die Uhr zurückgedreht – auf die Zeit vor dem Urteil des Bundessozialgerichts. Die BpTK setzt sich gemeinsam mit Landespsychotherapeutenkammern und Verbänden nachdrücklich dafür ein, dass es bei einer angemessenen Vergütung pro Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen bleibt.

Zukunft der Kollektivverträge

Das GKV-WSG setzt für alle Akteure im Gesundheitswesen Anreize, sich verstärkt im Selektivvertragssystem zu engagieren. Neue Versorgungsangebote und damit verbunden zusätzliche Einnahmemöglichkeiten wird es künftig vor allem im Selektivvertragssystem geben. Damit stellt sich auch für Psychotherapeuten die Frage, wie sie ihre berufliche Zukunft mit Selektivverträgen zu gestalten denken. Schon heute ist allerdings klar, dass es für psychisch kranke Menschen neue Versorgungsformen nur geben wird, wenn ein

morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich eingeführt wird. Bei einem Wettbewerb um Gesunde werden insbesondere sie zu den Verlierern gehören. Außerdem ist es dringend erforderlich, die bislang ausschließlich ärztlichen Leitlinien durch multidisziplinäre Versorgungskonzepte zu ersetzen.

GKV-Finanzreform

Die Gesundheitsreform ist an ihrem wichtigsten Ziel gescheitert: Den gesetzlichen Krankenkassen eine solidere finanzielle Grundlage zu verschaffen. Eine ausreichende Versorgung, ob nun über Kollektiv- oder Selektivverträge, ist direkt abhängig von den Einnahmen der Kassen – doch diese bröckeln weiter. Gleichzeitig veranlasst die Politik so viele strukturelle Veränderungen, dass fraglich ist, ob in der Summe tatsächlich mehr „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ erreicht wird. Die BpTK fordert deshalb eine Politik mit mehr Mut auf der Einnahmenseite und mehr Augenmaß auf der Ausgabenseite.

Stellungnahme der BpTK zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

www.bptk.de

Gemeinsamer Bundesausschuss: Gesprächspsychotherapie keine Kassenleistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf seiner Sitzung vom 21. November beschlossen, dass die Gesprächspsychotherapie auch künftig nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abgerechnet werden kann. Nach Auffassung des G-BA seien Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Depression – „wissenschaftlich nicht belegt“.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hatte in seinem Gutachten vom 16. September 2002 empfohlen, die Gesprächspsychotherapie als Verfahren der vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten zuzulassen. Dies führte in der Folge zu einer Vorprüfung beim damaligen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen und schließlich im Jahr 2004 zu dem Beschluss im G-BA-Unterausschuss Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie vordringlich zu prüfen. Im Verlauf des zweijährigen Beratungsprozesses wurde die Prüfung – nach vielfältigem Protest der Psychotherapeuten und Intervention des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) – von zunächst vier auf alle Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien erweitert.

Versorgungsrelevanz als neues Zulassungskriterium

Zu Beginn des Jahres 2006 begann der G-BA parallel zu den Beratungen zur Gesprächspsychotherapie mit einer Revision der Kriterien, nach denen neue psychotherapeutische Verfahren zur GKV-Versorgung zugelassen werden. Dies mündete schließlich im Juni 2006 in den G-BA-Beschluss, diese Zulassung von der „Versorgungsrelevanz“ der neuen psychotherapeutischen Verfahren abhängig zu machen. Danach sollten Psychotherapieverfahren erst dann

zugelassen werden, wenn für sie Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind – und zwar mindestens bei den drei häufigsten psychischen Störungen: Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen. Dieser G-BA-Beschluss wurde vom BMG im August 2006 insbesondere aufgrund seiner einseitigen Operationalisierung der Versorgungsrelevanz über die Häufigkeit psychischer Störungen beanstandet und trat damit nicht in Kraft.

In seinem aktuellen Beschluss zur Gesprächspsychotherapie hat der G-BA dennoch das Kriterium der Versorgungsrelevanz angewendet – und nicht die noch geltenden Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien für die Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren.

Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie unberücksichtigt

Auch die eingeeengte Perspektive ausschließlich auf die „klassische“ Gesprächspsychotherapie rief scharfe Kritik hervor. Anders als der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie berücksichtigte der G-BA nicht die Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie, die längst Teil der Ausbildung geworden sind. „Die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren ... können aus folgenden prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie zugerechnet werden“, stellte der G-BA fest:

- Ein Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinien könne nur innerhalb eines einheitlichen Theoriegebäudes zu Ätiologie und Behandlung psychischer Störungen gefasst werden.
- In einem Verfahren müssten Methoden und Techniken zur Behandlung psychischer Störungen in Übereinstimmung mit diesem Theoriesystem

„von innen heraus“ entwickelt sein.

- Die Umsetzung der Interventionen und die Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung müssten in Übereinstimmung mit diesem Theoriesystem „von innen heraus“ entwickelt sein.
- Eklektizistische Methodenvielfalt widerspreche dem Prinzip einer in sich konsistenten Definition eines Verfahrens.

Der G-BA reklamiert hier für sich die Definitionshoheit über psychotherapeutische Verfahren und das auf der Basis wissenschaftstheoretisch bemerkenswerter Kriterien wie des „von innen heraus“. Der dabei formulierte Anspruch maximaler Trennschärfe von Psychotherapieverfahren und vermeidlicher Einheitlichkeit eines Theoriegebäudes schließt eine wissenschaftliche Weiterentwicklung von Psychotherapieverfahren weitgehend aus.

Noch ist offen, ob das BMG auch diese Entscheidung des G-BA beanstanden wird. Sollte dies nicht geschehen, werden wahrscheinlich die Gerichte das letzte Wort haben. Vorerst wird die Gesprächspsychotherapie den Patienten in der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung vorenthalten bleiben und bestenfalls noch in der medizinischen Rehabilitation angewendet werden. Darüber hinaus würde der Beschluss zu der paradoxen Situation führen, dass das Berufsrecht weiterhin eine Approbation mit Vertiefung in Gesprächspsychotherapie erlaubt, die Berufsfreiheit der entsprechend ausgebildeten Psychotherapeuten zukünftig jedoch durch das Sozialrecht massiv eingeschränkt ist.

Der G-BA kündigte ferner an, im nächsten Schritt auch die tiefenpsychologisch fundierte, die analytische Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie auf ihren Nutzen für die Versorgung zu prüfen.

BPtK-Focus



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Stellungnahme der BPtK
www.bptk.de

Beschluss des G-BA und
tragende Gründe
www.g-ba.de

Reform der Führungsaufsicht

BPTK-Stellungnahme zur Reform der Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993)

www.bptk.de

Gesetzentwurf
<http://drucksachen.bundestag.de/>

Der Bundestag hat im September einen Gesetzentwurf zur Reform der Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993) an die Ausschüsse überwiesen. Der Gesetzentwurf, der die Wiedereingliederung entlassener Straftäter verbessern soll, plant rechtliche Regelungen zu vereinfachen und zu vereinheitlichen. Schätzungen gehen von etwa 15 000 bis 20 000 Straftätern in Deutschland aus, deren gesellschaftliche Wiedereingliederung nach ihrer Entlassung aus dem Straf- oder Maßregelvollzug aus unterschiedlichen Gründen gefährdet erscheint und die daher im Besserungs- und im Sicherungsinteresse in besonderem Maße kontrollierender Begleitung und Unterstützung bedürfen.

Die BPTK kritisiert die beabsichtigte Lockerung der Schweigepflicht u. a. für Psychotherapeuten. Psychotherapeuten sollen Informationen

von Patienten, die ihnen im Rahmen der Behandlung bekannt geworden sind, weitergeben müssen, wenn dies für die Aufgabenerfüllung des Gerichts, der Führungsaufsicht oder des Bewährungshelfers erforderlich ist. Diese Formulierung ist nach Einschätzung der BPTK viel zu pauschal und öffnet Tür und Tor für Missbrauch und Willkür. Psychotherapie kann außerdem nur erfolgreich sein, wenn der Patient nicht befürchten muss, dass vertrauliche Gesprächsinhalte gegen ihn verwendet werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in diesem Zusammenhang grundsätzlich festgestellt, dass die Schweigepflicht nicht nur die Privatsphäre eines Patienten schützt, sondern auch die Gewähr dafür ist, dass ein Arzt oder Psychotherapeut seinen Beruf gewissenhaft und wirksam ausüben kann (BVerfG 32, 373). Eine aktuelle Entschei-

dung des BVerfG betont, dass eine Weisung zur Schweigepflichtentbindung rechtswidrig ist (2 BvR 1349/05).

Dagegen begrüßt die BPTK die vorgesehene Flexibilisierung der Nachsorge. Bei einer akuten Krankheitsverschlechterung soll ein Patient zukünftig vorübergehend in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden können. Diese einfachere stationäre Krisenintervention erhöht die Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Betreuung. Bisher ist dazu eine Aussetzung der Bewährung erforderlich, die von den Beteiligten oft als Scheitern der Rehabilitation erlebt wird. Außerdem unterstützt die BPTK den Ausbau von forensischen Ambulanzen, deren Erfolg jedoch entscheidend von der Verfügbarkeit entsprechend spezialisierter Fachkräfte abhängen wird.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 zur Anerkennung von Berufsqualifikationen

<http://eur-lex.europa.eu>



EU-Recht: Berufsanerkennungs- und Gesundheitsrichtlinie

Auf der politischen Agenda der Europäischen Union stehen zwei Richtlinien, die die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen beeinflussen werden. Die Berufsanerkennungsrichtlinie regelt die Anerkennung beruflicher Qualifikationen und die grenzüberschreitende Mobilität von Leistungserbringern. Eine spezifische Gesundheitsrichtlinie soll klären, welche rechtlichen Regelungen gelten, wenn z. B. Gesundheitsdienstleistungen in anderen EU-Staaten erbracht werden.

Berufsanerkennungsrichtlinie

Die Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) enthält Regelungen sowohl zum Marktzugang als auch zum Marktverhalten.

Berufliche Qualifikationen werden von den EU-Staaten grundsätzlich gegenseitig anerkannt (Marktzugang). Bei deutlichem Unterschreiten der geforderten Qualifikation kann ein EU-Staat verlangen, dass ein Ausgleichs-

lehrgang absolviert oder eine Eigenprüfung abgelegt wird.

Für das Marktverhalten – also die Ausübung des Berufes in einem anderen EU-Staat – gilt das so genannte Bestimmungslandprinzip. Es werden das Berufsrecht und das Aufsichtsrecht des EU-Landes angewendet, in dem der Beruf ausgeübt wird.

Die Berufsanerkennungsrichtlinie ist von den Mitgliedsstaaten bis zum 20. Oktober 2007 in nationales Recht umzusetzen. Die BPTK wies in einer Stellungnahme an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) darauf hin, dass zur Umsetzung eine Anpassung des Psychotherapeutengesetzes einerseits und der Heilberufsgesetze der Länder andererseits notwendig ist. Anfang Dezember hat das BMG einen Referentenentwurf vorgelegt.

Gesundheitsrichtlinie

In der Europäischen Union soll neben einem freien Markt der Waren auch ein freier Markt der Dienstleistungen geschaffen wer-

den. Deshalb beschloss das Europäische Parlament am 15. November 2006 die so genannte Dienstleistungsrichtlinie, die ursprünglich eine größtmögliche Liberalisierung des Marktes ermöglichen sollte. Dienstleistungen sollten in jedem anderen Mitgliedsland unter den Bedingungen des Herkunftslandes erbracht werden können.

Die verabschiedete Dienstleistungsrichtlinie klammert jedoch eine Vielzahl von Dienstleistungen aus, darunter auch den Gesundheitssektor. Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen unterliegt deshalb bis auf weiteres dem Bestimmungslandprinzip, d. h. wer in Deutschland psychotherapeutisch tätig sein will, muss die deutschen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Die Europäische Kommission kündigte bereits die Entwicklung einer Gesundheitsrichtlinie an, die neben Fragen der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit auch die grenzüberschreitende Kostenerstattung umfasst.

Gesundheitsbericht 2006: Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu

Psychische Erkrankungen gewinnen weiter an Bedeutung und spielen bei Arbeitsunfähigkeit und Frührenten bereits jetzt eine führende Rolle – das ist eine der zentralen Aussagen des Gesundheitsberichtes 2006 der Bundesregierung. Neuere Erhebungen zeigten, dass vor allem Depressionen und Angststörungen in Deutschland weit verbreitet sind. So durchleben in Deutschland 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase und jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung.

Depressionen und Angststörungen werden häufig nicht richtig diagnostiziert. Nach der GAD-P-Studie (2001) erkannten Hausärzte nur jede dritte "generalisierte Angststörung" und weniger als zehn Prozent der Betroffenen erhielt eine angemessene Therapie oder eine Überweisung. Depressio-

nen gehören weltweit zu den häufigsten psychischen Störungen. Etwa jeder siebte depressive Patient verstirbt durch Suizid.

Depressionen sind besonders belastende Krankheiten. Ein Indikator dafür sind die so genannten DALYs ("Disability Adjusted Life Years"), die die Zahl der Jahre beziffern, die einem Patienten verloren gehen, weil er verfrüht stirbt oder durch gesundheitliche Beschwerden stark beeinträchtigt ist. Unter den Krankheiten, die weltweit die meisten DALYs verursachen, rangieren die unipolaren Depressionen bei Frauen auf Platz vier und bei Männern auf Platz sieben. Bei den 15- bis 44jährigen nehmen sie sogar die zweite (Frauen) und die dritte (Männer) Stelle ein. Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation werden 2020 nur durch die ischämische Herzkrankheit (Verkalkung der Herzkranzgefäße) mehr poten-

zielle Lebensjahre verloren gehen als durch Depressionen.

Von Angststörungen sind bereits Teenager betroffen. Fast 60 Prozent der Erkrankungen treten erstmals vor dem 21. Lebensjahr auf. Besonders häufig sind unter Jugendlichen spezifische Phobien vor Tieren, Plätzen, geschlossenen Räumen, einem Zahnarztbesuch oder Blut und soziale Phobien, die durch die ausgeprägte Angst gekennzeichnet sind, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen. Typisch für Kinder sind dagegen Trennungsängste und Schulängste.

Die "größte Herausforderung" sieht der Gesundheitsbericht 2006 jedoch in der Alterung der Gesellschaft. Gerade für chronisch kranke ältere Menschen fehlen bislang integrierte Konzepte einer somatischen und psychotherapeutischen Versorgung, z. B. in den DMP-Leitlinien.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheit in Deutschland

ROBERT KOCH INSTITUT
STATISTISCHES BUNDESAMT

Der Bericht ist abrufbar unter:

www.rki.de

Kinderuntersuchungen (U1 - U9): Sozial benachteiligte Familien werden oft nicht erreicht

In Deutschland nutzen Eltern die freiwilligen kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U1 - U9 in hohem Maße. Bis zur U6 (10. - 12. Monat) beteiligen sich mehr als 90 Prozent der Eltern am Vorsorgeangebot. Danach sinkt die Quote auf 80 bis 90 Prozent.

Entscheidender Schwachpunkt ist jedoch eine zu geringe Beteiligung von Kindern aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien. Dies sind die Ergebnisse eines Workshops, den die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 31. Oktober in Köln durchführte. Hintergrund ist eine Bundesratsinitiative, die die Eltern zu einer höheren Beteiligung verpflichten will.

Auch der europaweite Vergleich zeigt, dass die deutschen Quoten sehr hoch ausfallen.

Selbst in Ländern wie Österreich und Frankreich, wo die Höhe des Erziehungsgeldes von der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen abhängen, liegt die Inanspruchnahme unter der in Deutschland. In Österreich beteiligen sich im ersten und zweiten Lebensjahr 85 Prozent, im dritten Lebensjahr rund 80 Prozent, im vierten Lebensjahr etwa 65 Prozent und im fünften Lebensjahr noch 35 Prozent.

Der Workshop stellte Modellprojekte vor, die auf eine höhere Beteiligung an den späteren Untersuchungen (U7, U8, U9) insbesondere von sozial benachteiligten Familien zielen. Im EU-Vergleich galt das niederländische Modell als beispielhaft. Dort werden kommunale „Consultatiebureaus“ damit beauftragt, Eltern über die re-

gelmäßigen Gesundheitschecks zu informieren, an die Termine zu erinnern und sich nach den Gründen zu erkundigen, wenn diese nicht wahrgenommen werden.

Übereinstimmend beurteilten die Workshop-Teilnehmer verpflichtende Instrumente in § 26 SGB V als nicht geeignet, der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern zu begegnen. Die Verpflichtung dürfte praktisch kaum durchführbar, datenschutzrechtlich problematisch und außerdem sehr aufwendig und damit kostenintensiv sein. Kinder, die nicht krankenversichert sind, würden nicht erfasst. Schließlich könnte die gesetzliche Verpflichtung die hohe elterliche Akzeptanz untergraben und die erfolgreiche Früherkennung als Kontrollinstrument erscheinen lassen.

BPtK-Inside



Neue Versorgungsstrukturen: Bericht zum Workshop der BPtK

Die Bundesregierung plant, den Wettbewerb im Gesundheitssystem durch selektive Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern weit stärker als bisher zu ermöglichen. Die BPtK veranstaltete deshalb am 23. Oktober 2006 in Berlin den Workshop „Neue Versorgungsstrukturen“.

Kein Wettbewerb ohne Morbi-RSA

Eingangsbild beschrieb Dr. Klaus Jacobs (Wissenschaftliches Institut der AOK) gravierende wettbewerbliche Defizite. Ein Wettbewerb der Krankenkassen um möglichst gute Leistungserbringer bzw. ein Wettbewerb der Leistungserbringer um Leistungsverträge mit den Krankenkassen finde so gut wie nicht statt. Der Grund dafür sei, dass Kassen sich nicht individuell, z. B. durch besondere Angebote für Versicherte, profilieren könnten. Grundvoraussetzung eines solchen Wettbewerbs sei ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, der noch nicht realisiert sei. Wenn die Kassen für Patienten keine annähernd ausgabendeckenden Mittel erhalten, sei es für sie sogar existenzgefährdend, spezifische Versorgungsangebote für chronisch kranke bzw. schwerkranke Menschen zu machen.

Angebote für psychisch Kranke

Manfred Mielke (DAK), Christoph Rupprecht (AOK-Rheinland/Hamburg) und Dr. Torsten Hecke (Techniker Krankenkasse) machten deutlich, dass die Kassen sich zunehmend für neue Versorgungsangebote auch für psychisch kranke Menschen interessieren – nicht zuletzt aufgrund der hohen und weiter

wachsenden Ausgaben, die sie verursachen. Bisherige Vertragspartner der Krankenkassen sind Haus- und Fachärzte bzw. Krankenhäuser. Die Verträge basieren in der Regel auf ärztlichen Leitlinien. Sie sehen eine verbesserte Servicequalität durch kürzere Wartezeiten und zusätzliche ambulante Leistungen, z. B. Psychoedukation, vor. Psychotherapeuten sind in solchen Verträgen bisher allenfalls als assoziierte Leistungserbringer vorgesehen, damit den Patienten Psychotherapie nicht vorenthalten wird.

Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe sollten sich aus Kassensicht auf multidisziplinär entwickelte Leitlinien verständigen. Erst so entstehe eine berufsgruppenübergreifende Kooperation, die letztlich die Basis einer integrierten Versorgung bildet. Für die Krankenkassen wären ferner Verträge attraktiv, mit denen sie ihren Versicherten Termine bei Psychotherapeuten innerhalb definierter Fristen anbieten können. Wichtig sei auch ein transparentes Angebot, das sich durch eine Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdokumentation auszeichne.

Psychiatrie erprobt Regionalbudgets

Gaby Bruchmann (Landchaftsverband Westfalen-Lippe) und Prof. Dr. Arno Deister (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin Itzehoe) beschrieben den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. Deister stellte das regionale Psychiatriebudget für den Kreis Steinburg vor. Die Kliniken erhalten dort von allen Krankenkassen ein regionales Budget, das sich aus einer Kopfpauschale von 51 Euro pro Einwohner errechnen

net. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen überprüft die Verweildauern nicht mehr und die Kliniken können ohne direkte Einbußen von der Psychiatrie-Personalverordnung abweichen. Dadurch können sie beispielsweise selber mit ihren Patienten darüber entscheiden, ob Behandlungen vollstationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause erfolgen sollen. Ein verändertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement und die Einrichtung einer zweiten Tagesklinik sind ebenso die Folge wie verstärkte Bemühungen um Prävention.

Deister zog ein klares Fazit: Die Übernahme von Budgetverantwortung kann mehr Effizienz und Qualität in der Versorgung psychisch kranker Menschen bewirken. Das Projekt wird durch die Universität Leipzig evaluiert.

Kooperation mit der Jugendhilfe gesucht

Konzepte für eine bessere integrierte Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher präsentierte Dieter Best (Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz) und Dr. Joachim Jungmann (ehemals Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie am Weißen Hof). Beide machten deutlich, dass eine bessere berufsgruppenübergreifende Abstimmung und mehr Flexibilität bei der Entscheidung, ob Kinder ambulant, teilstationär oder stationär behandelt werden, erhebliche Verbesserungen der Versorgung bringen können.

Deutlich wurde aber auch, dass gerade für Kinder die Schnittstelle zur Jugendhilfe und dabei die Berücksichtigung der kostenträgerübergreifenden Dimension von großer Bedeutung ist.



Vision 2015

Das aktuelle Tagesgeschäft, Gesetze und Gesundheitsreformen, Positionen zu berufspolitischen Themen – die Anforderungen des Kammeralltags können durchaus zu einem Brüten mit gesenktem Kopf über dem Schreibtisch führen. Angesichts gravierender Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem dürfen dabei langfristige und gesellschaftliche Perspektiven nicht zu kurz kommen! Die BPTK möchte deshalb eine grundsätzliche Debatte über die eigene Profession, deren Perspektiven bei der zukünftigen

Versorgung psychisch kranker Menschen und über die gesellschaftliche und kulturelle Rolle der Psychotherapie anregen. Bisher fehlt eine solche Vision.

Diese Vision soll von der ganzen Profession getragen und deshalb in einem strukturierten Diskussionsprozess gemeinsam entwickelt werden. Die BPTK hat unter Einbeziehung ihrer Delegierten, der Ausschüsse und Kommissionen, der Landeskammern, der Vertreter des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie sowie der Berufs- und Fachverbände einen offen gestal-

teten Fragenkatalog für eine „Vision 2015“ entwickelt.

Dieser Fragenkatalog ist den Delegierten des 9. DPT präsentiert worden. Bis Februar 2007 soll allen Beteiligten die Möglichkeit gegeben werden, die Antworten in einem intensiven Diskussionsprozess zu erarbeiten. Im Anschluss erfolgt die Auswertung der eingegangenen Antworten durch die BPTK. Ziel ist es, dem 10. DPT im Mai 2007 eine ausgearbeitete „Vision 2015“ vorzulegen, die dann von den Delegierten diskutiert und verabschiedet werden kann.

Fragenkatalog
zur Vision 2015

www.bptk.de/bptk/

BPTK auf den Kongressen der DGPs und der DGPPN

DGPs 2006

Im September fand in Nürnberg der 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) statt. Die BPTK war dort mit einem eigenen Symposium über „psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen“ vertreten. In vier Beiträgen zu den derzeitigen Indikationen von Disease Management Programmen (DMP) Diabetes, Asthma/COPD, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheiten (KHK) wurde die Bedeutung komorbider psychischer Störungen dargelegt und gezeigt, dass das Risiko an einer depressiven Störung zu leiden z. B. bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II oder einer KHK verdoppelt ist. Depressive Störungen wirken sich dabei nachweislich negativ auf den Verlauf der chronischen körperlichen Erkrankung aus und führen zu Problemen beim Selbstmanagement der chronischen Erkrankung. Aktuelle Studien weisen zudem ein deutlich erhöhtes Sterberisiko bei diesen Patienten nach.

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen für chronische somatische Erkrankungen entwickelt und ihre Wirksamkeit belegt. Diese werden jedoch bislang nur unsystematisch in den bestehenden DMP berücksichtigt. Bei den Patientenschulungen der DMP liegt nach wie vor ein Schwerpunkt auf einer reinen Wissensvermittlung. Patienten mit psychischen Problemlagen

und Schwierigkeiten, im Alltag Lebensstiländerungen umzusetzen, profitieren hiervon in der Regel nicht. Hier sollten die Programme stärker entsprechend dem individuellen Bedarf der Patienten differenziert werden. Im Abschlussreferat wurde aus der Perspektive der BPTK aufgezeigt, welche Forschungsdefizite eine bessere Integration psychotherapeutischer Ansätze in DMP behindern.

DGPPN 2006

Am diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde war die BPTK erstmalig mit Symposien vertreten. Ein Themenschwerpunkt bildete die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen. Die Bedeutung eines multiprofessionellen Ansatzes in der Geriatrie legte Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen (Charité Berlin) dar. Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) beleuchtete die vernachlässigte Bedeutung der Sexualität für ältere Menschen, was in der Versorgung unzulässigerweise auf sexuelle Funktionsfähigkeit reduziert werde. Prof. Dr. Andreas Maerker (Universität Zürich) belegte anhand von Schweizer Daten, dass ein Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen auch im höheren Lebensalter besteht.

In einem gemeinsamen Symposium von BPTK und DGPPN wurde die Integration neuer psychotherapeutischer Methoden in Aus-

und Weiterbildung sowie GKV-Versorgung exemplarisch diskutiert. Prof. Dr. Fritz Hohagen (Präsident der DGPPN, Universitätsklinik Lübeck) stellte CBASP als neue verfahrensübergreifende Methode bei chronischer Depression vor. Prof. Dr. Siegfried Gauggel (RWTH Aachen) präsentierte die Behandlungskonzepte der Neuropsychologischen Therapie als ein Beispiel einer verfahrensunabhängigen Therapiemethode. Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK) skizzierte die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Integration neuer Psychotherapiemethoden in die psychotherapeutische Aus- und ärztliche Weiterbildung. Um diese Methoden auch in der GKV-Versorgung anwenden zu können, sei eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien erforderlich.

Das dritte BPTK-Symposium befasste sich mit der psychosozialen Versorgung traumatisierter Gewalt-, Kriegs- und Folteropfer. Prof. Dr. Neuner und Dr. Elisabeth Schauer stellten Studien zur Wirksamkeit der narrativen Expositionstherapie (NET) bei Asylbewerbern in Deutschland bzw. bei Kindern in Sri Lanka vor. Dr. Matthias Schützwohl berichtet von der europäischen Multi-centerstudie „STOP“ über Versorgungsbarrieren bei Bürgerkriegsflüchtlingen aus dem Balkan. Dr. Christine Knaevelsrud vom Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin referierte über biofeedbackgestützte Schmerztherapie und den Einsatz neuer Medien in der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen.



www.dgps2006nuernberg.de

DGPPN Kongress 2006

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
Psychotherapie und Nervenheilkunde

22. – 25. November 2006, Berlin

www.dgppn2006.de

Zum Schluss

EU-Parlament: Verstärkte Forschung notwendig

Psychische Störungen nehmen auch in der Europäischen Union stärker zu als andere Erkrankungen. Jeder vierte EU-Bürger ist in seinem Leben mindestens einmal psychisch krank. Knapp 20 Millionen EU-Bürger zwischen 18 und 65 Jahren sind depressiv. In der EU begehen jährlich rund 58 000 Menschen Selbstmord. Ihre Zahl übertrifft die jährlichen Todesfälle im Straßenverkehr und durch HIV/AIDS Erkrankungen. Die wirtschaftlichen Kosten psychischer Störungen schätzen Experten auf drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts der EU.

Vor dem Hintergrund verlangt das Europäische Parlament verstärkte Anstrengungen in der Gesundheits- und Forschungspolitik. In der mit großer Mehrheit angenommenen Entschließung zum EU-Grünbuch "Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern" fordern die Europaparlamentarier u. a. mehr Forschung. Die Bemühungen dürften sich jedoch nicht allein auf die Entwicklung wirksamer Arzneimittel beschränken. Die Abgeordneten verlangten vielmehr verstärkte Forschung auch im Bereich psychotherapeutischer und psychologischer Maßnahmen. Die Forschung müsste insbesondere die gesellschaftlichen Verhältnisse und sozialen Faktoren genauer untersuchen, die psychische Erkrankungen auslösen. Das EU-Parlament betont darüber hinaus, wie wichtig gute Arbeitsbedingungen für die psychische Gesundheit sind.

Entschließung des Europäischen Parlaments zum Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. www.europarl.europa.eu

In Hochrisikofamilien bis zu 50 Prozent der Kinder psychisch auffällig

Wissenschaftliche Ergebnisse bestätigen die spektakulären Einzelfälle: Wer in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und häufigen Konflikten aufwächst, trägt ein erhöhtes Risiko, seelisch zu erkranken. In Hochrisikofamilien sind bis zu 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig. Das zeigten erste Ergebnisse eines bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), die das Robert-Koch-Institut im September vorlegte.

Insgesamt waren etwa 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig, rund zehn Prozent waren im engeren Sinn psychisch gestört. Am häufigsten waren Störungen des Sozialverhaltens (10 %), Ängste (7,6 %) und Depressionen (5,4 %). Insgesamt nahmen knapp 18 000 Kinder und Jugendliche an KiGGS teil, fast 3 000 Familien wurden in einer Teilstichprobe auf allgemeine

und spezifische psychische Auffälligkeiten untersucht (Bella-Studie).

Die Teilstudie Bella belegt auch, dass von einer Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland gesprochen werden muss. Weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen wird wegen der Diagnose einer psychischen Störung, die den Eltern bekannt ist, ärztlich, psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt. Das Fazit der Autoren: Kinder brauchen verstärkt präventive Programme, die möglichst frühzeitig und an den festgestellten Risiko- und Schutzfaktoren ansetzen.

www.kiiggs.de



bella STUDIE

Albert-Lasker-Preis 2006 für Aaron Beck

Für seine Verdienste um die Entwicklung der kognitiven Therapie erhielt der 85-jährige Psychotherapeut Aaron T. Beck, zuletzt Professor an der University of Pennsylvania in Philadelphia, den diesjährigen Albert-Lasker-Preis für klinisch-medizinische Forschung. Damit wird ein Wissenschaftler geehrt, der das Verständnis und die Behandlung vieler psychischer Störungen, darunter Depressionen, Suizidalität, generalisierte Angststörungen, Panik- und Essstörungen, nachhaltig verändert hat.

Der Albert Lasker Award für klinisch-medizinische Forschung wird durch die US-amerikanische Albert- und Mary-Lasker-Stiftung vergeben. Der mit 100.000 Dollar dotierte Preis gilt zusammen mit dem Albert Lasker Award für medizinische Grundlagenforschung als höchste medizinisch-wissenschaftliche Auszeichnung in den USA und inoffizieller "amerikanischer Medizin-



Aaron Temkin Beck

Nobelpreis". Etwa die Hälfte aller Preisträger erhielt später auch den Nobelpreis für Medizin.

www.laskerfoundation.org

Impressum

BPtK-Newsletter

Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Rainer Richter

Redaktion: Kay Funke-Kaiser

Layout: Dr. J. Klein-Heßling

Verlag: Verlagsgruppe Hüthig

Jehle Rehm, Im Weiher 10,

69121 Heidelberg.

Druck: Zimmermann-Druck,

Balve

Nachdruck und Fotokopien auch

auszugsweise nicht gestattet.

Erscheinungsweise:

Viermal jährlich

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64

10179 Berlin

Telefon: 030-278785-0

Fax: 030-278785-44

E-Mail: info@bptk.de

www.bptk.de