

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieses Jahr wird uns in Erinnerung bleiben, weil wir alle lernen mussten, mit einer großen und direkten Bedrohung umzugehen. Das Coronavirus hat uns gezwungen, anders zu leben und anders zu arbeiten. Für manche von uns war dies mit erheblichen Einschränkungen, Ängsten und wirtschaftlichen Einbußen verbunden. In manchen Bereichen erwies sich das Coronavirus als Treiber für Innovationen. Wer hätte 2019 gedacht, dass in 2020 rund 90 Prozent der niedergelassenen Psychotherapeut*innen Erfahrungen mit Videobehandlung machen werden?

Wir haben in 2020 auch gelernt, dass wir nicht so sehr auf Investmentbanker, sondern auf Menschen angewiesen sind, die zum Beispiel im Gesundheitswesen, im Einzelhandel oder im öffentlichen Personennahverkehr arbeiten. Sie setzen sich täglich den Gefahren einer Ansteckung aus, damit wir versorgt, transportiert, gepflegt und behandelt leben können. Das sollten wir 2021, wenn wir nach einer Impfung hoffentlich wieder unbeschwerter leben können, nicht vergessen.

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Schutz und Rechte von Kindern und Jugendlichen stärken

Die Politik hat verschiedene Gesetze auf den Weg gebracht, um Kinder und Jugendliche besser vor Gefahren zu schützen und ihre Rechte zu stärken.

Intergeschlechtliche Kinder: Verbot geschlechtsangleichender Eingriffe

Am 23. September hat das Bundeskabinett den Entwurf für ein Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung beschlossen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass geschlechtsangleichende medizinische Eingriffe bei intergeschlechtlichen Kindern verboten werden sollen, solange sie nicht lebensrettend oder medizinisch notwendig sind. Selbst dann muss eine interdisziplinäre Kommission vor jeder Operation gehört werden, in der auch kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Expertise vertreten sein soll. Da in unserer Gesellschaft immer noch eine binäre Geschlechtszuteilung (Mann/Frau) Norm ist, hält es die BPTK für notwendig, auch verpflichtend die Sichtweise von Betroffenen einzubeziehen.

Besserer Schutz vor Kindswohlfährdung

Am 6. Oktober hat das Bundesfamilienministerium den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht. Ziele sind vor allem ein besserer Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Kindswohlfährdung sowie Hilfen aus einer Hand für Kinder mit und ohne Behinderung („inklusive Lösung“). Die BPTK hat vor allem die Maßnahmen für eine stärkere Kooperation zwischen Jugendamt und Gesundheitswesen zum Schutz vor Kindswohlfährdung begrüßt.

Dabei muss aber sichergestellt werden, dass die Rechte der Patient*innen und ihrer Familien – besonders bezüglich der Schweigepflicht – so weit wie möglich unberührt bleiben. Außerdem mahnt die BPTK an, dass Bund und Länder die Umsetzung der inklusiven Lösung nicht verzögern dürfen.

Medienschutz stärken

Am 14. Oktober hat das Bundeskabinett ein Zweites Gesetz zur Änderung des Jugendschutzgesetzes beschlossen. Kinder und Jugendliche sollen damit insbesondere besser vor den Gefahren des Internet, wie zum Beispiel Cyber-Mobbing und kostenpflichtigen Angeboten geschützt werden. Anbieter*innen im Internet sollen Vorsorgemaßnahmen treffen, Melde- und Beschwerdestellen einrichten und auf unabhängige Rat- und Hilfsangebote verweisen müssen. Dafür sollte die künftige Bundeszentrale für Kinder- und Jugendmedienschutz entsprechende Angebote für Kinder, Eltern und Fachkräfte entwickeln und fördern.

Verhandlungen von Opfern sexueller Gewalt beschleunigen

Am 21. Oktober hat das Bundeskabinett den Entwurf für ein Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder beschlossen, der deutliche Verschärfungen des Strafrechts vorsieht. Außerdem sollen künftig Verhandlungen und Vernehmungen von Opfern sexualisierter Gewalt besonders beschleunigt durchgeführt werden. Die BPTK begrüßt eine solche Regelung sowie die Klarstellung, dass in einem Strafverfahren schon vor oder während der Vernehmungen eine Psychotherapie begonnen oder weitergeführt werden darf.

Inhalt

- Seite 1 Schutz und Rechte von Kindern und Jugendlichen stärken
 Seite 2 Schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche intensiv versorgen
 Seite 3 BPTK-**DIALOG** Besuche sollten unter möglichst wenigen Einschränkungen stattfinden
 Seite 4 BPTK-**FOKUS** Neue BPTK-Studie „Videobehandlung“
 Seite 6 BPTK-Studie: Innovationsfonds und psychotherapeutische Versorgung
 Seite 7 BPTK-**INSIDE** Neue Verordnungsbefugnisse für Psychotherapeut*innen
 Seite 7 BPTK-**INSIDE** Änderungen bei der Gruppenpsychotherapie
 Seite 8 Erste geprüfte Gesundheits-Apps zugelassen
 Seite 8 BPTK-Praxis-Info „Elektronischer Psychotherapeutenausweis“

Schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche intensiv versorgen

Psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche in Deutschland brauchen eine intensivere ambulante Versorgung, als bislang möglich. Mindestens 100.000 Kinder und Jugendliche benötigen nicht nur eine psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung, sondern auch speziellere Hilfen und Unterstützung im Alltag. Auch für ihre Eltern sind Beratung in Krisen und Unterstützung bei der Kooperation mit Behörden und Schulen sowie psychoedukative Trainings notwendig. Die BPTK fordert deshalb, im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) klarzustellen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Frist zum 30. Juni 2022 eine spezielle Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche regeln muss.

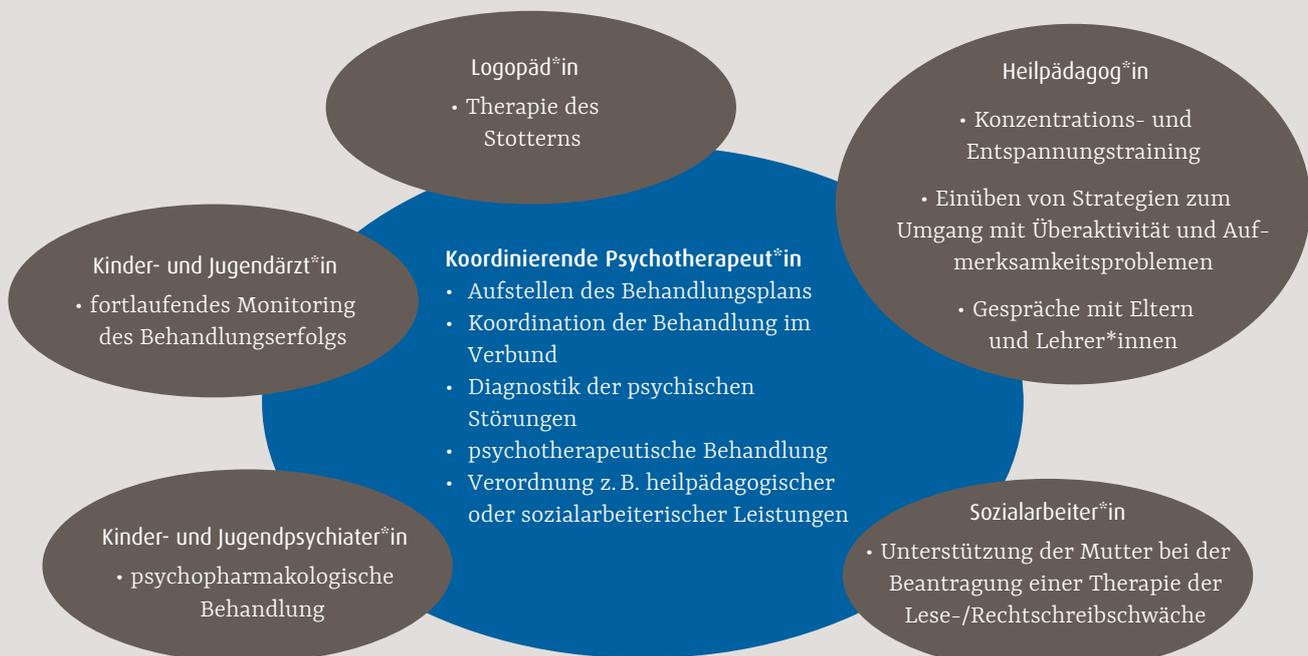
Der Gesetzgeber hat 2019 beschlossen, ein intensiv-ambulantes, multiprofessionelles Versorgungsangebot zu schaffen, auch um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und zu verkürzen. Der G-BA arbeitet deshalb aktuell an einer entsprechenden Richtlinie, bisher allerdings nur für Erwachsene. Kinder sind jedoch keine kleinen Erwachsenen. Sie haben spezifische Versorgungsbedarfe, die sich von denen Erwachsener unterscheiden. Das muss

auch der G-BA in seiner Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung berücksichtigen und eigene Regeln für die ambulante Komplexversorgung minderjähriger Patient*innen schaffen. Dazu muss auch gesetzlich verankert werden, dass diese Kinder und Jugendlichen neben der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung zum Beispiel auch heilpädagogische und sozialarbeiterische Leistungen bekommen können. Auch Psychotherapeut*innen sollten dafür die Koordination der Leistungen übernehmen können. Dafür muss gesetzlich geregelt werden, dass sie „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen“ veranlassen und verantworten können.

Rund 100.000 psychisch kranke Kinder und Jugendliche werden pro Jahr stationär oder teilstationär behandelt. Bei ihnen ist eine Komplexbehandlung erforderlich, um Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen und eine intensive ambulante Weiterbehandlung zu ermöglichen. Zählt man die Kinder und Jugendlichen hinzu, die aktuell in Psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt werden, ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die auf solche Hilfen und Leistungen angewiesen sind, möglicherweise sogar doppelt so hoch.

Beispiel für ambulante Komplexbehandlung:

10-jähriger Junge mit ADHS, Stottern und Lese- und Rechtschreibschwäche, Mutter alleinerziehend, leidet unter Depressionen





BPTK-DIALOG

Andreas Westerfellhaus

Interview mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

Besuche sollten unter möglichst wenigen Einschränkungen stattfinden

Während der ersten Corona-Welle kam es in Alten- und Pflegeheimen häufig zu strikten Besuchsverboten. Welche Briefe erreichten Sie deshalb?

Im Frühjahr haben mich erschütternde Briefe erreicht. Die strikten Besuchsverbote hatten gravierende Auswirkungen auf Bewohner*innen, aber auch auf die An- und Zugehörigen. Erleben zu müssen, dass Eltern oder Ehegatten am Telefon sagen, sie wollten so nicht leben, nicht mehr essen wollen oder immer wieder danach fragen, warum man sie im Stich lässt, das sind furchtbare Erfahrungen. Das darf sich nicht wiederholen.

Was muss bei der zweiten Welle anders gemacht werden?

Die Bedingungen sind jetzt völlig anders. Wir haben ausreichend Schutzausrüstung, die hat im Frühjahr gefehlt. Und wir haben immens viel über das Virus gelernt. Gerade erarbeite ich mit der Unterstützung der Verbände der Träger*innen und der Angehörigen, der Expert*innen des Robert Koch-Instituts (RKI) und nicht zuletzt des Bundesgesundheitsministers eine Handreichung, wie Besucherkonzepte aussehen können, die Besuche mit möglichst wenig Einschränkungen trotzdem ausreichend sicher machen.“

Sind Schnelltest für Besucher*innen eine Möglichkeit?

Sie sind sogar eine sehr wichtige Möglichkeit. Aber sie sind auch kein Allheilmittel. Was man ganz klar sagen muss ist: Auch wenn ein Test negativ ausfällt, heißt das nicht, dass Abstand, Händehygiene, Mund-Nasen-Schutz und Lüften vernachlässigt werden könnten. Wenn wir Infektionen in Einrichtungen möglichst weitgehend verhindern wollen, ist eine ganz wichtige Botschaft, alle Bereiche mitzudenken und alle Möglichkeiten zu nutzen, auch zum Beispiel die Gestaltung von Arbeitsabläufen innerhalb der Einrichtungen.

Wie könnten Besuchsregelungen aussehen?

Kern ist, dass wir die Selbstbestimmung der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen wahren. Natürlich müssen wir uns in dieser Pandemie alle an Regeln halten, aber die müssen nachvollziehbar sein. Deshalb bin ich auch so froh, dass die Expert*innen des RKI mich bei der Handreichung für Besucherkonzepte unterstützen. Meine Richtschnur ist dabei, dass Besuche unter möglichst wenig Einschränkungen stattfinden sollten. Das gilt sowohl für die Häufigkeit und Dauer als auch für die Bedingungen. Mir sind auch Punkte wie Intimität und Vertraulichkeit wichtig. Deshalb halte ich die Besuche auf dem Bewohnerzimmer auch für so zentral.

Wie kann verhindert werden, dass über das Pflegepersonal das Virus in die Einrichtungen getragen wird?

Es ist eine unbequeme Wahrheit, aber ich möchte sie einmal ganz klar aussprechen: Wir werden nicht vollständig verhindern können, dass Infektionen in die Einrichtungen getragen werden. Es wird sie geben und es werden Menschen daran sterben. Wenn wir in den Einrichtungen die Lebensqualität aufrechterhalten wollen, müssen wir an der Stelle Risiken eingehen. Ich wünsche mir deshalb, dass wir dazu kommen, dass wir nicht immer darüber reden müssen, wer Schuld ist. Wenn es eine Infektion in einer Einrichtung gibt, sollten wir zusehen, dass sie nicht weitergetragen wird, und prüfen, ob wir sie hätten verhindern können. Und wenn sich alle an die Regeln gehalten haben, dann gehört dafür keiner an den Pranger gestellt – egal ob eine Infektion letztlich über Pflegepersonal, Dienstleister*innen, Besucher*innen oder die Bewohner*innen selbst in die Einrichtung kam.

Welche Abstand- und Hygienestandards sind unerlässlich?

Abstand, Händehygiene, Mund-Nasen-Schutz und Lüften. Darauf läuft es immer wieder hinaus. Das sind die Punkte, die wir alle jeden Tag berücksichtigen sollten und sie gelten natürlich auch in Pflegeeinrichtungen.

Die Corona-Beschränkungen in Alten- und Pflegeheimen sollten auch mit dem Recht auf Würde und Selbstbestimmung der Bewohner*innen abgewogen werden. Sollten an den Besuchsregelungen deshalb auch Bewohnervertretungen beteiligt werden?

Das ist für mich unverzichtbar. Mit dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung geben die Menschen doch nicht ihr Recht auf Selbstbestimmung ab. Für die Lebensqualität ist ganz entscheidend, dass ich Einfluss auf meine Lebensbedingungen nehmen kann, also auch auf die Bedingungen, unter denen Familie und Freunde mich besuchen können. Deshalb müssen die Bewohnervertretungen unbedingt in dieser Frage beteiligt werden!

Wie könnte die Abstimmung mit den Besucher*innen von Altenheimen gelingen?

Da ist ganz viel Transparenz und Information nötig. Ich weiß natürlich, dass die Zeit in den Einrichtungen gerade jetzt immer knapp ist. Aber Regelungen werden nur dann akzeptiert und gelebt, wenn alle Beteiligten immer über den aktuellen Stand auf dem Laufenden gehalten werden – und zwar proaktiv und nicht nur auf Nachfrage! Das gilt übrigens auch für die Bewohner*innen selbst, die dabei leider zu oft vergessen werden. Auch die sollten nicht nur durch den Flurfunk, sondern ganz offen durch die Einrichtung über Neuigkeiten informiert werden.

BPTK-FOKUS

Neue BPTK-Studie „Videobehandlung“

Seit dem 1. April 2019 sind Psychotherapeut*innen grundsätzlich berechtigt, eine Behandlung per Video als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen. Aufgrund der Corona-Pandemie sind Videobehandlungen aktuell befristet bis zum 31. Dezember 2020 in unbegrenztem Umfang möglich. Ihre grundsätzliche Beschränkung auf maximal 20 Prozent der Leistungen und Patient*innen wurde ausgesetzt. Um die gesundheitspolitische Diskussion über Videobehandlung nach der Corona-Pandemie mit den Erfahrungen der Praktiker*innen fundiert führen zu können, hat die BPTK zwischen Juni und August eine Befragung zum Thema Videobehandlung durchgeführt. Insgesamt haben fast 3.500 Psychotherapeut*innen an der Onlinebefragung teilgenommen.

Innovationsschub durch Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat zu einem massiven Innovationsschub bei Videobehandlungen geführt. Fast alle Psychotherapeut*innen haben bereits Behandlungen per Video durchgeführt (87,9 Prozent) und fast alle haben dies erstmals seit Beginn der Corona-Pandemie gemacht (91,4 Prozent). Die Erfahrungen mit der Videobehandlung waren insgesamt positiv. Fast alle Psychotherapeut*innen (88,5 Prozent) wollen Videobehandlung auch in Zukunft weiter einsetzen, allerdings die Hälfte nicht mehr so häufig wie bisher. Mit Videobehandlungen wollten Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen vor allem vor einer Infektion schützen. Sie gaben an, dass etwa ein Drittel ihrer Patient*innen (Mittelwert = 32,6; Standardabweichung = 22,5) ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf hatte.

Mangelnde Internetqualität größtes Hindernis

Das größte Hindernis bei Videobehandlungen sind instabile Internetverbindungen. Rund 80 Prozent der Psychotherapeut*innen berichten von instabilen Internetverbindungen als Grund für Probleme bei Videobehandlungen. Aufgrund technischer Störungen brachen Behandlungen ab, waren Gesprächspartner*innen nicht zu verstehen oder flackerte das Bild. Dies war auf dem Land fast doppelt so häufig der Fall wie in Großstädten. Auf dem Land war die Internetverbindung bei rund 40 Prozent der Patient*innen nicht ausreichend, in Großstädten immerhin noch bei 25 Prozent.

Wichtige Ergänzung, aber kein Ersatz

Nach den Erfahrungen der Psychotherapeut*innen sind Videobehandlungen eine wichtige Ergänzung, aber kein

Abbildung 1: Bewertung von Videobehandlungen

Videobehandlungen...

führen dazu, dass nicht alle erforderlichen psychotherapeutischen Interventionen umsetzbar sind.

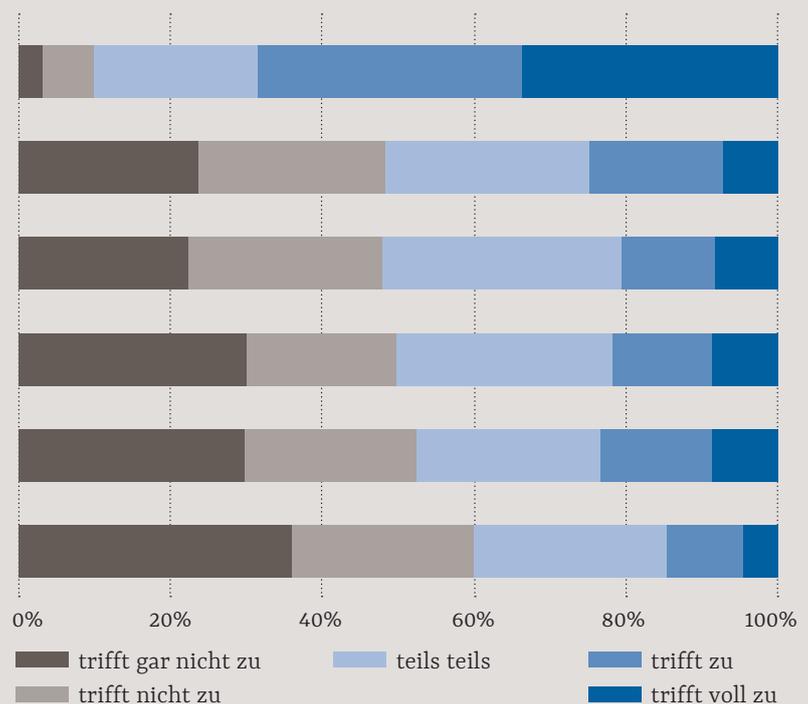
führen dazu, dass der Einstieg in eine psychotherapeutische Behandlung erschwert wird.

sind geeignet, um Erstgespräche durchzuführen.

sind ein geeigneter Ersatz für Behandlungen im direkten Kontakt.

sind geeignet für langfristige Behandlungsprozesse.

wären grundsätzlich geeignet, um in Ausnahmefällen Behandlungen im Gruppensetting fortzuführen.



Ersatz für Behandlungen im unmittelbaren Kontakt. Im Vergleich zu Behandlungen von Angesicht zu Angesicht gaben viele Psychotherapeut*innen an, dass ihnen bei Videobehandlungen relevante Informationen fehlen. Insbesondere können per Video Gestik und Mimik der Patient*innen weniger präzise wahrgenommen werden, die jedoch insbesondere für die Diagnostik wesentlich seien. Etwa zwei Drittel (68,4 Prozent) der Psychotherapeut*innen gaben zudem an, dass bei Videobehandlungen nicht alle erforderlichen psychotherapeutischen Interventionen umsetzbar sind (vgl. Abbildung 1).

Ungefähr die Hälfte (48 Prozent) berichtet zudem, dass die vertrauten Räumlichkeiten des Therapieraums fehlten, bei gut einem Drittel (37,1 Prozent) bestand die Sorge, dass andere Haushaltsmitglieder die Therapie mithören oder stören könnten, und über ein Drittel (39,7 Prozent) beschreibt, dass die Gegenübertragung eingeschränkt wird. Die meisten Psychotherapeut*innen (56,8 Prozent) haben deshalb Präsenz- und Videobehandlung schon während der ersten Corona-Welle kombiniert.

Am häufigsten wurde per Video behandelt, um das Infektionsrisiko von Patient*innen und deren Angehörigen zu senken. Allerdings sind nicht alle Patient*innen per Videobehandlung gut zu erreichen. Außergewöhnlich schlecht wurde die psychotherapeutische Versorgung per Video von kleinen Kindern (76,5 Prozent), aber auch von älteren Menschen (30,8 Prozent) beurteilt. Auch für Menschen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind oder sich in Partnerschaftskonflikten befinden, wurde eine Videobehandlung nicht als geeignetes Mittel beurteilt.

Verbesserungen durch eine Videobehandlung

Videobehandlungen können dazu beitragen, dass die psychotherapeutische Versorgung und die Behandlungskontinuität verbessert werden. Während der ersten Welle der Corona-Pandemie war die Videobehandlung oft die einzige Möglichkeit, eine psychotherapeutische Behandlung fortzuführen. Behandlungsabbrüche konnten so oft vermieden werden. Videobehandlungen bieten aber auch darüber hinaus eine Chance, die Kontinuität von Behandlungen aufrechtzuerhalten, wenn Patient*innen beispielsweise aufgrund ihres Berufs nicht immer am Wohnort tätig sind. Drei Viertel der Psychotherapeut*innen halten Videobehandlungen außerdem dafür geeignet, um die psychotherapeutische Behandlung in Ausnahmefällen auch bei akuten körperlichen Erkrankungen oder Krisen sicherzustellen. Die Psychotherapeut*innen gaben außerdem an, dass manche Patient*innen auch besser zu

erreichen sind. Besonders gut lassen sich mithilfe von Videobehandlungen zum Beispiel bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen getrenntlebende Mütter oder Väter in die Behandlung einbeziehen. Auch Jugendliche ab circa 13 Jahren sind per Video häufig gut zu erreichen.

BPTK-Forderungen

Die BPTK fordert, dass Psychotherapeut*innen mit ihren Patient*innen eigenverantwortlich entscheiden können, ob und wie oft eine Videobehandlung angemessen ist. Dabei sollte eine Psychotherapie aus einer Hand gewährleistet werden, unabhängig davon, ob sie als Präsenz- oder Videobehandlung durchgeführt wird. Menschen müssen bei Krisen ihre Psychotherapeut*in kurzfristig in ihrer Praxis aufsuchen können. Dafür ist eine räumliche Nähe zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in notwendig. Videobehandlungen müssen deshalb regional verankert werden.

Psychotherapeutische Behandlungen sollten zudem aus Sicht der BPTK künftig deutlich flexibilisiert auch per Video erbracht und abgerechnet werden können. Die von den Psychotherapeut*innen in ihren Berufsordnungen definierten Sorgfaltspflichten sichern die Qualität der Behandlungen. Es müssen außerdem dringend die ausreichenden technischen Voraussetzungen für eine störungsfreie Behandlung per Video geschaffen werden. Der fehlende Ausbau des Internets ist das größte Hindernis für eine Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Digitalisierung kann sozial benachteiligte Patient*innen von der psychotherapeutischen Versorgung ausschließen. Die BPTK fordert daher, dass für Menschen mit wenigen sozioökonomischen Ressourcen in ihren Wohnvierteln vermehrt Beratungs- und Behandlungsangebote geschaffen werden. Für ältere Menschen ist eine systematische Förderung aufsuchender Psychotherapie in deren Wohnungen und in Altenheimen notwendig.

BPTK-Studie: Innovationsfonds und psychotherapeutische Versorgung

Seit seiner Einrichtung im Jahre 2016 entwickelte sich der Innovationsfonds zum zentralen Treiber für Neuerungen im Gesundheitswesen. Es ist daher entscheidend, dass der Innovationsfonds Projekte fördert, die tatsächlich das Potenzial haben, die Versorgung zu verbessern. Die BPTK hat deshalb die Projekte untersucht, mit denen er die Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen durch neue Versorgungsformen fördert.

Psychotherapeutische Versorgung gezielter weiterentwickeln

Positiv ist, dass eine Vielzahl der Innovationsfondsprojekte die Versorgung psychischer Erkrankungen verbessern soll. Die geförderten Projekte sind allerdings sehr heterogen. Zum einen fördert der Fonds Projekte für Kinder und Jugendliche zur Versorgung und Prävention psychischer Erkrankungen, die das Potenzial für eine positive Weiterentwicklung haben. Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen in ländlichen Regionen wird dagegen zu wenig oder in problematischer Art und Weise berücksichtigt.

Um solche Fehlentwicklungen zu vermeiden, sind künftig spezifischere Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses notwendig. Es fehlen außerdem Projekte für eine Verbesserung der Prozessqualität und des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für die Versorgung älterer Menschen und Schwangerer, und neue Versorgungsformen, mit denen die psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Raum verbessert werden kann.

Patient*innen brauchen direkten Zugang zur Psychotherapeut*in

Die Hälfte der Projekte, die explizit die psychotherapeutische Versorgung verbessern sollen, verfolgt gestufte Versorgungsansätze. Dabei soll Psychotherapie meist als eine der letzten Behandlungsoptionen oder erst bei einem besonderen Schweregrad der psychischen Erkrankung zum Einsatz kommen. Dadurch fehlt aber der entscheidende direkte Zugang zur Psychotherapeut*in, durch den seit dem Psychotherapeutengesetz die jahrzehntelange Unterversorgung psychisch kranker Menschen wesentlich abgebaut werden konnte. Dieser Fortschritt sollte nicht durch erneute Hürden in der Versorgung psychisch kranker Menschen gefährdet werden. Es besteht außerdem die Gefahr, dass Patient*innen zunächst für sie unpassende Interventionen durchführen müssen, bevor ihnen das Gespräch mit einer Psychotherapeut*in ermöglicht wird. Das entspricht nicht dem Ziel des Gesetzgebers, gerade für psychisch kranke Menschen Hürden in der Versorgung abzubauen.

Bei der Auswahl der Projekte sollte daher sichergestellt werden, dass der Direktzugang zur psychotherapeutischen Versorgung nicht eingeschränkt wird. Psychisch kranke Menschen brauchen eine verlässliche Ansprech-

partner*in, die ihre Versorgung übernimmt und koordiniert. Ein Hürdenlauf, bei dem regelhaft Leistungserbringer*innen wechseln, damit Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung durchgeführt werden können, wirkt abschreckend und führt dazu, dass Beratung und Behandlung gar nicht oder zu spät gesucht werden. Für psychisch kranke Menschen ist es oft eine sehr schambesetzte seelische Belastung, mehrfach gegenüber verschiedenen Behandelnden ihre Beschwerden darzustellen.

Digitalisierung für psychisch kranke Menschen nutzen

Insgesamt zeichnen sich die Innovationsfondsprojekte für psychisch kranke Menschen durch ein hohes Maß an Digitalisierung aus. Dabei sind die Ziele sehr heterogen. Neben digitalen Anwendungen, mit denen psychotherapeutische Behandlungen intensiviert oder unterstützt werden sollen, führt eine Reihe an Projekten auch dazu, dass digitale Anwendungen den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschweren. Dies wird mehrfach damit begründet, Versorgungsengpässe in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu überbrücken. Versorgungsengpässe sollten jedoch nicht dadurch gelöst werden, dass psychotherapeutische Behandlungsstandards untergraben werden. Dazu gehört, dass insbesondere Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen müssen. Auch Innovationsfondsprojekte sollten die bestehenden Standards sicherstellen. Das bedeutet, dass Digitalisierung immer eine Behandlung aus einer Hand voraussetzt und regional verankert ist. Sie ist kein Ersatz für eine unzureichende Bedarfsplanung.

Struktur- und Prozessqualität darlegen

Ein Schlüsselproblem vieler Innovationsfondsprojekte ist, dass sie meist keine ausreichenden Informationen zur Struktur- und Prozessqualität bereitstellen. Dabei ist unbedingt sicherzustellen, dass bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen als berufliche Qualifikation der Standard einer approbierten Psychotherapeut*in oder Ärzt*in gewährleistet wird. Bei Innovationsfondsprojekten sollte es deshalb verpflichtend sein, bestehende Standards der Struktur- und Prozessqualität sicherzustellen. Klare Vorgaben durch den Innovationsausschuss, wie zum Beispiel Angaben zum Qualifikationsniveau der Berufsgruppen zu gestalten sind, können hier wesentlich zur Transparenz beitragen.

BPTK-INSIDE

Neue Verordnungsbefugnisse für Psychotherapeut*innen



Ab dem nächsten Jahr können Psychotherapeut*innen auch psychiatrische häusliche Krankenpflege und Ergotherapie verordnen. Dafür hat der G-BA die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege und für Heilmittel geändert. Mit den neuen Befugnissen stärkt er Psychotherapeut*innen in der Koordination und Versorgung von psychischen Erkrankungen. Für beide Leistungen wird die BPTK eine „Praxis-Info“ veröffentlichen.

Mit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege können schwer psychisch kranke Menschen dabei unterstützt werden, ihren Tag zu strukturieren und möglichst selbstständig zu leben. Sie kann helfen, akute Krisensituationen zu bewältigen. Patient*innen sollen so in ihrer gewohnten häus-

lichen Umgebung bleiben können und stationäre Behandlungen vermieden oder verkürzt werden. Sie kann nach Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium und einer Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs voraussichtlich ab dem 2. Quartal 2021 verordnet werden.

Ergotherapie kann bei einem breiten Spektrum von psychischen Erkrankungen verordnet werden, um eine Richtlinienpsychotherapie oder eine neuropsychologische Therapie zu unterstützen. Dafür sind spezifische Trainingsprogramme vorgesehen, zum Beispiel bei Beeinträchtigungen der Selbstwahrnehmung, der Aufmerksamkeit oder der Emotionsregulation. Ergotherapie kann nach Prüfung des G-BA-Beschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit voraussichtlich ab dem 1. Januar 2021 verordnet werden.

Änderungen bei der Gruppenpsychotherapie

Noch immer wird das Potenzial der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu wenig ausgeschöpft. Ende 2019 hat der Gesetzgeber daher erneut den G-BA mit der weiteren Förderung der Gruppentherapie beauftragt. Der G-BA hat nun eine Reihe von Änderungen bei der Gruppenpsychotherapie beschlossen:

Antragsfreie Kurzgruppe

Um mögliche Vorbehalte von Patient*innen abzubauen, führt der G-BA eine niederschwellige Kurzgruppe („gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“) ein. In bis zu vier Sitzungen à 100 Minuten (alternativ: acht Sitzungen à 50 Minuten) sollen sich Patient*innen künftig über diese Form der Psychotherapie informieren und praktische Erfahrungen sammeln können. Diese antragsfreie Gruppe kann auch als problem- oder krankheitsspezifische Kurzgruppe gestaltet werden. Die BPTK hatte sich bei dieser neuen Leistung für einen Umfang von mindestens acht Doppelstunden ausgesprochen, damit bereits eine erste wirksame Behandlung durchgeführt werden kann und nicht die Informationsvermittlung im Vordergrund steht.

Probatorische Sitzungen in der Gruppe

Probatorische Sitzungen können künftig auch in der Gruppe durchgeführt werden. Dafür muss eine Indikation für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung bestehen, allein oder in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie. Mindestens eine probatorische Sitzung muss jedoch weiterhin als Einzelstunde erfolgen.

Gruppe mit zwei Psychotherapeut*innen

Gruppenpsychotherapien können künftig auch von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt werden. Diese sinnvolle Neuerung hat der G-BA unnötig verkompliziert. So sind je Psychotherapeut*in mindestens drei und höchstens neun Patient*innen fest zuzuordnen und entsprechend abzurechnen. In einer solchen Gruppe dürfen bis zu 14 Patient*innen behandelt werden.

Bereits per Gesetz wurde das Gutachterverfahren für die alleinige Gruppentherapie im November 2019 abgeschafft. Nun hat der G-BA zusätzlich beschlossen, dass auch bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie kein Gutachterverfahren mehr durchgeführt werden muss. Dies gilt allerdings nur, wenn überwiegend Gruppentherapie durchgeführt wird. Entgegen dem gesetzlichen Auftrag hat der G-BA die Regelung zur Probatorik während der stationären Behandlung nicht weiter konkretisiert. Insbesondere bleibt unregelmäßig, dass Patient*innen noch während ihrer Krankenhausbehandlung probatorische Sitzungen in der Praxis der Psychotherapeut*in wahrnehmen können.

Die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie werden noch vom Bundesgesundheitsministerium geprüft und voraussichtlich im Januar 2021 in Kraft treten. Der Bewertungsausschuss passt innerhalb von sechs Monaten den Einheitlichen Bewertungsmaßstab an und beschließt auch die Vergütungshöhe für die neue Kurzgruppe, die Probatorik in der Gruppe und die Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeut*innen.

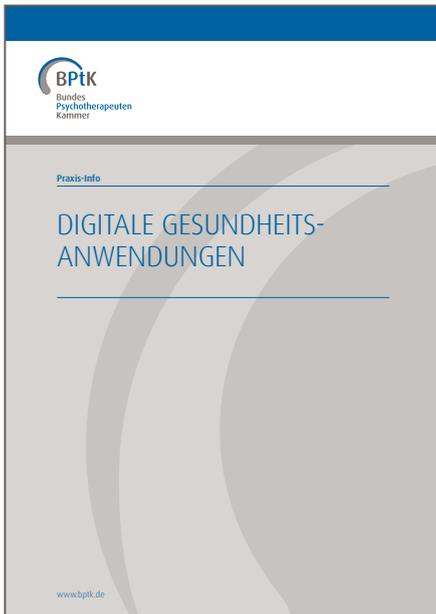
Erste geprüfte Gesundheits-Apps zugelassen

Seit Anfang Oktober ist das Verzeichnis Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) online (diga.bfarm.de). Mittlerweile sind fünf Gesundheits-Apps

darin aufgenommen, die von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen verordnet werden können („Verordnungsmuster 16“). Zu den ersten DiGAs gehört auch eine App, die die Behandlung von Angsterkrankungen unterstützen kann. Sie beinhaltet zum Beispiel Informationen zu Angsterkrankungen und Übungen zum Umgang mit angstfördernden Gedanken und Achtsamkeitsübungen. Eine zweite zugelassene DiGA kann bei Ein- und Durchschlafstörungen eingesetzt werden. Mithilfe dieser App sollen Nutzer*innen beispielsweise lernen, ihre Schlafzeiten zu optimieren und einem individuell abgestimmten Schlaf-Wach-Rhythmus zu folgen. Außerdem werden Entspannungstechniken vermittelt. Aus Sicht der BPTK ist es positiv, dass die Wirksamkeit der beiden DiGAs durch randomisiert-kontrollierte Studien nachgewiesen wurden. Solche Wirksamkeitsnachweise sind auch für die nächsten DiGAs wünschenswert.

Die BPTK hat für Psychotherapeut*innen, die DiGAs nutzen wollen, eine neue Praxis-Info „Digitale Gesundheitsanwendungen“ zur Verfügung gestellt. Darin hat sie die rechtlichen und fachlichen Regelungen zusammengefasst. Die Praxis-Info informiert darüber, was beim Einsatz von DiGAs zu beachten ist, wie sie in die psychotherapeutische Versorgung integriert werden können und wie eine geeignete DiGA ausgewählt werden kann. Im Verzeichnis ist erkennbar, ob wirklich bereits ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis vorliegt oder die App nur auf Probe zugelassen ist.

Download unter: www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk_praxisinfo_Digitale-Gesundheitsanwendungen.pdf



techniken vermittelt. Aus Sicht der BPTK ist es positiv, dass die Wirksamkeit der beiden DiGAs durch randomisiert-kontrollierte Studien nachgewiesen wurden. Solche Wirksamkeitsnachweise sind auch für die nächsten DiGAs wünschenswert.

BPTK-Praxis-Info „Elektronischer Psychotherapeutenausweis“

Die BPTK und die Landespsychotherapeutenkammern arbeiten gemeinsam mit Hochdruck daran, die elektronischen Psychotherapeutenausweise (ePtA) an die Mitglieder ausgeben zu können. Die Landeskammern werden ihre Mitglieder aber noch ausdrücklich informieren, wann sie mit der Ausgabe beginnen.

Zur Ausgabe der ePtA hat die BPTK eine Praxis-Info erstellt. Sie erklärt die gesetzlichen Grundlagen, das Zertifikat, das auf dem Ausweis gespeichert ist und mit dem die Inhaber*in sich künftig identifizieren und digital unterschreiben

kann. Der Ausweis ist auch notwendig, um damit auf Patientendaten zugreifen zu können, zum Beispiel auf den Notfalldatensatz oder den Medikationsplan, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. Mit dem ePtA können künftig auch Abrechnungen rechtsverbindlich unterschrieben und per Internet an die Kassenärztliche Vereinigung geschickt werden. Die BPTK-Praxis-Info erklärt auch, wie der ePtA bestellt werden kann, sobald mit der Ausgabe begonnen werden kann.

Download unter: www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/bptk_praxisinfo_ePTA.pdf



Impressum:

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