

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Corona-Pandemie ist für viele Menschen mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag bereits vereinbart, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Damit dies gelingen kann, muss ein Gesetz noch in diesem Jahr auf den Weg gebracht werden. Die BPTK fordert deshalb ein Sofortprogramm für psychisch kranke Menschen. Das Gesetz sollte den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu verringern und die Richtlinie zur Komplexversorgung von schwer psychisch Kranken zu korrigieren. Außerdem sollte Sprachmittlung zur Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden und die psychotherapeutische Weiterbildung ausreichend finanziert werden, damit die Zukunft der Profession gesichert ist. Leider können wir Psychotherapeut*innen hierzu nicht sagen: „Es gibt viel zu tun, packen wir es an.“ Bei allen diesen Punkten ist der Gesetzgeber gefordert.

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Psychotherapie und Sprachmittlung für Flüchtlinge sicherstellen

Millionen Menschen fliehen aus der Ukraine vor dem russischen Angriffskrieg. Die Verwüstung ihrer Städte, Gewalt, Tod sowie Kriegsverbrechen sind traumatisierend. Über 300.000 Flüchtlinge aus der Ukraine finden bereits Schutz in Deutschland. Sie brauchen Unterkünfte, Verpflegung, viele von ihnen aber auch medizinische und psychotherapeutische Versorgung. Insbesondere Flüchtlinge, die in der Ukraine bereits in Behandlung ihrer psychischen Erkrankungen waren, müssen in Deutschland weiterversorgt werden.

Ab 1. Juni gesetzlich krankenversichert

Ukrainische Flüchtlinge müssen keinen Asylantrag in Deutschland stellen, sondern erhalten direkt eine Aufenthaltsberechtigung. Bund und Länder haben sich auch darauf geeinigt, dass sie ab dem 1. Juni die Grundsicherung für Arbeitslose (Hartz IV) und Sozialhilfe erhalten sollen. Damit sind sie gesetzlich krankenversichert und haben Anspruch auf psychotherapeutische Versorgung. Anders als Flüchtlinge aus Syrien, Afghanistan oder Afrika sind sie damit nicht auf die eingeschränkten Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes angewiesen.

Anspruch auf Sprachmittlung im SGB V verankern

Eine Psychotherapie ist für Migrant*innen und Flüchtlinge nur dann möglich, wenn die Krankenkasse auch die Kosten für Sprachmittlung übernimmt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fordert deshalb, einen Anspruch auf Sprachmittlung für gesetzlich Krankenversicherte im SGB V zu schaffen. Die Bundesregierung hat

dies bereits im Koalitionsvertrag vorgesehen. Psychotherapie erfordert eine angemessene sprachliche Verständigung, damit Diagnostik und Behandlung überhaupt möglich sind. Modellprojekte zur Sprachmittlung stellen lediglich eine Übergangslösung dar, denn sie haben begrenzte finanzielle Mittel und können nur einen Teil der Versorgung abdecken. Der Bund sollte entsprechende Initiativen kurzfristig finanziell stärken, bis die Sprachmittlung im SGB V verankert ist.

Behandlungskapazitäten kurzfristig erhöhen

Die Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Flüchtlinge sind begrenzt. Deswegen müssen Psychotherapeut*innen ohne Kassenzulassung für die Versorgung von Flüchtlingen ermächtigt werden, um die Behandlungsangebote zu steigern oder muttersprachliche Versorgung zu ermöglichen. Außerdem müssen die Krankenkassen ihre restriktive Genehmigungspraxis bei Anträgen auf Kostenerstattung in Privatpraxen aufgeben. Nur so kann traumatisierten und psychisch kranken Flüchtlingen schnell geholfen werden. Darüber hinaus müssen auch die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer finanziell unterstützt werden, die häufig erste Anlaufstellen für psychisch gefährdete und kranke Flüchtlinge sind.

Inhalt

- Seite 1 Psychotherapie und Sprachmittlung für Flüchtlinge sicherstellen
- Seite 2 G-BA-Richtlinie für schwer psychisch Kranke überarbeiten
- Seite 3 BPTK **DIALOG** „Wir brauchen deutlich mehr Prävention und Frühintervention“
- Seite 4 BPTK **FOKUS** Prävention statt Verbot: Cannabis legalisieren
- Seite 6 Psychotherapie für Migrant*innen und Flüchtlinge sicherstellen
- Seite 7 BPTK **INSIDE** Behandlungsleitung in Psychiatrie und Psychosomatik
- Seite 8 BPTK-Ratgeber für Flüchtlingseltern
- Seite 8 Neue BPTK-Webseite www.elternratgeber-psychotherapie.de
- Seite 8 BPTK-Praxis-Info E-Patientenakte

G-BA-Richtlinie für schwer psychisch Kranke überarbeiten Aktuelle Fassung aus Sicht der BPTK misslungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Versorgung schwer psychisch Kranker für dringend verbesserungsbedürftig. Sie behindert erheblich den Aufbau eines ambulanten Behandlungsangebots, mit dem die notwendige multiprofessionelle Versorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen sichergestellt werden soll.

Notwendige Korrekturen

Die vorgesehenen Mehrfachuntersuchungen sind unnötig, verlangen von den Patient*innen zusätzliche Arztbesuche und sind verschwendete GKV-Beiträge. Dadurch, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit halbem Praxissitz von der Planung und Koordination der Gesamtbehandlung ausgeschlossen werden, kommt es zu einer gravierenden Einschränkung des potenziellen Behandlungsangebots. Die freie Wahl der Behandler*in ist dadurch insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen gar nicht mehr möglich. Mehr als 50 Prozent der niedergelassenen Psychotherapeut*innen bieten ihre Leistungen bereits in Praxen mit halbem Versorgungsauftrag an.

Der Gesetzgeber sollte den G-BA deshalb noch in diesem Jahr per Gesetz mit den notwendigen Korrekturen beauftragen. Die geplanten Mehrfachuntersuchungen – insbesondere zur differenzialdiagnostischen Abklärung – sollten gestrichen werden. Vorbefunde aus der ambulanten und stationären Versorgung sind grundsätzlich zu berücksichtigen. Auch Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit verringertem Versorgungsauftrag sollten die Gesamtplanung in den neuen Versorgungsnetzen übernehmen können. Nur so kann die ambulante Komplexbehandlung patientenorientiert weiterentwickelt werden.

Komplexbehandlung für Kinder und Jugendliche etablieren

Gegenwärtig berät der G-BA auch die multiprofessionelle Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Die entsprechende Richtlinie soll bis Ende des Jahres beschlossen werden. Folgt der G-BA dabei seinem bisherigen Muster, macht er die ambulante Komplexbehandlung bei dieser Altersgruppe gänzlich unmög-

lich. Schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche benötigen auch heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Leistungen. Diese müssen als Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung gesetzlich im SGBV verankert werden. Psychotherapeut*innen müssen sie verordnen können.

Behandlungskapazitäten gezielt ausbauen

Für die ambulante Komplexversorgung bedarf es zusätzlicher psychotherapeutischer Behandlungskapazitäten. Schon jetzt reichen die Behandlungsplätze der zugelassenen psychotherapeutischen Praxen nicht aus. Patient*innen warten oft monatelang auf eine notwendige Behandlung. Das liegt auch an einer unzureichenden Reform der Bedarfsplanung durch den G-BA. Dabei hätte der G-BA nach einem von ihm beauftragten Gutachten rund 2.400 zusätzliche Praxissitze schaffen sollen. Der G-BA machte jedoch nur knapp 800 zusätzliche Praxissitze möglich. Der Gesetzgeber sollte den G-BA beauftragen, den Empfehlungen der Gutachter*innen zu folgen.

Für die ambulante Komplexversorgung müssen darüber hinaus noch weitere Behandlungskapazitäten geschaffen werden. Dazu sollten Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen, die diese neue multiprofessionelle Versorgung übernehmen, ihre Kapazitäten durch Anstellung und Jobsharing ausbauen können. Sie sollten ihre Praxistätigkeit auf bis zu 175 Prozent des Fachgruppenniveaus erhöhen können, um damit schwer psychisch erkrankte Menschen zu versorgen.

Förderung der Praxis- und Verbundstrukturen

Auch der Aufbau der Netzverbände kann zusätzliches qualifiziertes Personal erfordern, um leistungsfähige und professionelle Strukturen zu schaffen. Dies verlangt von den Praxen erhebliche zeitliche und finanzielle Investitionen. Deshalb fordert die BPTK, die Praxis- und Verbundstrukturen der Komplexbehandlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Mitteln des Strukturfonds zu fördern. Ohne eine solche Förderung wird die flächendeckende Versorgung schwer psychisch kranker Menschen nicht gelingen.



BPTK-DIALOG

Andreas Gantner

Psychologischer Psychotherapeut

Er leitet seit 1992 den Therapieladen e.V. Berlin, der auf die Behandlung von Cannabisabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen spezialisiert ist.

„Wir brauchen deutlich mehr Prävention und Frühintervention“

Welche spezifischen Herausforderungen bestehen bei der Psychotherapie einer Cannabisabhängigkeit?

Für viele Gefährdete ist es nicht leicht zu akzeptieren, dass der zunächst positiv erlebte Konsum sich zu einer Cannabisabhängigkeit entwickelt hat. Da der Cannabisgebrauch sehr oft als Selbstmedikation diente, besteht nun die Aufgabe in der Therapie darin, alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln. Nicht wenige wünschen sich aber beides, nämlich die Verbesserung psychischer Probleme und ein Fortsetzen des Gebrauchs. Cannabisklient*innen sind hochgradig ambivalent und schwanken sehr in ihrer Motivation, den Gebrauch aufzugeben.

Cannabis kann Psychosen oder Angststörungen begünstigen. Für wie gefährlich halten Sie Cannabis im Vergleich zu anderen Drogen?

Neben dem Abhängigkeitsrisiko sind das Auslösen oder die Verstärkung bereits vorhandener psychischer Störungen bei Cannabisgebrauch besonders relevant. Dies sollte von allen niedergelassenen Psychotherapeut*innen anamnestic gut erfasst, verstanden und bearbeitet werden. Für Klient*innen mit Psychoseerfahrungen haben wir seit 2005 sogar ein spezifisches Gruppenangebot entwickelt. Allgemeine Risikovergleiche von Substanzen sind drogenpolitisch zwar wichtig und hier wird Alkohol als die deutlich gefährlichere Droge bewertet. Solche Vergleiche können aber bei einer individuellen Risikoeinschätzung in die Irre führen. Es ist immer zu fragen, für wen welche Droge mit welchem Gebrauchsmuster und welchen Ressourcen oder Defiziten eine Gefahr darstellt.

Der Cannabiskonsum nimmt auch in Deutschland zu, vor allem unter jungen Erwachsenen. Suchen bei Ihnen heute

mehr und vor allem mehr junge Menschen Hilfe als früher?

Ja, und das ist eine gute Entwicklung. Die Suchthilfe hat seit 2005 mit verschiedenen spezifischen Projekten zur Sensibilisierung für Cannabisprobleme beigetragen. In deutschen Suchthilfeeinrichtungen sind seit 2014 Klient*innen mit der Hauptdiagnose Cannabis-Störungen am stärksten vertreten. Weniger erfolgreich sehen wir allerdings die Entwicklung bei Minderjährigen. Jugendliche sind weniger eigenmotiviert und benötigen deshalb den Einbezug der Eltern und viel mehr ambulante familienorientierte Angebote. Aus diesem Grund haben wir ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Projekt („FriDA“) für die Suchthilfe initiiert. Es fehlen aber auch qualifizierte Entgiftungsplätze und gut funktionierende systemübergreifende Netzwerke zwischen ambulanten und stationären suchtspezifischen Angeboten für Jugendliche.

Eine Sorge bei einer Legalisierung von Cannabis ist, dass die Droge dann als harmloser wahrgenommen wird und häufiger genutzt wird. Was halten Sie von dieser Befürchtung?

In Deutschland und anderen europäischen Ländern wird seit einigen Jahren, trotz Prohibition, ein steigender Cannabisgebrauch beobachtet. Cannabismissbrauch und -abhängigkeit nehmen aber nicht zu. Gestiegen ist aber die Bereitschaft, sich bei Problemen Hilfe zu suchen und behandeln zu lassen. Ob eine Droge als harmlos eingeschätzt wird, lässt sich nicht kausal darauf zurückführen, ob sie legal ist. Das ist vielmehr von vielen individuellen und sozialen Kontextfaktoren abhängig. Es ist aber sehr wichtig, bei einer Legalisierung in Deutschland die Risiken des Cannabisgebrauchs viel differenzierter als bisher je nach Altersgruppen, Nutzungsmustern und psychischer Verletzlichkeit zu kommunizieren.

Was muss der Staat tun, um die gesundheitlichen Risiken für Konsument*innen gering zu halten?

Es braucht von Beginn an ein sehr gutes Monitoring, um die Entwicklung des Marktes, der Prävalenzen und der positiven wie negativen Auswirkungen im Blick zu behalten. Konsequente Stoffkontrolle verringert das Risiko von Verunreinigungen und gefährliche Beimengungen, zum Beispiel mit synthetischen Cannabinoiden. Weitere wichtige Aspekte sind: Verbot von Cannabis in Nahrungsmitteln, keine Werbung, lizenzierte Fachgeschäfte mit qualifiziertem Personal mit Schnittstellen zur Prävention und Suchthilfe.

Bei Alkohol und Tabak greift der Jugendschutz schlecht. Wie kann man das bei Cannabis besser machen?

Alkohol- und Tabakkonsum sind in den vergangenen 20 Jahren bei Jugendlichen deutlich gesunken, was unter anderem durch viele Kampagnen und strukturelle Prävention beeinflusst wurde. Für viele Jugendliche wird der Cannabisgebrauch im Jugendalter weiterhin attraktiv bleiben. Entscheidend ist, dass in Familien, in Schulen und im Jugendfreizeitbereich deutlich offensiver über Cannabis gesprochen wird und dabei nicht verteufelt, sondern offen und sachlich über Wirkung und Risiken der Substanz gesprochen wird. Jugendliche sollten eine altersangemessene Risikokompetenz entwickeln. Auch die Eltern sollten eine klare und konstruktiv-kritische Haltung einnehmen. Der beste Jugendschutz sind starke Eltern. Wir brauchen deutlich mehr flächendeckend wirksame Prävention und Frühintervention.

Terminhinweis: Cannabisfachtagung am 24. Juni 2022 in Berlin (www.therapieladen.de/tagung)

BPTK-FOKUS

Prävention statt Verbot: Cannabis legalisieren BPTK-Round Table zur Neuausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik

Die Bundesregierung plant, die Drogen- und Suchtpolitik neu auszurichten. Statt auf Verbot und Kriminalisierung zu setzen, will sie Cannabis legalisieren und seinen Gebrauch staatlich regulieren. Bei einem BPTK-Round Table am 2. Mai 2022 diskutierten Kammermitglieder gemeinsam mit Expert*innen aus Politik, Forschung und Praxis über die Auswirkungen eines Verbots oder einer Legalisierung von Cannabis.

Der Schwarzmarkt kennt weder Jugend- noch Gesundheitsschutz

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses und Berichterstatte für Cannabis-Legalisierung der grünen Bundestagsfraktion, skizzierte die drogenpolitischen Ziele der Ampel-Koalition. Maßgebend für die Neuausrichtung der Drogenpolitik sei die Frage, wie gesundheitliche Risiken des Drogenkonsums verringert werden können und wirksamer Jugendschutz ermöglicht werden könne.

Der Vorteil einer Legalisierung bestehe in einer weit wirksameren Suchtprävention, die mit einer Prohibition nicht zu erreichen sei. Cannabis sei aktuell überall und für jeden erhältlich. „Die Dealer interessieren sich weder für Jugendschutz noch für Suchtprävention“, stellte Kappert-Gonther fest. Mit lizenzierten Cannabis-Fachgeschäften könne kontrolliert werden, wer Cannabis kauft und welche Produkte verkauft werden dürfen. Unberechenbare Gesundheitsrisiken entstanden für Cannabis-Nutzer*innen derzeit insbesondere durch zugefügte Streckmittel und synthetische Cannabinoide, die sogar tödlich sein könnten. In lizenzierten Geschäften könnten qualitätsgesicherte Cannabis-Produkte an Erwachsene verkauft werden.

Kappert-Gonther forderte, den Cannabis-Markt zu regulieren. Eine Entkriminalisierung der Cannabis-Nutzer, wie von einigen derzeit vorgeschlagen werde, reiche nicht aus. Bei der legalen Droge Alkohol wünsche sie sich eine strengere Kontrolle. „Die Fehler bei Alkohol und Tabak dürfen nicht wiederholt werden“, warnte Kappert-Gonther. „Werbung und Marketing müssen für Cannabis von vornherein ausgeschlossen werden.“ Sie appellierte an die Psychotherapeut*innen, sich in der Debatte zur Cannabis-Legalisierung einzubringen und mit psychotherapeutischer Expertise dazu beizutragen, die Suchtprävention zu verbessern. Sie betonte, dass für sie auch der Ausbau der psychotherapeutischen Behand-

lungskapazitäten notwendig sei, um die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu sichern.

Kein Konsumanstieg bei Cannabis-Legalisierung zu erwarten

Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg stellte die Auswirkungen einer Prohibition einer Legalisierung von Cannabis gegenüber. Der Cannabis-Gebrauch sei in Deutschland in den vergangenen Jahren gestiegen. Die Sorge, dass eine Legalisierung diesen weiter erhöhe, sei jedoch unbegründet: Studien aus verschiedenen Ländern zeigten keine Veränderung der Prävalenzen. Insbesondere bei den Jugendlichen sei kein Anstieg der Cannabis-Nutzung zu verzeichnen. Aufgrund des Risikos einer Psychose im Zusammenhang mit Cannabis-Gebrauch sei es sinnvoll, bei einer Cannabis-Legalisierung die THC-Menge auf 12 Prozent zu begrenzen und Verkaufsbeschränkungen einzuführen.

Aus seiner Sicht könne es statt zu einer bundesweiten Legalisierung auch zu einer Freigabe auf Landesebene per Rechtsverordnung oder zu regionalen Modellprojekten kommen. Für eine bundesweite Legalisierung sei die Zustimmung des Bundesrates erforderlich.

Jugendliche mit problematischem Cannabis-Konsum früher erreichen

Andreas Gantner, Geschäftsführer des Berliner Therapieladens, berichtete aus der Behandlungspraxis von Jugendlichen mit Cannabis-Abhängigkeit. Cannabis-Abhängigkeit sei die am häufigsten gestellte Suchtdiagnose. Je früher und je höher der Cannabis-Gebrauch erfolge, desto größer sei das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Dass in den letzten Jahren die THC-Konzentration in Schwarzmarktprodukten gestiegen und synthetische Cannabinoide verbreiteter seien, habe auch zu mehr Vergiftungen und Krankenhausaufnahmen geführt. Insbesondere in der Jugend bestehe eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Suchterkrankung zu entwickeln. Kritisch sei die Phase zwischen 13 und 17 Jahren, da hier wichtige Reifeprozesse im Gehirn erfolgten.

Bei der Diagnostik einer Suchterkrankung seien die Motive für den Suchtmittel-Gebrauch sowie der psychische und soziale Kontext wesentlich. Der Übergang von selbstbestimmtem Gebrauch zu Missbrauch und Abhängigkeit bestimme, welche Frühintervention und Prävention notwendig seien und wann eine Behandlung vermittelt wer-

den müsse. Pauschale Verbote und Abstinenzaufrorderungen seien wirkungslos. Es ginge vielmehr darum, eine Risikokompetenz und einen risikoarmen Gebrauch von Cannabis zu erreichen, auch dann, wenn keine Abstinenz möglich sei. Bisher würden Minderjährige von Frühinterventionen nicht erreicht. Dafür sei insbesondere die Zusammenarbeit mit den Eltern notwendig. Cannabis würde ferner zur Selbstmedikation genutzt, um Symptome einer psychischen Erkrankung zu lindern.

In einer Psychotherapie müssten der Cannabis-Gebrauch angesprochen und mit anderen Therapiezielen abgewogen werden. Aus Sicht von Gantner würde eine Legalisierung zu einer Entstigmatisierung der Nutzer*innen führen und ermöglichen, riskanten Gebrauch besser zu erkennen und gefährdete Gruppen gezielter anzusprechen. Psychotherapeut*innen müssten sich aktiver in die Behandlung von Cannabis einbringen und diskutieren, ob Abstinenz immer notwendig sei.

Psychotherapeutische Sichtweisen auf eine Legalisierung

Die BPTK stellte ihren Entwurf für ein Konzept zur Neuausrichtung der Drogenpolitik vor, der noch von der Profession beraten wurde. Ein Mindestalter für den Erwerb legaler Drogen von 21 Jahren sei sinnvoll, da sich Drogen bis zu diesem Alter besonders schädlich auf die Gehirnentwicklung auswirkten. Cannabis-Produkte sollten nach Gramm und seiner psychoaktiven Substanz, dem THC-Gehalt, besteuert werden. Der THC-Gehalt von Cannabis sollte auf 15 Prozent beschränkt, der Verkauf von Cannabis in Nahrungsmitteln verboten werden. Die Alkoholsteuer sollte schrittweise auf den europäischen Durchschnitt angehoben werden. Alle legalen Drogen sollten ausschließlich in staatlich lizenzierten Geschäften von geschultem Fachpersonal verkauft werden. Die Abgabe von Drogen an Minderjährige sollte stärker als bislang geahndet werden, Werbung für legale Drogen grundsätzlich verboten werden. Um problematischem Drogengebrauch vorzubeugen, sollten Aufklärungsprogramme an Schulen ab der sechsten Jahrgangsstufe ver-

pflichtend werden. Durch die Einführung von Screenings zur Früherkennung von riskantem Drogengebrauch sowie durch Anti-Stigma-Kampagnen sollte sichergestellt werden, dass suchtkranke Menschen schneller als bisher Beratung und Behandlung durch die Suchthilfe bekommen. Suchtberatung sollte ein verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen werden. Um die psychotherapeutische Versorgung bei riskantem Drogengebrauch und von Suchterkrankungen zu verbessern, sollte das Abstinenzgebot bis zur zehnten Behandlungsstunde in der Psychotherapie-Richtlinie gestrichen werden. Dem Mangel an Behandlungsangeboten für suchtkranke Kinder und Jugendliche sollte durch einen flächendeckenden Ausbau spezifischer Angebote, insbesondere in der medizinischen Rehabilitationsbehandlung, begegnet werden.

In der Diskussion wurde gefragt, welchen spezifischen Beitrag Psychotherapeut*innen mit ihrer fachlichen Expertise in die politische Debatte einbringen können. Suchtprävention und Suchtbehandlung, einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung, müssten dringend gestärkt werden. Durch eine Legalisierung könnten mehr gefährdete und abhängige Menschen erreicht und behandelt werden. Die Profession müsse sich dazu allerdings noch intensiver mit der Behandlung von Suchterkrankten auseinandersetzen und zusätzliche Fortbildungsangebote schaffen. Erforderlich sei auch eine stärkere Vernetzung von Psychotherapeut*innen, Hausärzt*innen, aber auch mit der Suchthilfe. In der Suchthilfe sei psychotherapeutische Expertise bisher unterrepräsentiert.

Ob das Therapieziel ein risikoarmer Cannabis-Gebrauch und eine Abstinenz sein solle, müsse diskutiert werden. Ein wesentliches Kriterium für das Alter der Cannabis-Abgabe sei, wie dadurch Jugendliche besser geschützt werden könnten. Um eine Entkriminalisierung von Cannabis-Gebrauch zu erreichen, sei eine Abgabe ab 18 Jahren analog zur Abgabe von Alkohol vorzuziehen. Aus fachlicher Sicht wurde dagegen eine Abgabe ab 21 oder 25 Jahren aufgrund der Gehirnentwicklung erwogen.

Psychotherapie für Migrant*innen und Flüchtlinge sicherstellen

BPTK fordert Sprachmittlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

In Deutschland leben über 20 Millionen Menschen mit Einwanderungsgeschichte. 30 bis 40 Prozent von ihnen erkranken innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Sie erkranken häufiger an Depressionen und körperlichen Erkrankungen, für die sich keine organischen Ursachen finden lassen (somatoforme Störungen), als Menschen, die nicht eingewandert sind. Bei Flüchtlingen ist insbesondere das Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, etwa zehn Mal höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

Rund zehn Prozent der erwachsenen Migrant*innen sprechen jedoch nicht einmal mittelmäßig gut Deutsch. Eine gute sprachliche Verständigung ist jedoch die notwendige Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung. Bisher ist der Einsatz von Dolmetscher*innen noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. „Ohne Sprachmittlung ist eine fachgerechte Beratung, Diagnostik, Aufklärung und Behandlung psychisch kranker Migrant*innen nicht möglich“, stellte BPTK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke anlässlich eines parlamentarischen Abends am 25. April 2022 fest. „Dies trifft insbesondere auf die psychotherapeutische Versorgung zu, deren Hauptbehandlungsmittel die Sprache ist.“ Insgesamt geht es um rund 600.000 bis 800.000 psychisch kranke Migrant*innen pro Jahr, die nicht ausreichend Deutsch sprechen.

Die BPTK fordert darum seit Jahren, Sprachmittlung im Sozialgesetzbuch (SGB) V zu verankern. Die neue Bundesregierung plant jetzt laut Koalitionsvertrag, dass „Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen [...] im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“ werden soll. Die BPTK stellte gemeinsam mit anderen Organisationen der psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung ihre zentralen Forderungen zur Umsetzung auf dem parlamentarischen Abend vor:

1. Sprachmittlung muss Leistung der GKV werden

Bei psychisch kranken Menschen, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, ist grundsätzlich eine Sprachmittlung notwendig und muss finanziert werden. Über die Notwendigkeit entscheidet die behandelnde Psychotherapeut*in oder Ärzt*in.

2. Einsatz und Vermittlung von Präsenz-, Telefon- und Videosprachmittlung

Über den Einsatz von Präsenz-, Telefon- oder Videosprachmittlung entscheiden die Behandelnden in Absprache mit der Patient*in. Der Umfang der Sprach-

mittlung misst sich an der medizinischen Notwendigkeit. Auch beim Einsatz von Telefon und digitalen Medien in der Sprachmittlung müssen die technischen Voraussetzungen für Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet sein. Gängige Übersetzungsprogramme mit Spracherkennung und Sprachausgabe sind nicht geeignet.

3. Qualitätsanforderungen an Sprachmittler*innen

Sprachmittlung sollte nur durch qualifizierte Sprachmittler*innen erbracht werden. Neben allgemeinen Dolmetschkompetenzen gehören hierzu auch Wissen über das Gesundheitssystem in Deutschland sowie fachspezifische Kenntnisse in der Versorgung psychischer Erkrankungen.

4. Angemessene Vergütung sicherstellen

Die Sprachmittlung muss angemessen vergütet werden. Die Höhe des Honorars muss auch ermöglichen, dass Sprachmittler*innen kontinuierlich Schulungen und Supervision absolvieren und finanzieren können.

5. Sprachmittlung auch für Flüchtlinge sicherstellen

Flüchtlinge haben in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland in aller Regel keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb muss der Anspruch auf Sprachmittlung auch im Asylbewerberleistungsgesetz analog zu Regelungen im SGB V verankert und die Kostenübernahme für diese Personengruppe verbindlich geregelt werden.

Parlamentarischer Abend zur Sprachmittlung

Auf dem parlamentarischen Abend erklärte Dr. Kapfert-Gonther (Grüne), stellvertretende Vorsitzendes des Gesundheitsausschusses, dass ein gesetzlicher Anspruch auf Sprachmittlung baldmöglichst geschaffen werden müsse, um Flüchtlinge und Migrant*innen psychotherapeutisch versorgen zu können: „Es ist an der Zeit, dass endlich alle Menschen, die Hilfen in seelischer Not brauchen, diese auch erhalten – ganz gleich welche Sprache sie sprechen.“ Auch die CDU-Bundestagsabgeordnete Diana Stöcker stimmte zu. Sprachmittlung müsse für die psychotherapeutische Versorgung gewährleistet werden. Sie habe hautnah miterlebt, dass eine Integration und damit auch die so wichtige Aufnahme einer Beschäftigung nicht möglich seien, wenn psychische Erkrankungen nicht behandelt werden.

Das Positionspapier kann hier abgerufen werden: www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/04/Positionspapier_Sprachmittlung.pdf

BPTK-INSIDE

Behandlungsleitung in Psychiatrie und Psychosomatik Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels

In vielen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken übernehmen Psychotherapeut*innen in Abstimmung mit Fachärzt*innen die Behandlungsleitung auf Stationen oder in Bereichen, die – in der Regel – einen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben. Die Fachärzt*in übernimmt dabei die Teile der Behandlung, die nicht von der Psychotherapeut*in verantwortet werden können, wie zum Beispiel die Psychopharmakotherapie. Die Krankenhäuser nutzen damit bereits den Spielraum einiger Landeskrankenhausgesetze, wie zum Beispiel in Schleswig-Holstein. Dort ist die alleinige Leitung von Abteilungen, in denen Patient*innen psychotherapeutisch behandelt werden, ausdrücklich durch eine Psychotherapeut*in möglich.

Praxisbeispiel – DBT-Station

Die Psychotherapeut*in ist verantwortlich für Vorgespräche, Aufnahmen, Behandlungsplanung sowie die Anpassung der Behandlungen und Entlassungen.

Sie führt die wöchentliche Visite durch. Jede Neuaufnahme wird innerhalb von 24 Stunden fachärztlich und mindestens einmal im gesamten Aufenthalt von der für die Station zuständigen Oberärzt*in gesehen. Bei Bedarf wird in Kooperation zwischen Psychotherapeut*in und Fachärzt*in oder Oberärzt*in ein somatischer und psychopharmakologischer Behandlungsplan erstellt. Einmal pro Woche findet eine Kurvenvisite mit fachärztlicher und/oder oberärztlicher Beteiligung statt. Darüber hinaus nimmt die Fachärzt*in und/oder Oberärzt*in an der wöchentlichen Besprechung des therapeutischen Teams teil.

Der bisherige Gestaltungsspielraum, den Krankenhäuser bei der Aufgabenverteilung und Behandlungsleitung hatten, hat sich jedoch im vergangenen Jahr verringert. Durch die Einführung von Strukturprüfungen in den Krankenhäusern sind auch die Strukturmerkmale in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Kodes 2021 verändert worden. Damit ist die etablierte Praxis in vielen Kliniken infrage gestellt. Ihr organisatorischer Spielraum wurde unnötig eingeengt.

Strukturprüfungen in den Krankenhäusern

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden diese prospektiven Strukturprüfungen (§ 275d SGB V) durch den Medizinischen Dienst (MD) zum 1. Januar 2020 in den Kranken-

häusern eingeführt. Danach kann eine Klinik bestimmte Leistungen nur noch erbringen und abrechnen, wenn zuvor geprüft und bescheinigt wurde, dass bestimmte Strukturmerkmale eingehalten wurden, wie zum Beispiel Vorgaben zur Behandlungsleitung. Die Leistungen, die ein Krankenhaus erbringen und abrechnen kann, sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel beschrieben; auch die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Welche Strukturmerkmale Voraussetzung für die Erbringung einer konkreten Leistung (OPS-Kodes) sind und vorab geprüft werden, ist im jeweiligen OPS-Kode festgeschrieben.

Voraussetzung für die Erbringung der OPS-Kodes für Psychiatrie und Psychosomatik ist seit 2021 die „Behandlungsleitung“ durch eine Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie/Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt*in für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In älteren Versionen des OPS wurde lediglich gefordert, dass eine Fachärzt*in das multiprofessionelle Team leitet. Diese Formulierung ließ den Krankenhäusern noch mehr Gestaltungsspielraum.

BPTK fordert OPS anzupassen

Nach den neuen Nutzungshinweisen zum OPS bedeutet „Behandlungsleitung“, dass die Planung, Koordinierung und Überwachung der Behandlung durch eine Fachärzt*in erfolgen muss. Die Übernahme der Behandlungsleitung durch Psychotherapeut*innen in Abstimmung mit einer Fachärzt*in bleibt damit eingeschränkt und ist davon abhängig, wie restriktiv der MD die Anforderungen an die Behandlungsleitung auslegt.

Um weiterhin die etablierte Praxis in den Kliniken und den Organisationsspielraum der Krankenhäuser zu erhalten, hält die BPTK es deshalb für erforderlich, den OPS anzupassen. Die BPTK hat einen entsprechenden Änderungsvorschlag beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das den OPS herausgibt, eingereicht.

BPTK-Ratgeber für Flüchtlingseltern



Unter den ukrainischen Flüchtlingen sind viele Kinder und Jugendliche, die Kriegsgreuel erlebt haben. Die Erinnerungen an die fürchterlichen Ereignisse brennen sich häufig in das Gedächtnis ein. Manchmal vergehen sie nicht, sondern kehren immer wieder. Kinder und Jugendliche reagieren sehr unterschiedlich und jeweils auf eigene Weise auf Ereignisse, die zu viel für sie waren.

Die BPTK hat für Flüchtlingseltern einen Ratgeber herausgegeben, der erklärt, wie sie richtig auf ihre traumatisierten Kinder reagieren können. Dieser Ratgeber ist als Webseite verfügbar: www.elternratgeber-fluechtlinge.de oder www.parent-refugees.de. Er ist auch in das Ukrainische und Russische übersetzt sowie auf Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurdisch und Persisch zu lesen. Außerdem gibt es ein ausdrucksbares Plakat mit QR-Code, das auf die Webseite aufmerksam macht.

Neue BPTK-Webseite www.elternratgeber-psychotherapie.de



Eltern wollen für ihr Kind nur das Beste. Sie strengen sich meist enorm an, damit es ihrem Kind gut geht. Wenn Kinder psychische Probleme entwickeln, fragen Eltern sich deshalb oft, ob sie dafür verantwortlich sind. Dies ist eine der Fragen, die die neue Webseite www.elternratgeber-psychotherapie.de aufgreift. Der Elternratgeber Psychotherapie will auch dabei helfen, dass psychische Probleme erst gar nicht entstehen. Deshalb gibt er Empfehlungen für verschiedene Altersgruppen vom Säuglings- bis zum Jugendalter.

Als gedrucktes Exemplar kann der Ratgeber kostenfrei unter bestellungen@bptk.de angefordert werden.



BPTK-Praxis-Info E-Patientenakte

Die BPTK veröffentlicht demnächst eine aktualisierte Praxis-Info E-Patientenakte. Die Praxis-Info soll Psychotherapeut*innen dabei unterstützen, wie die E-Patientenakte in der Praxis eingesetzt werden und wie eine differenzierte Beratung und Aufklärung der Patient*innen gelingen kann.

Impressum:

Herausgeber: Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
 Klosterstraße 64 | 10179 Berlin | Tel.: 030.278 785 - 0 | Fax: 030.278 785 - 44 | info@bptk.de | www.bptk.de
 V.i.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz | Redaktion: Kay Funke-Kaiser | Satz und Layout: Proforma GmbH & Co. KG