

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2011

Februar
2011

Reform der Bedarfsplanung: Am kranken Menschen orientieren

Themen dieser Ausgabe:

- *Reform der Bedarfsplanung*
- *Psychotherapeutenausbildung*
- *Kinderschutzgesetz*
- *Therapieunterbringungsgesetz*

- **BPtK-Dialog:**
*Interview mit
Dr. Rainer Hess,
unparteiischer Vorsitzender
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*

- **BPtK-Fokus:**
Patientenrechtgesetz

- **BPtK-Inside:**
*S3-Leitlinien
Qualitätsberichte
der Krankenhäuser*

Es ist eine abstruse Idee, den Bedarf, den kranke Menschen an medizinischer Behandlung haben, an der Anzahl der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu messen. Der Versorgungsbedarf in einer Region hängt davon ab, welche Krankheiten die Menschen dort haben, wie alt sie sind, ob sie in der Familie oder allein leben und welche Behandlung sie nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen benötigen. Ob eine Versorgung gut oder schlecht ist, hängt auch davon ab, wie gut die Kooperation zwischen niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern funktioniert, ob Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegekräfte miteinander arbeiten oder aneinander vorbei.

Die Menschen haben heute nicht mehr die gleichen Krankheiten wie in früheren Zeiten. Sie haben weniger akut verlaufende Infektionskrankheiten und mehr chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sie leiden nicht mehr in erster Linie an körperlichem Verschleiß, sondern zunehmend an psychosozialen Belastungen. Eine Gesellschaft mit mehr älteren Menschen braucht mehr Ärzte und Pflegekräfte, die chroni-

sche Krankheiten behandeln und Pflegebedürftige versorgen. Geändert haben sich aber auch die Schwerpunkte in der Behandlung, z. B. von psychischen Krankheiten. Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie ist nach evidenzbasierten Leitlinien und Patientenpräferenzen das Mittel der Wahl.

Die aktuelle ambulante Bedarfsplanung ist eine sektorale retrospektive Strukturplanung. Sie schreibt den Status quo an Praxissitzen und Krankenhausbetten fort und ist blind für Veränderungen. Deshalb ist eine Reform der Bedarfsplanung dringend erforderlich. Die Planer müssen die Augen aufmachen, damit sie die Versorgung kranker Menschen an die aktuellen und zukünftigen Erfordernisse anpassen können. Es geht darum, ländliche Regionen besser mit Hausärzten zu versorgen und psychisch kranke Menschen nicht monatelang auf eine Behandlung warten zu lassen.

Deshalb steht die Reform der Bedarfsplanung zu Recht auf der politischen Agenda. Deshalb ist es aber auch so erschreckend

festzustellen, dass die politischen Akteure immer noch den Kopf in den Sand stecken und die Probleme, die zu lösen sind, nicht anpacken. Die Vorschläge der AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion vom Januar dieses Jahres, genauso wie die bereits bekannten Konzepte des GKV-Spitzenverbandes und der KBV, lassen im Prinzip alles beim Alten. Alles was diese Vorschläge anstreben, ist Überversorgung abzubauen und die Zahl der niedergelassenen Praxen und der Krankenhausbetten nicht mehr völlig unabhängig voneinander zu planen.

Aber die Debatte steht ja erst am Anfang. Die Wähler machen Druck, wenn der Weg zum Arzt auf dem Land Stunden dauert oder der erste Gesprächstermin beim Psychotherapeuten erst nach Monaten zu bekommen ist. Vielleicht finden die Wähler in den Ländern eher Gehör als in Berlin. Eine prospektive Bedarfsplanung, die ihren Namen verdient, ist jedenfalls überfällig. Sie müsste Versorgungsziele definieren und damit die überholte Bedarfsplanung Schritt für Schritt ergänzen.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Anfang Dezember letzten Jahres hat die BPtK dem Bundesgesundheitsministerium ihren Vorschlag für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgelegt. Inzwischen läuft uns die Zeit davon. Die Bundesländer interpretieren die gesetzliche Lage zunehmend so, dass für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Bachelor ausreicht. Je länger nichts passiert, desto wahrscheinlicher wird, dass Psychotherapeuten, die Kinder behandeln, schlechter ausgebildet sind, als diejenigen, die Erwachsene versorgen. Das kann niemand politisch wollen. Ungelöst bleiben auch der Mangel, dass Psychotherapeuten in Ausbildung für ihren Beitrag zur Versorgung psychisch kranker Menschen in der Psychiatrie gar nicht oder äußerst schlecht honoriert werden, und alle anderen im Forschungsgutachten benannten Probleme.

Deshalb forderten die Bundesländer Anfang Februar erneut die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

BPTK fordert Reform der Psychotherapeutenausbildung Gesetzesentwurf bei Gesundheitsminister Rösler



Abstimmung der Eckpunkte einer Ausbildungsreform auf dem 16. DPT (Mai 2010)

	JA	NEIN	Enthaltung
Gesamt	87	17	3

**Abstimmungsergebnis:
87 Ja-Stimmen
17 Nein-Stimmen
3 Stimmenthaltungen**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler einen Gesetzesvorschlag zur dringend notwendigen Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgelegt. Für die konkreten Ausbildungsdetails wurde der Entwurf einer Approbationsordnung beigefügt. Bereits im Mai 2010 hatte der 16. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) mit einer Mehrheit von über 80 Prozent die Eckpunkte einer weitreichenden Ausbildungsreform beschlossen, mit der nicht nur die akuten Probleme gelöst werden können, sondern für einen einheitlichen Beruf und die Anforderungen der Versorgung der kommenden Jahrzehnte ausgebildet werden kann. Die nun vorliegenden Reformdetails hat die BPTK unter Beteiligung von Landespsychotherapeutenkammern, Berufs- und Fachverbänden, Ausbildungsstätten und Ausbildungsteilnehmern sowie Hochschulverbänden entwickelt.

Nach dem Reformkonzept soll es auch künftig eine postgraduale Ausbildung geben. Als Eingangsqualifikationen werden umfassende und näher definierte Kompetenzen auf Masterniveau verlangt. Wesentliche Merkmale einer nach den Vorstellungen der Psychotherapeuten-schaft reformierten Ausbil-

dung sind die Weiterentwicklung der heutigen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem einzigen Psychotherapeutenberuf mit einheitlicher Approbation und die Ablösung der heutigen praktischen Tätigkeit durch eine Praktische Ausbildung in verschiedenen Versorgungssektoren.

Ohne eine Reform ist nach Einschätzung der BPTK vor allem die hohe Qualität in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gefährdet. Schon heute reicht in der Mehrzahl der Bundesländer der niedrigere Bachelorabschluss aus, um sich für die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ausbilden zu lassen. Für die Behandlung Erwachsener ist dagegen ein Masterabschluss notwendig. Die BPTK fordert deshalb einheitlich einen Masterabschluss, um für den Beruf des Psychotherapeuten ausgebildet zu werden.

Mit dem BPTK-Konzept soll zudem die prekäre finanzielle Situation von Ausbildungsteilnehmern verbessert werden, die während ihrer einjährigen praktischen Tätigkeit in psychiatrischen Krankenhäusern heute häufig nicht oder völlig unzureichend bezahlt werden. 36 Prozent der Ausbildungsteilnehmer bekommen von den

Kliniken keinen einzigen Cent, zehn Prozent erhalten eine geringe monatliche Vergütung bis zu maximal 500 Euro brutto. Die BPTK fordert deshalb eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis für Teilnehmer der Psychotherapeutenausbildung, die es ermöglichen würde, deren Arbeit angemessen zu vergüten.

Dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) sind die drängenden Probleme spätestens seit dem Gutachten zur Psychotherapeutenausbildung von Mai 2009 bekannt. Das BMG ist wiederholt der Frage nachgegangen, ob die heutige postgraduale Ausbildung nicht durch eine psychotherapeutische Direktausbildung (Psychotherapiestudium) ersetzt werden könne. Nach Einschätzung der Psychotherapeuten-schaft fehlt es aber an einem erprobten Konzept, wie dabei die mit dem Psychotherapeutengesetz geschaffenen hohen Qualifikationsniveaus gewährleistet werden können. Die BPTK-Vorschläge zeigen zudem, dass die mit einer Ausbildungsreform verbundenen Ziele auch ohne einen derart starken Eingriff in die Hochschullandschaft mit ungewissem Ausgang erreicht werden. Damit gibt es für die BPTK nun keine Gründe mehr, die notwendige Reform weiter aufzuschieben.



Dr. Kristina Schröder
Foto: BMFSFJ

Neuer Entwurf für ein Bundeskinderschutzgesetz

Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder nimmt einen neuen Anlauf für ein Kinderschutzgesetz. Mit dem Gesetz sollen Kinder und Jugendliche besser vor Misshandlungen und Vernachlässigungen sowie insbesondere in Schulen, Internaten oder Sportvereinen vor sexuellem Missbrauch geschützt werden. Eltern sollen schon während der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt Unterstützung durch beratende Hebammen bekommen. Grundlage dafür sind die Erkenntnisse des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen“. Aus Sicht der Psychotherapeuten ist die Einführung einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger ein zentraler Eckpunkt des Referentenentwurfs.

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass mit dem Gesetz nicht nur das staatliche Wächteramt geschärft, sondern auch das Angebot frühzeitiger Hilfen gestärkt werden soll. Sinnvoll ist dabei, dass behandelnde Ärzte und Psychotherapeuten nicht grundsätzlich ihre Schweigepflicht verletzen, wenn sie bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung die Behörden informieren. Neben einer klaren gesetzlichen Befugnisnorm hätten Ärzte und Psychotherapeuten im Zweifelsfall auch einen Anspruch auf eine qualifizierte Beratung. Positiv ist ferner, dass Jugendämter bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nicht mehr zu Hausbesuchen verpflichtet werden. Viele Experten hatten dies beim ersten, in der letzten Legislaturperiode gescheiterten Gesetzesentwurf kritisiert. Dies hätte erhebliche personelle Ressourcen in der Jugendhilfe gebunden, ohne dass positive Effekte für den Kinderschutz belegt sind.

Reform der Bedarfsplanung – Interview mit Dr. Rainer Hess

BPtK-Dialog

Dr. Rainer Hess ist unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Er hat im Dezember 2010 einen eigenen Entwurf zur Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgestellt.

Vor welchen Herausforderungen steht eine Reform der Bedarfsplanung?

Die bestehende Bedarfsplanung ist an relativen Verhältniszahlen zwischen der Zahl der Ärzte einer Arztgruppe und der Bevölkerung ausgerichtet, die zum Stand vom 31. Dezember 1990 (für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 1. Januar 1999) als allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad für die durch das Institut für Raumordnung und Landesplanung definierten Versorgungsstufen gesetzlich vorgegeben sind. Ebenfalls schematisch wird daraus bei einer Überschreitung um mehr als zehn Prozent eine Überversorgung mit der Folge einer Zulassungssperre für Neuzulassungen angenommen. Zunehmend wird moniert, dass trotz statistischer Überversorgung ein durch lange Wartezeiten, zum Beispiel in der Augenheilkunde, belegter Versorgungsbedarf besteht oder in bestimmten Regionen trotz bestehendem Bedarf keine Ärzte niedergelassen sind. Mit der Einführung eines Demografiefaktors hat der G-BA als Teillösung unter der Voraussetzung überproportionaler Fallzahlen eine Anpassung der Verhältniszahlen an die Altersstruktur der Bevölkerung vorgenommen. Das beseitigt aber nicht den Mangel in regionalen Versorgungsstrukturen, der sich insbesondere bei der zunehmend geltend gemachten Unterversorgung bemerkbar macht. Eine große Herausforderung für die Bedarfsplanung ergibt sich darüber hinaus aus der zunehmenden Konkurrenz zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern in der spezialistischen Versorgung durch Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen (§ 116b SGB V) und für die Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe (§ 115b SGB V).

Was sollten Ihrer Meinung nach die zentralen Eckpunkte einer solchen Reform sein?

Aktualisierung der Arztgruppen und Verhältniszahlen und damit des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades. Stärkere Regionalisierung der Bedarfsplanung mit dem bereits bestehenden Instrument des lokalen Versorgungsbedarfs, der aufgrund einer Versorgungsanalyse mithilfe des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelten Moduls einer kleinräumigen Bedarfsplanung ermittelt wird; Definition eines spezialistischen Versorgungsbereichs, für den auf KV-Ebene eine sektorübergreifende Versorgungsanalyse mit vergleichbaren Versorgungsangeboten insbesondere der Krankenhäuser erfolgt, um überplanmäßige Sonderbedarfszulassungen zu vermeiden und stattdessen Kooperationsformen zu fördern.

Die Bedarfsplanung sieht derzeit etwa neunmal so viele Psychotherapeuten pro Einwohner in Kernstädten wie in ländlichen Kreisen vor. Sehen Sie hier die Notwendigkeit, die Versorgungslage zwischen Stadt und Land gleichmäßiger zu gestalten?

Diese Regelung bedarf dringend einer Änderung, wobei allein durch eine Aktualisierung der Verhältniszahlen auf das Jahr 2010 das Problem eher noch verschärft würde. Diese Aktualisierung muss einhergehen mit einer Bedarfsanalyse und entsprechenden Korrekturen an den aktualisierten Verhältniszahlen, um eine ausgewogenere Relation unter den insgesamt neun Versorgungsstufen herzustellen. Deswegen sollten für Zulassungsentscheidungen zunächst für zwei Jahre die bisherigen Verhältniszahlen weiter gelten, um genügend Zeit für eine Adjustierung der aktualisierten Verhältniszahlen am Versorgungsbedarf zu haben.

Wäre hier nicht eine sektorübergreifende Planung sinnvoll?

Eine sektorübergreifende Bedarfsplanung stößt an verfassungsrechtliche Grenzen, da die Planung der voll- und teilstationären

Versorgung unter die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer fällt und daher im SGB V nicht geregelt werden kann. Die Bedarfsanalyse muss aber selbstverständlich auch für die nicht spezialistische Versorgung die Krankenhäuser und deren teilweise auch ambulante Versorgungsangebote einbeziehen. Auf deren Strukturen kann aber die vertragsärztliche Bedarfsplanung selbst keinen Einfluss nehmen; sie kann sie nur soweit bedarfsgerecht durch Ermächtigungen, Teilzulassungen, MVZ-Zulassungen, Genehmigung von Tätigkeiten an weiteren Orten etc. in die vertragsärztliche Versorgung einbinden. Dafür kann es auf Landesebene auch Koordinierungsgremien geben, die dies vorbereiten.

Können Sie sich für die Zukunft prospektive Elemente in der Bedarfsplanung vorstellen, beispielsweise indem unter Berücksichtigung einer leitliniengerechten Versorgung Versorgungsziele definiert werden?

Aus meiner Sicht muss das Stichtagsprinzip abgelöst werden durch eine Aktualisierung der Verhältniszahlen und eine den lokalen Versorgungsbedarf jeweils ermittelnde regionale Versorgungsanalyse, die auch an durch evidenzbasierte Leitlinien gestützten Versorgungszielen ausgerichtet werden kann.

Ihre Prognose: Wird es eine umfassende Reform der Bedarfsplanung geben?

Ein Konsens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie im G-BA zeichnet sich derzeit nicht ab. Dazu sind die Vorstellungen der Trägerorganisationen einschließlich der Patientenvertretung zu unterschiedlich. Es bedürfte daher einer politischen Vorgabe, auf welcher Ebene und in welche Richtung eine solche Weiterentwicklung erfolgen soll. Dann würde sich der G-BA dieser Aufgabe sehr wohl stellen können.



Dr. Rainer Hess
Unparteiischer Vorsitzender
des Gemeinsamen
Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

BPTK kritisiert Therapieunterbringungsgesetz

BT-Drs. 17/3403
und
BT-Drs. 17/4062

Am 1. Januar 2011 ist das „Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter“ (Therapieunterbringungsgesetz) in Kraft getreten. Danach ist es möglich, „psychisch gestörte“ Straftäter zukünftig in „geschlossene medizinisch-therapeutische Einrichtungen“ einzuweisen. Der Begriff der psychischen Störung ist an die Begriffswahl der heute genutzten Diagnoseklassifikationssysteme angelehnt und soll nach dem Willen des Gesetzgebers ein breiteres Spektrum von Erscheinungsformen abdecken als das, welches in der psychiatrisch-forensischen Begutachtung als maßgeblich für die Beurteilung der Schuldfähigkeit angesehen wird.

Das Gesetz ist Teil des „Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung“, mit dem der Umgang mit gefährlichen Straftätern neu geregelt wurde. Die Neuregelung wurde aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte notwendig. Dieser hatte im Dezember 2009 die deutsche Praxis der nachträglichen Sicherungsver-

wahrung als eine „verkappte Strafvollstreckung“ bezeichnet und als Verstoß gegen die Menschenrechte gerügt. Damit entstand die Frage, wie mit den Straftätern umgegangen werden soll, bei denen nachträglich eine Sicherungsverwahrung angeordnet wurde.

Die Bundespsychotherapeutenkammer unterstützt zwar das Ziel des Gesetzes, die Allgemeinheit vor gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern zu schützen. Sie warnt aber vor einem Missbrauch von Einrichtungen für psychisch kranke Menschen. Insbesondere dürfen aus ihrer Sicht geschlossene medizinisch-therapeutische Einrichtungen nicht dazu benutzt werden, strafrechtliche Probleme zu lösen.

Gewalt- und Sexualstraftäter befinden sich gerade deshalb in Sicherungsverwahrung, weil sie bisher nicht als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig gelten. Eben deswegen wurden sie als gefährliche Straftäter in der Sicherungsverwahrung von Justizvollzugsanstalten und nicht als psychisch kranke Menschen

im Maßregelvollzug untergebracht. Der Gesetzgeber unterstellt jetzt, dass diese Straftäter psychisch gestört seien, um der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und der Europäischen Menschenrechtskonvention zu entsprechen. Gefährliche Straftäter sind nicht automatisch auch psychisch gestört. Genau das muss aber festgestellt werden, damit ein Straftäter nach Verbüßung seiner Strafe weiter in einer geschlossenen Anstalt untergebracht werden kann.

Außerdem ist nicht bei jedem dieser Straftäter eine Therapie geeignet, um die von ihm ausgehende Gefahr für die Allgemeinheit zu senken – selbst wenn er psychisch krank sein sollte. Das Bundesverfassungsgericht hat aber 1994 zur Behandlungsunterbringung entschieden, dass therapeutische Eingriffe nur dann zulässig sind, wenn eine hinreichend positive Behandlungsprognose besteht. Das Bundesverfassungsgericht hat damit Zwangsbehandlungen ohne Erfolgsaussichten einen Riegel vorgeschoben.

www.bmfsfj.de

6. Altenbericht kritisiert überholte Altersbilder

Die vorherrschenden Altersbilder beruhen auf überholten Vorstellungen vom Alter – das stellt der 6. Altenbericht fest, den die Bundesregierung am 17. November 2010 entgegengenommen hat. Die Vielfalt der Lebensformen und gerade auch die Stärken älterer Menschen werden noch zu wenig berücksichtigt.

Überholte Altersbilder prägen auch die psychotherapeutische Versorgung und tragen dazu bei, dass notwendige psychotherapeutische Behandlungen unterbleiben. Nach dem 6. Altenbericht werden in hausärztlichen Praxen nur gut ein Drittel (38,5 Prozent) der Depressionen bei älteren Menschen erkannt. Die Diagnose „Depression“ werde häufig deshalb nicht gestellt, weil deren Symptome bei älteren Menschen mit für das Alter vermeintlich charakteristischen Abbauprozessen und Verlusten er-

klärt werden. Diese Fehldiagnosen führten dazu, dass depressive Patienten notwendige und sinnvolle Hilfen nicht erhalten.

Der Altenbericht zeigt, dass die Häufigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt. Schon die 60- bis 69jährigen sind mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patienten in Deutschland erheblich unterrepräsentiert. Bei den über 70jährigen erhält jedoch nur noch einer von Hundert eine Psychotherapie (1,3 Prozent). Folgerichtig stellt der 6. Altenbericht dann fest: „Es kann nicht häufig genug betont werden, dass depressive Symptome bis in das höchste Lebensalter therapierbar sind; gegenteilige Überzeugungen sind als das Ergebnis undifferenzierter, eben nicht an empirischen Befunden orientierter Altersbilder zurückzuweisen.“

Auch die BPTK geht davon aus, dass ältere Menschen in Zukunft weitaus häufiger eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen werden. Das eindeutige Statement des 6. Altenberichts ist deshalb gerade jetzt sehr hilfreich. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) führt in der Bedarfsplanung einen Demografiefaktor ein, der davon ausgeht, dass die heutige Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen in die Zukunft extrapoliert werden könnte. Hierdurch würde der G-BA das bestehende Versorgungsdefizit für die Zukunft festschreiben. Ein realistisches Altersbild würde dagegen zu der Erkenntnis führen, dass auch ältere Menschen psychisch erkranken und eine leitliniengerechte Behandlung benötigen. Mit der Reform der Bedarfsplanung sollte der Demografiefaktor durch eine prospektive und versorgungsorientierte Planung abgelöst werden.

Patientenrechte – Anhörung im Deutschen Bundestag

BPTK-Fokus

Am 26. Januar 2011 führte der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung zum Antrag der SPD-Fraktion „Für ein modernes Patientenrechtegesetz“ (BT-Drs. 17/907) durch. Die Bundespsychotherapeutenkammer war als Sachverständige geladen. Sie fordert mehr Information und Selbstbestimmung für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, hat seinerseits bereits Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz angekündigt.

Behandlungsvereinbarung

Ein Patientenrechtegesetz sollte aus Sicht der BPTK den rechtlichen Rahmen für verbindliche Behandlungsvereinbarungen schaffen. Patientinnen und Patienten haben ein Recht, ihre Behandlung selbst zu bestimmen. Dieses Recht endet nicht an der Grenze der Einwilligungsfähigkeit. Schwer psychisch kranke Menschen müssen damit rechnen, erneut stationär behandelt zu werden. Diese wiederholte Einweisung in eine Klinik kann in einer Phase völliger Hilflosigkeit erfolgen, in der sich der Patient vielleicht sogar selbst gefährdet. Ein Patient sollte deshalb vorab mit der Klinik vereinbaren können, wie er in einer solchen Phase behandelt werden möchte. Eine Behandlungsvereinbarung schafft für viele psychisch kranke Menschen erst die notwendige Sicherheit, um sich rechtzeitig in Behandlung zu begeben. Durch eine solche verbindliche Vereinbarung mit dem Krankenhaus könnten die Patienten mitentscheiden, was mit ihnen geschieht, wenn sie nicht mehr über eine ausreichende Urteilsfähigkeit verfügen.

Die Möglichkeiten, die eine Behandlungsvereinbarung bietet, gehen über die einer Patientenverfügung hinaus. Mit einer Patientenverfügung kann einseitig in eine bestimmte Behandlung eingewilligt oder diese untersagt

werden (§ 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB). Sie bietet aber keine ausreichende Möglichkeit, vertraglich in Bezug auf das konkrete Angebot einer Klinik einen durchsetzbaren Behandlungsanspruch festzulegen.

Die so genannte Behandlungsvereinbarung kommt bereits heute vor allem in psychiatrischen Einrichtungen zur Anwendung. Die derzeitige Rechtslage weist jedoch erhebliche Defizite auf. Zunächst ist es in das Belieben der Einrichtung gestellt, ob sie überhaupt eine solche Vereinbarung anbietet. Zum andern unterscheiden sich die Inhalte stark und die Vereinbarungen werden teilweise ausdrücklich als „rechtlich unverbindlich“ bezeichnet. Zwar kann es auch sinnvoll sein, bestimmte Wünsche des Patienten unverbindlich schriftlich festzulegen, wie beispielsweise die Behandlung und Betreuung durch bestimmte Personen je nach Möglichkeit und Dienstplan. Der Patient sollte jedoch auch das Recht erhalten, zentrale Behandlungselemente verbindlich zu vereinbaren. Es ist daher erforderlich, die Einzelheiten einer Behandlungsvereinbarung in einem Patientenrechtegesetz festzulegen. Bei der Patientenverfügung hat der Gesetzgeber dies bereits erkannt und sie ausdrücklich im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt.

Auswahl des Krankenhauses

Ein modernes Patientenrechtegesetz sollte auch dafür Sorge tragen, dass Patienten vor einer stationären Behandlung feststellen können, welche Behandlungsangebote von den Kliniken in welcher Strukturqualität vorgehalten werden. Sie sollten das für sie richtige Krankenhaus im Sinne einer echten informierten Entscheidung auswählen können. Stationäre Einrichtungen sollten dazu verpflichtet sein, potenziellen Patienten vor der Aufnahme die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Für die Behandlung psychischer Erkrankungen gibt es zwischen den Behandlungs-

konzepten der Kliniken erhebliche Unterschiede.

Psychiatrische und Psychosomatische Krankenhäuser arbeiten in der Regel mit multimodalen Behandlungskonzepten, zu denen Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Kunst- oder Musiktherapie, Physiotherapie, Sport-/Bewegungstherapie sowie Medikamente gehören können. Art und Umfang der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen sind jedoch von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich. Ein Einblick in das differenzierte Leistungsgeschehen und die Qualität der Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist derzeit – insbesondere im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern – nur sehr begrenzt möglich.

Die BPTK begrüßt ein Patientenrechtegesetz. Es kann grundsätzlich dazu beitragen, rechtliche Unsicherheiten weitgehend zu reduzieren, die aufgrund der Vielzahl von Einzelfallentscheidungen und Sonderregeln bestehen. Es bietet dem Gesetzgeber zudem die Chance, die sich aus der Rechtsprechung ergebenden Rechte zu präzisieren. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber Rechtsunsicherheiten beseitigen, die bestehen, weil es zu bestimmten Fällen noch keine oder keine eindeutige Rechtsprechung gibt.



Behandlungsvereinbarung

zwischen

Vorname, Name: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

und der

Klinik _____

Die Klinik _____ kommt in Ihrem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich dem gesetzlichen Pflichtversorgungsauftrag nach. Sie nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gegen Ihren Willen auf richterlichen Beschluss in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Maßnahme Unversehrtheit. Um die Auswirkungen dieser Einschränkungen in Zukunft möglichst klein zu halten und besser noch zu vermeiden, verpflichtet sich die Klinik:

- Für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des psychiatrischen Krankengesetzes (PsychKG) oder des Betreuungsrechtes.
- Auf der Grundlage der Dokumentation über Ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesondere für den Fall, daß die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor der/die zuständige Oberarzt / Oberärztin bzw. der fachärztliche Hintergrundsdiener eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik zu dokumentieren, ausführlich zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.

Herr/Frau _____ erkennt die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarung an.

Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:

1. Medikamente: _____
2. Auf keinen Fall folgende Medikamente: _____
3. Zwangsmaßnahmen: _____
4. Umgang mit Krisen: _____
5. Vereinbarte Station: _____
6. Vertrauensperson: _____
7. Angehörige: _____

Muster einer Behandlungsvereinbarung

S3-Leitlinie „Essstörungen“: Psychotherapie wichtigste Behandlungsstrategie

[www.awmf.org/
leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)

Für die Diagnostik und Behandlung von Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung wurde im Herbst 2010 die S3-Leitlinie „Essstörungen“ konsentiert. Die Leitlinie entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und in Kooperation u. a. mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGKJP). Sie wird voraussichtlich noch im Verlauf des 1. Quartals 2011 veröffentlicht (www.awmf.org/leitlinien). An dem Konsensusverfahren war auch die BPTK beteiligt.

Durch die S3-Leitlinie „Essstörungen“ sollen Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung künftig früher erkannt und mit einer evidenzbasierten multimodalen Therapie behandelt werden. Hierbei spielt auch die umfassende Information über die Erkrankung und anhaltende Motivation der Betroffenen für eine Behandlung eine wichtige

Rolle. Aufgrund der vielfältigen körperlichen Risiken der Essstörungen ist außerdem eine umfassende medizinische Diagnostik zwingend erforderlich.

Bei allen drei Essstörungen stellt die Leitlinie fest, dass eine evidenzbasierte Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl ist. Dabei ist insbesondere bei magersüchtigen Patientinnen im Jugendalter eine Psychotherapie ratsam, die die Familie in die Behandlung einbezieht. Bei Bulimie und Binge-Eating-Störung kann unter der Voraussetzung einer fehlenden oder geringen psychischen Komorbidität eine angeleitete Selbsthilfe mit Behandlungselementen der Kognitiven Verhaltenstherapie eine ausreichende Therapie darstellen bzw. empfohlen werden. Als Psychotherapie gilt eine Kognitive Verhaltenstherapie als Therapie der ersten Wahl. In Abhängigkeit der Verfügbarkeit und des Patientenwunsches kann auch eine Interpersonelle Psychotherapie (IPT) oder eine psychodynamische Psychotherapie bzw. eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angeboten werden.

Die wichtigsten Ziele der Psychotherapie sind zunächst eine Normalisierung des Essverhaltens und Gewichts sowie eine Behandlung der psychischen Beschwerden und Probleme. Dazu gehört u. a., unangemessene Vorstellungen über Schlankheit und Gewicht zu verändern.

Eine psychopharmakologische Behandlung von Essstörungen wird aufgrund fehlender Evidenz und zum Teil fehlender Zulassungen in der Leitlinie nicht bzw. nur mit starken Einschränkungen empfohlen. Wenn eine Pharmakotherapie bei Bulimie angeboten wird, sollte Fluoxetin eingesetzt werden, der einzige Wirkstoff, der für diese Indikation bei Erwachsenen in Kombination mit einer Psychotherapie zugelassen ist. Besteht eine körperliche Gefährdung, ist es meist notwendig, die Patientin im Krankenhaus zu behandeln, z. B. wenn das Körpergewicht sehr deutlich unter dem Normalgewicht liegt oder die Patientin rapide oder anhaltend abnimmt. Ein annähernd normales Körpergewicht ist in der Regel die Voraussetzung für eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung.

Psychosoziale Faktoren entscheidend – NVL „Kreuzschmerz“

[www.kreuzschmerz.
versorgungsleitlinien.de](http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de)

Für die Diagnostik und Behandlung von Kreuzschmerzen steht seit dem 30. November 2010 die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Kreuzschmerz“ zur Verfügung (www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de). Die Empfehlungen der Leitlinie beziehen sich auf die Versorgung von Patienten mit „nichtspezifischem Kreuzschmerz“, bei denen keine bestimmten körperlichen Ursachen für die Schmerzen festgestellt werden können. Studien haben gezeigt, dass psychosoziale Faktoren (z. B. Depressivität, beruflicher Stress, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten)

entscheidend dafür sind, dass akute Rückenschmerzen chronisch werden. Die Leitlinie gibt deshalb auch Empfehlungen, wie psychosoziale Risikofaktoren zu erfassen und Patienten aufzuklären sind.

Die zentralen Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz lauten:

- Finden sich durch Anamnese und klinische Untersuchung keine Hinweise für gefährliche Verläufe (z. B. Lähmungserscheinungen) und andere ernstzunehmende Pathologien, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchge-

führt werden. Die Beschwerden sollen zunächst als unspezifischer Kreuzschmerz klassifiziert werden.

- Im Vordergrund der Therapie des nichtspezifischen Kreuzschmerzes steht die Aktivierung der Betroffenen. Insbesondere ist auf das Vorliegen von Risikofaktoren für die Chronifizierung des akuten Kreuzschmerzes („yellow flags“) zu achten.
- Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten. Bewegungstherapie soll als primäre Behandlung bei subakutem/chronischem nicht-

BPtK-Inside



- spezifischem Kreuzschmerz angewendet werden.
- Patientinnen/Patienten mit akutem/subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen adäquat, individuell informiert und beraten werden. Kernpunkte einer angemessenen Beratung sollen sein: die gute Prognose, die Bedeutung körperlicher Aktivität, kein Bedarf einer Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule, die Option weiterer diagnostischer Maßnahmen bei Persistenz oder Verschlechterung der Beschwerden. Schulungsmaßnahmen (Beratung/Eduktion), die zur Rückkehr zu den normalen Aktivitäten ermutigen und dies konkret fördern, sollen für Betroffene mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz in der Regelversorgung kontinuierlich durchgeführt werden.
 - Dauern die Schmerzen trotz leitliniengerechter Maßnahmen länger als vier Wochen an, sollen psychosoziale Risikofaktoren schon in der primären ärztlichen Versorgung erfasst werden.
 - Bei anhaltenden Schmerzen (mehr als zwölf Wochen) soll eine weitergehende somatische Diagnostik und die umfassende Diagnostik psychosozialer Einflussfaktoren (möglichst im Rahmen eines inter-/multidisziplinären Assessments) erfolgen.
 - Bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren soll bei subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz eine auf das individuelle Risikoprofil bezogene Kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden. Kognitive Verhaltenstherapie soll bei Betroffenen mit chronischem (mehr als zwölf Wochen) nichtspezifischem Kreuzschmerz, eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept, angewendet werden.
 - Entsteht der Verdacht auf psychosoziale Belastungen, können bei zwei Wochen andauerndem nichtspezifischem Kreuzschmerz nach der ärztlichen Beratung ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Behandlung konsultiert werden.
 - Beim Vorliegen (komorbider) psychischer Störungen soll eine entsprechende leitliniengerechte Versorgung eingeleitet werden.

Durch die NVL „Kreuzschmerz“ sollen Patienten mit hohem Risiko für anhaltende Rückenschmerzen früher erkannt und nach bestem medizinischem Wissensstand behandelt werden. Dadurch sollen besser als bisher langwierige, komplizierte und kostenintensive Rückenleiden vermieden werden.

www.bmg.bund.de

G-BA verlangt genauere Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Patienten sollen zukünftig genauere Informationen über Krankenhäuser erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) änderte deshalb am 16. Dezember 2010 die Vorgaben für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Ein Krankenhaus muss in Zukunft auch angeben, wie viele Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im gesamten Krankenhaus, aber auch in den einzelnen Fachabteilungen tätig sind. Bisher war in den Qualitätsberichten lediglich die Information enthalten, ob ein Krankenhaus überhaupt Psychotherapeuten beschäftigt. Zudem müssen kommende Berichte mehr Informationen zu Anzahl und Einsatz von anderem Personal, wie z. B. Ergotherapeuten, enthalten. Die neuen Informationen werden erstmals in den Qualitätsberichten des Jahres 2012 enthalten sein.

Diese Änderungen hatte die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme an den G-BA zu den Qualitätsberichten angeregt. Die Behandlung psychisch kranker Menschen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird neben Ärzten und Pflegepersonal maßgeblich auch von Psychotherapeuten geleistet.

Moderne stationäre Therapiekonzepte, die sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren, arbeiten mit multimodalen Therapieansätzen, die somatische, psychotherapeutische, soziotherapeutische, ergotherapeutische und andere Behandlungsbausteine integrieren. Eine differenzierte Darstellung aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ist deshalb ein wichtiger Indikator für die Strukturqualität einer Klinik, also dafür, welche Behandlungen in welchem Umfang angeboten werden können.

„In einem weiteren Schritt sollten die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Zahlen darüber veröffentlichen, wie viele Patienten tatsächlich eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben“, regt BptK-Präsident, Prof. Dr. Rainer Richter, an. „Dies würde noch bessere Einblicke in die Qualität der Krankenhäuser erlauben. Bei der Behandlung von Depressionen aller Schweregrade ist z. B. Psychotherapie nach der Nationalen Versorgungsleitlinie den Patienten in jedem Fall anzubieten, entweder mit oder ohne Kombination von Medikamenten.“

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Ziel der Qualitätsberichte ist es, verständliche Informationen für Patienten und Einweiser anzubieten, die eine Entscheidungshilfe bei der Wahl eines Krankenhauses sein können.

[www.g-ba.de/
institution/
themenschwerpunkte/
qualitaetssicherung/
qualitaetsbericht](http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht)

Qualitätsindikatoren für die Sozialpsychiatrie

Die Europäische Union hat von 2007 bis 2010 eine Studie finanziert, um Qualitätsindikatoren (QuIRC) in der Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen zu entwickeln, die in sozialpsychiatrischen Einrichtungen (z. B. sozialtherapeutischen Wohnstätten, Wohnheimen, Außenwohngruppen) leben. Die Indikatoren erlauben

z. B. Leitern sozialpsychiatrischer Einrichtungen, ihre Versorgungsqualität mit anderen Einrichtungen zu vergleichen. In die Bewertung gehen sieben Versorgungsbe- reiche ein: Lebensumfeld, therapeutisches Umfeld, Behandlungen und Interventionen, Selbstmanagement und Autonomie, soziale Inklusion, Menschenrechte, Reco-

very-basierte Praxis. Die eigenen Angaben lassen sich auf einer Internetseite mit den Einschätzungen ähnlicher Einrichtungen in Deutschland vergleichen. An dem Projekt waren insgesamt zehn EU-Mitgliedsstaaten beteiligt, für Deutschland die Arbeitsgruppe „Psychiatrische Versorgungsforschung“ des Universitätsklinikums Dresden.

eGK – Politik drängt auf rasche Umsetzung

Die Krankenkassen geraten bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) unter Druck. Bis Ende 2011 müssen sie den neuen Ausweis an mindestens zehn Prozent der Versicherten ausgeben haben. Gelingt dies nicht, sollen den Krankenkassen zwei Prozent des Verwaltungskostenbudgets gekürzt werden. Dies beschloss der Bundestag am 10. November 2010 mit der Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes. Damit werden die Krankenkassen verpflichtet, binnen eines Jahres rund sieben Millionen Gesundheitskarten an die Versicherten zu verteilen. Um die neuen Karten überhaupt nutzen zu können, müssen zunächst in den Praxen der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzten insbesondere neue Kartenlesegeräte angeschafft werden. Dies ist bisher erst in der KV-Region Nordrhein geschehen. Mit der Gesetzesänderung ist nun in 2011 ein bundesweites Basis-Rollout absehbar.

Interessenskonflikte offenlegen

Interessenskonflikte in der klinischen Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Leitlinienentwicklung sind in den letzten Jahren zunehmend öffentlich diskutiert worden. Aktuelles Beispiel sind die Veröffentlichungen von ProPublica, einer Gruppe von Journalisten in den USA, die einen Datensatz mit den finanziellen Zuwendungen an Ärzte durch sieben große Pharmafirmen in den Jahren 2009 bis 2010 veröffentlicht haben (www.propublica.org). Im Zuge des „Physician Payments Sunshine Act“ werden bis 2013 in den USA weitere 70 Pharmafirmen gezwungen sein, ihre Zuwendungen an Ärzte offenzulegen.

Interessenskonflikte können jedoch nicht nur durch finanzielle Zuwendungen von Pharmafirmen an Ärzte, Psychotherapeuten, Fachgesellschaften oder Patientenorganisationen entstehen. Deshalb definiert die AWMF Interessenskonflikte umfassender als „Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, die sich auf ein primäres Interesse beziehen, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst werden“.

Interessenskonflikte sollen z. B. auch in der Leitlinienentwicklung systematisch berücksichtigt werden. Dies gilt auch für Interessenskonflikte, die z. B. aus der Mitgliedschaft in Berufsverbänden und Fachgesellschaften, der Honorartätigkeit oder der Beteiligung an Ausbildungsinstituten oder den besonderen akademischen oder wissenschaftlichen Interessen erwachsen könnten.

www.awmf.org/medizin-versorgung/stellungnahmen/umgang-mit-interessenskonflikten.html

Selbstkontrolle und Lebensperspektiven

Wer schon als Kind in der Lage ist, Impulse zu kontrollieren, Belohnungsaufschub auszuhalten oder den Ausdruck von Gefühlen zu steuern, ist als Erwachsener seltener krank, seltener straffällig und in einer besseren wirtschaftlichen Lage. Zu diesem Ergebnis kommen US-amerikanische Wissenschaftler nach der Analyse der Längsschnittdaten von 1.000 Kindern und weiteren 500 Geschwisterpaaren von der Geburt bis zum 32. Lebensjahr. Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle im Alter von zehn Jahren ist danach ein wichtiger

Indikator für die weitere Entwicklung eines Menschen. Ein Einfluss der Selbstkontrolle besteht unabhängig von Intelligenz oder sozialer Schicht. Die Studie ist damit ein Beleg für die Notwendigkeit der Prävention und Intervention bei Kindern, denen die Impulskontrolle und Emotionssteuerung schwer fällt.

www.pnas.org: „A gradient of childhood self-control predicts health, wealth and public safety“

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Andrea Richter
Druck: Senser-Druck, Augsburg

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
Internet: www.bptk.de