

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2012

November
2012

21. Deutscher Psychotherapeutentag

Themen dieser Ausgabe:

- **21. Deutscher Psychotherapeutentag**
- **Ersatzvornahme für Entgeltsystem der Psychiatrie und Psychosomatik**
- **BPTK-Veranstaltung „Therapeutische Ausrichtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“**
- **Nationale Präventionsstrategie: Kampagne zur psychischen Gesundheit**
- **Missbrauchsopfer besser versorgen**
- **BPTK-Fokus:**
Reform der Bedarfsplanung: Psychisch kranke Menschen müssen weiterhin warten
- **BPTK-Inside:**
Borderline-Patienten psychotherapeutisch behandeln
BPTK-Symposium „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“

Ein neues Entgeltsystem in den Krankenhäusern, ein drohender massiver Abbau von Praxen und eine erneut grundsätzliche Diskussion um die Psychotherapeutenausbildung prägten den 21. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT), der am 10. November 2012 in Düsseldorf tagte.

PEPP-Entgeltkatalog ohne Moratorium

Positiv sahen die Delegierten das neue Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. Dadurch werde mehr Transparenz und Leitlinienorientierung in den Krankenhäusern ermöglicht, vor allem aber eine stärker psychotherapeutische Ausrichtung der Versorgung darstellbar und finanzierbar. Es komme darauf an, die nächsten Jahre für angemessene Vorgaben zur Strukturqualität und ausreichend differenzierte Dokumentationen zu nutzen.

Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien

In der Bedarfsplanung für die ambulante Psychotherapie droht jedoch aus Sicht des DPT ein verschärfter Abbau von Praxisstätten: Die Überversorgungsgrade in Ballungsgebieten sollen nach Plänen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) noch höher ausgewiesen werden als bisher

und damit noch mehr Praxisstätten als abbaubar gelten. Einzig für ländliche Gebiete gebe es einen Lichtblick, denn hier hatte sich der Bewertungsausschuss auf die Finanzierung von zusätzlich rund 1.150 Praxisstätten geeinigt, die insbesondere Ostdeutschland zugutekommen. Dass diesen zusätzlichen Praxisstätten jedoch gut 6.000 über die Jahre abbaubare Praxisstätten gegenüberstehen werden, kam im Bewertungsausschuss nicht zur Sprache. Der DPT forderte deshalb, die Bedarfsplanung für Psychotherapeuten an sachgerechten Kriterien zu orientieren, wie im gesetzlichen Auftrag formuliert und angemessene Verhältniszahlen für die ambulante Psychotherapie festzulegen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Mit großem Interesse folgten die Delegierten den Ausführungen von MinDirig Dr. Volker Grigutsch zu den Überlegungen, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung leiten. Trotz gravierender Probleme beim Zugang zur Psychotherapeutenausbildung und den inakzeptablen Bedingungen während der Praktischen Tätigkeit wartet die Psychothera-

peutenschaft seit sieben Jahren auf die dringend notwendige Reform. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll nun prüfen, ob es bei der jetzigen dualen Ausbildung bleibt oder ob einer Direktausbildung Vorrang gegeben werden soll. Grigutsch beschrieb ausführlich die Vorteile einer Direktausbildung, die in der Lage sei, die bestehenden Probleme zu lösen. Das BMG müsse verfassungsrechtliche Vorgaben bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung ebenso beachten, wie den Kontext der Aus- und Weiterbildung anderer akademischer Heilberufe. Grundsätzlich gelte für das BMG, dass das Gesundheitssystem gut qualifizierte Psychotherapeuten brauche und daher deren Ausbildung keine Spielwiese für Experimente sein dürfe. Er betonte, dass man sich keine Hoffnungen auf eine isolierte Novellierung der Zugangsvoraussetzungen und der Vergütung der Praktischen Tätigkeit machen dürfe. Auch Modellversuche im Kontext einer Reform der postgradualen Ausbildung seien nicht zielführend. Die Prüfung der umfassenden Reform sei ergebnisoffen. Der Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zur Reform der postgradualen Ausbildung stehe weiterhin zur Debatte.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die letzten zwei Jahre haben die Psychotherapeuten für eine Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien gekämpft. Es ging um die Korrektur historischer Planungsfehler und um eine Verbesserung der Versorgung auf dem Land. Letzteres haben wir zum Teil erreicht: Insbesondere für die Patienten in Ostdeutschland wird sich die Versorgung verbessern. Aber die Planungsfehler will die Selbstverwaltung wider besseres Wissen bisher nicht korrigieren: Für die meisten Menschen droht eine erhebliche Verschlechterung der Versorgung, denn der G-BA plant nicht nach sachgerechten Kriterien sondern nach Vorgaben des Bewertungsausschusses. Es werden voraussichtlich nach der Reform der Bedarfsplanung noch mehr Sitze als abbaubar ausgewiesen als vor der Reform!

Sachgerecht – liebe Kolleginnen und Kollegen – ist etwas anderes angesichts der durchschnittlichen Wartezeiten von 12,5 Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. Aber noch ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht verabschiedet. Wir bleiben im Gespräch und halten Sie auf dem Laufenden.

Herzlichst

Ihr Rainer Richter



Reform der Bedarfsplanung: Psychisch kranke Menschen müssen weiterhin warten

In diesen Tagen wird der Gemeinsame Bundesausschuss die letzten Details für die Reform der Bedarfsplanung festlegen. Während sich die Versorgung psychisch kranker Menschen auf dem Land verbessern dürfte, droht eine Verschlechterung in anderen Gebieten. Den voraussichtlich zusätzlichen 1.150 Niederlassungen in ländlichen Regionen stehen bis zu 6.200 Praxissitze vor allem in Kreis- und Großstädten gegenüber, die stillgelegt werden können, wenn Psychotherapeuten ihren Praxissitz an einen Nachfolger übergeben wollen und der Zulassungsausschuss prüft, ob diese Zulassung für die Versorgung unverzichtbar ist und entscheidet, den Sitz nicht neu auszuschreiben.

Bewertungsausschuss macht Bedarfsplanung

Der G-BA hat für seine Arbeit handfeste Vorgaben durch den Bewertungsausschuss erhalten. Der Bewertungsausschuss, eigentlich für Vergütungsfragen zuständig, hat sich in diesem Jahr auch intensiv mit der psychotherapeutischen Versorgung befasst. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) war die extrabudgetäre Vergütung der Psychotherapeuten ein zentrales Ziel. Wachsende Ausgaben für Psychotherapie sollten keinesfalls zulasten der Vertragsärzte gehen. Die Krankenkassen schlugen in das Angebot dankend ein, da sie eine Begrenzung des Zuwachses an psychotherapeutischen Praxen auf dem Land durchsetzen konnten und es gleichzeitig den verstärkten Abbau von Praxen in Kreis- und Großstädten ermöglicht.

G-BA spart zulasten psychisch Kranker

Der Bewertungsausschuss griff damit der Entscheidung des G-BA vor, der gesetzlich

eigentlich beauftragt ist, nach sachgerechten Kriterien die Grundlagen für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung zu schaffen. Die nicht sachgerechte Vermengung von Vergütungs- und Versorgungsfragen hat damit jetzt schon die psychisch kranken Menschen in Deutschland zu den Verlierern des Honorarpokers gemacht. Werden auf dem Land 1.150 Praxen zusätzlich geschaffen, wird dort gerade einmal rund die Hälfte der Psychotherapeutenzahl erreicht, die die BPtK für notwendig hält. Erforderlich wären auf dem Land 25 bis 30 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Immerhin werden mit dem Vergütungsbeschluss knapp 17 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ermöglicht.

In allen anderen Kreis- und Großstädten wird rechnerisch eine noch höhere Überversorgung ausgewiesen werden als bisher. Laut Statistik gibt es dann fast überall in Deutschland deutlich zu viele Psychotherapeuten. Circa 6.200 Praxissitze können dann abgebaut werden, obwohl in Deutschland psychisch kranke Menschen durchschnittlich 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten warten. Selbst in Großstädten wie Berlin und Hamburg ist durchschnittlich nicht vor zwei Monaten ein Termin beim Psychotherapeuten frei. Psychisch kranke Menschen sollten aber nicht länger als drei Wochen auf einen ersten Termin warten müssen.

Ostdeutschland profitiert

Erhöht sich die Anzahl der psychotherapeutischen Praxen, wie vom Bewertungsausschuss vorgegeben, nur auf dem Land, dann profitiert vor allem Ostdeutschland. Statt circa sieben sollen dann voraussichtlich 16,5

Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner tätig sein. Ob dies reicht, bleibt abzuwarten, denn die Versorgungsdichte in den neuen Bundesländern wird damit immer noch weit unterhalb Westdeutschlands liegen. Dort beträgt sie durchschnittlich 29 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner.

In Westdeutschland droht Abbau

Die Bilanz für die westdeutschen Bundesländer, in denen sich stärker ländliche mit städtischen Regionen mischen, wird dagegen negativ sein. In Bayern z. B. wird es in den ländlichen Regionen zwar circa 250 neue Niederlassungsmöglichkeiten zusätzlich geben. Insgesamt werden aber mehr als 1.000 Praxen als angeblich überflüssig ausgewiesen.

Ruhrgebiet weiterhin benachteiligt

Besonders abstrus wird diese Situation in Nordrhein-Westfalen. Die fünf Millionen Menschen im Ruhrgebiet warten im Durchschnitt rund 17 Wochen auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten. Die psychotherapeutische Versorgung zwischen Duisburg und Dortmund ist damit noch schlechter als in den ländlichen Regionen. Der Grund dafür ist, dass das Ruhrgebiet in der Bedarfsplanung als „Sonderregion“ behandelt wird. Während die derzeit gültige Bedarfsplanung in allen anderen deutschen Großstädten zumindest 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner für notwendig hält, sind es bisher in den Städten an Rhein und Ruhr nur 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Die Menschen im Ruhrgebiet müssen also mit einem Drittel der Psychotherapeuten auskommen als anderswo üblich – obwohl sie nachweislich nicht seltener psychisch erkranken.

BPtK-Fokus



Um die psychotherapeutische Versorgung des nordrhein-westfälischen Industriereviere auf das Niveau anzuheben, das für vergleichbare Regionen ansonsten vorgeschrieben ist, wären mindestens 765 Praxen zusätzlich erforderlich.

Nach den Plänen des G-BA könnte die Sonderregion Ruhrgebiet in fünf Jahre aufgelöst werden – aber nur, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen sich darauf einigen. Davon ist nicht auszugehen. Selbst wenn die Sonderregion Ruhrgebiet dann überraschend aufgelöst würde, entstünden kaum neue Praxis-sitze. Statt der eigentlich notwendigen knapp 800 neuen Praxen würden nicht mehr als 300 Praxen zusätzlich zugelassen. Das Ruhrgebiet bliebe unterversorgt. Der G-BA-Beschluss bringt für Nordrhein-Westfalen auch in den ländlichen Regionen, wenig. Ländliche Regionen kennt dieses Bundesland kaum, in den wenigen Landkreisen entstehen circa 50 Niederlassungen zusätzlich.

Kassenärztliche Vereinigungen am Abbau nicht mehr interessiert?

Ein Faktor mag beruhigen: Aufgrund der extrabudgetären Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gehen zusätzliche Praxen für Psychotherapie nicht mehr zulasten der ärztlichen Honorare. Mehr noch: Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten mit ihrem Geld die angeblich abbaubaren Praxissitze aufkaufen, damit die Krankenkassen dann Geld sparen können. Es könnte allerdings auch nur eine Frage der Zeit sein, bis Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eine Lösung für dieses Problem finden.

Historische Planungsfehler korrigieren

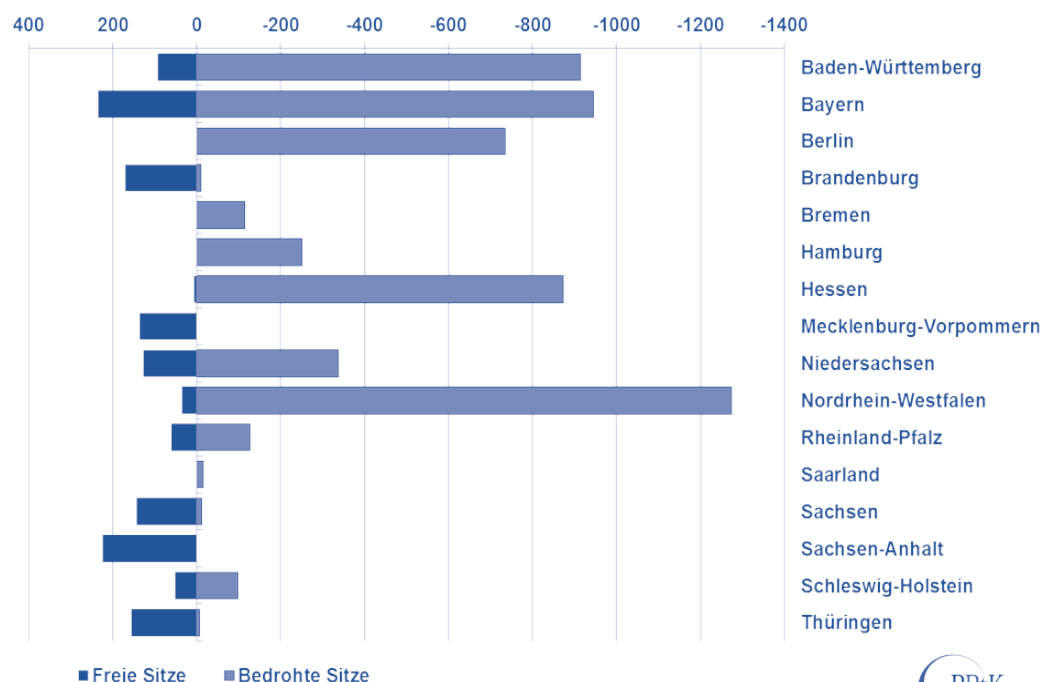
Auf der Strecke bleibt dabei eine Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien. Die Ver-

hältniszahlen, die im Jahr 1999 festgelegt wurden, sind grob falsch. 1999 hat der Vorläufer des heutigen G-BA, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, gravierende Planungsfehler bei der Bestimmung der notwendigen Anzahl von Psychotherapeuten gemacht. Er hat als Ausgangsjahr der Berechnungen das Jahr 1999 gewählt, obwohl es den Heilberuf des Psychotherapeuten überhaupt erst seit dem 1. Januar 1999 gab und obwohl klar war, dass sich längst noch nicht alle Psychotherapeuten niedergelassen hatten. Er hat als Grundlage Gesamtdeutschland und nicht Westdeutschland genommen, was von vornherein dazu führte, dass die Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung erheblich schlechter gestellt wurden als ihre ärztlichen Kollegen – vor al-

dert der G-BA nicht die Vorgaben für die notwendige Anzahl von Psychotherapeuten je Einwohner, dann ist auch zukünftig eine angemessene Anpassung des Angebots an einen steigenden psychotherapeutischen Bedarf kaum möglich. Durch die falschen Ausgangszahlen des Jahres 1999 bleiben psychisch kranke Menschen auf Dauer benachteiligt.

Die BPtK fordert, bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Verhältniszahlen so festzulegen, dass die Sicherung der Versorgung auf dem heutigen Niveau sowie eine Verbesserung in strukturschwachen und ländlichen Regionen gewährleistet werden kann – so wie dies bei der Versorgung körperlich kranker Menschen auch geschieht. Versorgungspolitik

Psychotherapeutische Versorgung weiterhin vom Abbau bedroht



lem weil es in Ostdeutschland zu dieser Zeit noch keine entwickelten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen gab. Aus Sicht der BPtK stellt sich die Frage, warum Planungsfehler nicht berichtigt werden, obwohl wochen- teilweise monatelange Wartezeiten die Konsequenz sind. An-

ist mehr als eine Vergütungsfrage. Eine Politik, die die Behandlung psychisch kranker Menschen ernst nimmt, müsste deren Wartezeiten deutlich verkürzen. Dass mehr als ein Viertel der psychotherapeutischen Praxen als abbaubar gelten sollen, ist ein katastrophales Signal.



Ersatzvornahme für neues Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik notwendig

Am 4. September 2012 wurde in Berlin der Entwurf eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) vorgestellt. Mit dem sogenannten PEPP-Entgeltkatalog 2013 sollen sich Krankenhäuser für psychisch Kranke über Tagespauschalen finanzieren. Ziel ist es, zukünftig Patienten mit einem ähnlichen Behandlungsaufwand jeweils den gleichen Entgeltgruppen zuzuordnen. Kalkulationsgrundlage bilden 63 Krankenhäuser, die ihre Daten von insgesamt 205.247 Behandlungen aus dem Jahr 2011 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geliefert haben. Nachdem sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband nicht auf den PEPP-Entgeltkatalog einigen konnten, entscheidet nun das BMG per Ersatzvornahme, ob es beim ursprünglichen Zeitplan bleibt oder nicht.

Der PEPP-Entgeltkatalog 2013 enthält 27 verschiedene vollstationäre Entgeltgruppen, innerhalb derer es wiederum bis zu drei verschiedene Entgeltstufen gibt, die sich nach der Verweildauer der Patienten staffeln. Außerdem werden sehr aufwendige und hochkomplexe Fälle über ein besonderes Entgelt (Prä-PEPP) vergütet. Hierunter fallen alle Intensivbehandlungen, die einen Personaleinsatz von 1:1 je Patient erfordern. Dadurch werden erstmals Vergütungsmöglichkeiten für Behandlungen geschaffen, deren Kosten pro Tag weit über den üblichen Tageskosten anderer Patienten liegen.

Die Zuordnung zu den PEPP-Pauschalen erfolgt insbesondere über Haupt- und Nebendiagnosen. Dabei werden verschiedene Diagnosen in relativ großen Gruppen zusammengefasst. So gilt z. B. für alle Suchterkrankungen eine Pauschale. Auch affektive, neurotische, Belas-

tungs-, somatoforme und Schlafstörungen bilden gemeinsam eine Entgeltgruppe. Einzelne Leistungen spielen dagegen bisher kaum eine Rolle für die Berechnung einer Pauschale. Dies ist auch einer der Hauptkritikpunkte der BPTK und vieler Fachgesellschaften.

Der fehlende Leistungsbezug ist problematisch, weil sich die Behandlungs- und Therapiekonzepte für Patienten mit derselben Diagnose zwischen einzelnen Krankenhäusern erheblich unterscheiden. So gibt es einige psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, die beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leitliniengerecht mit einem personal- und kostenintensiven psychotherapeutischen Therapieprogramm behandeln, und andere Krankenhäuser, die ein solches Angebot nicht vorhalten. Nach dem jetzigen Entgeltkatalog erhalten beide Krankenhäuser die gleiche Pauschale. Damit besteht die Gefahr, dass Fehlanreize für eine nicht leitliniengerechte Behandlung gesetzt werden. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zur Dokumentation der Leistungen in den Krankenhäusern muss deshalb dringend weiterentwickelt werden. Auch das InEK räumt ein, dass bisher noch nicht ausreichend belastbare Leistungsbeschreibungen zur Verfügung stehen.

Ein weiterer Kritikpunkt am Entgeltkatalog bezieht sich auf die Vergütung innerhalb der einzelnen Entgeltgruppen, die von der Behandlungsdauer abhängt. Die tagesbezogenen Entgeltsätze nehmen mit zunehmender Verweildauer ab. Von den psychiatrischen Fachgesellschaften wird deshalb die Befürchtung geäußert, es könne zu vorzeitigen Entlassungen und einer Steigerung der Patientenzahlen kommen. Der degressive Kostenverlauf entspricht aller-

dings der bisherigen realen Kostentwicklung in den Kalkulationshäusern. Offensichtlich sind die Behandlungskosten zu Beginn eines stationären Aufenthaltes besonders hoch und nehmen im weiteren Verlauf ab. In einem System mit einheitlichen Tagespauschalen stünde für Kurzzeit-Patienten erheblich zu wenig Geld und für Langzeit-Patienten zu viel zur Verfügung. Einheitliche Vergütungsstufen würden damit Anreize zu längeren Verweildauern schaffen. Vorzeitige Entlassungen können wirkungsvoller dadurch verhindert werden, dass ein Patient, der innerhalb von 21 Tagen nach Entlassung wieder stationär aufgenommen wird, als ein Behandlungsfall und eine Abrechnungseinheit betrachtet wird. Anreize für eine kürzere Behandlungsdauer sind dagegen in vielen Fällen sinnvoll. Eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in den tagesklinischen und ambulanten Bereich (z. B. Home Treatment) ist aus Patientensicht wünschenswert.

Aus Sicht der BPTK erscheint es nicht sinnvoll, die Erprobung des neuen Entgeltsystems zu verschieben, wie von der DKG vorgeschlagen. Der gesetzlich vereinbarte Zeitplan lässt ausreichend Zeit für eine Weiterentwicklung des Systems, ohne dass es zu einer Verschlechterung der Versorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern kommt. Ein neues Entgeltsystem lässt sich am besten auf der Basis empirischer Daten testen und weiterentwickeln. Dies erfordert aber, dass die Anwender im Echtbetrieb in einer budgetneutralen Einführungsphase Erfahrungen sammeln und diese in die Weiterentwicklung des Entgeltsystems einfließen lassen können. Die Anhörung zur Ersatzvornahme war am 12. November 2012. Die BPTK hat sich bei der Anhörung für die Ersatzvornahme ausgesprochen.

BPTK-Pressmitteilung
vom 12.11.2012 +
Stellungnahme
www.bptk.de

BPtK-Veranstaltung „Therapeutische Ausrichtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“

Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) und des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) haben den Gesetzgeber verpflichtet, die Regelungen zur Sicherungsverwahrung zu reformieren. Die BPtK lud deshalb am 17. Oktober 2012 in Berlin zu der Veranstaltung „Therapeutische Ausrichtung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung“ ein, um die Auswirkungen des vorliegenden Gesetzentwurfs zu diskutieren. Der Gesetzentwurf wurde inzwischen vom Deutschen Bundestag am 8. November 2012 weitgehend unverändert beschlossen.

Was bedeutet Störung?

Moderator Gerd Hoehner wies eingangs darauf hin, dass viele der inhaftierten schweren Gewalttäter psychische Probleme oder Erkrankungen haben. Seit 1990 habe sich die Anzahl der Plätze in den sozialtherapeutischen Anstalten in Deutschland deshalb auf 2.300 Plätze verdoppelt und entspreche inzwischen vier Prozent aller Plätze im Strafvollzug. Gleichzeitig seien die Unterbringungen im Maßregelvollzug um das knapp dreifache auf nunmehr 10.000 Menschen gestiegen. Dies spreche zwar für eine zunehmende therapeutische Ausrichtung der freiheitsentziehenden Maßnahmen, zugleich gebe es aber eine deutlich verringerte Bereitschaft der Bevölkerung, unvermeidliche Restrisiken nach der Entlassung von Straftätern zu akzeptieren. Hoehner kritisierte, dass das Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) vom 22. Dezember 2010 das gängige fachliche Verständnis der psychischen Störung außer Kraft setze. Bisher sei man dabei von einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ (§ 20, 21 StGB) ausgegangen, die die Schuldfähigkeit erheblich mindere. Im ThUG sei jetzt ein Begriff der psychischen Störung

eingeführt worden, nach dem sogar eine psychische Störung, ohne von Krankheitswert zu sein, eine erhebliche Gefährlichkeit des Individuums verursachen und eine Unterbringung rechtfertigen könne.

Ministerialrat Dr. Bernd Bösert vom Bundesministerium der Justiz berichtete, dass der vorliegende Gesetzentwurf beabsichtige, die sieben Gebote des BVerfG konsequent umzusetzen. Als „ultima ratio“ sei die Sicherungsverwahrung nur als letztes Mittel anzuordnen. Entsprechend ziele der Gesetzentwurf darauf ab, dass alle erforderlichen gefährlichkeitsminimierenden Maßnahmen schon frühzeitig im vorhergehenden Strafvollzug erfolgten und möglichst vor dem Straftäter abgeschlossen sein sollten. Hierbei werde eine enge gerichtliche Kontrolle vorgesehen, ob die Vollzugsanstalt die erforderlichen therapeutischen Angebote gewährt habe.

Resozialisierung

Prof. Dr. Bernd Maelicke kritisierte, dass Resozialisierung nicht als längerer Prozess über die Gefängnismauern hinaus verstanden werde. Aufgrund der häufigen gewalttätigen Übergriffe im Vollzug müsse man sogar davon ausgehen, dass der Strafvollzug die Resozialisierung eher gefährde als fördere. Prof. Maelicke sah in den bestehenden Finanzierungsstrukturen das zentrale Hindernis für eine integrierte Resozialisierung. Für den Strafvollzug in Deutschland würden derzeit vier Milliarden Euro ausgegeben, wovon über 90 Prozent in den stationären Bereich fließen, während die Finanzierung der freiwilligen Strafgefangenenhilfe, welche die intensiviertere soziale Integration nach der Haftentlassung zur Aufgabe habe, finanziell am schlechtesten abgesichert sei. Dabei sei das Rückfallrisiko in den ersten Monaten nach Entlas-

sung aus dem Strafvollzug besonders hoch.

Intensivbehandlung

Dr. Bernd Borchard von der Forensisch-Psychiatrischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Pöschwies beschrieb die Intensivbehandlung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter in der Schweiz, deren Straftaten mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang stehen. Die Behandlung der Gruppe der als therapierbar eingestuften Straftäter sei dabei vorrangig delikt- und nicht krankheitsorientiert. Ein Personalschlüssel von 1:1 ermögliche eine sehr hohe Kontakt- und Konfrontationsdichte. An der Behandlung seien alle Berufsgruppen beteiligt (Aufseher, Pflegekräfte, Sozialarbeiter sowie Psychologen und Psychiater mit psychotherapeutischer Qualifikation). Erste Daten zur Wirksamkeit dieser stationären Intensivtherapie deuteten darauf hin, dass die Rückfallrate auf unter fünf Prozent halbiert werden könne.

Ambulante Nachsorge

Dr. Tatjana Voß berichtete über die Nachsorge bei Gewalt- und Sexualstraftätern in der Forensisch-Therapeutischen Ambulanz der Charité Berlin. Die Ambulanz verfüge über 100 Behandlungsplätze, wobei jeweils 50 Patienten aus dem Maßregelvollzug bzw. dem Strafvollzug kämen, einschließlich 20 aus der Sicherungsverwahrung entlassene Patienten. Bei einem Behandlungsschlüssel von 1:11 bestehe die Behandlung im Regelfall aus einer Einzeltherapiestunde pro Woche. Bei den aus der Sicherungsverwahrung Entlassenen stelle sich aufgrund der sehr langen Unterbringungszeiten häufig die Frage, wie wichtig es für sie noch sei, ein Leben außerhalb einer Haftanstalt zu erreichen, wie bei ihnen das Ziel eines sinnvollen Lebens motivational verankert werden könne und welche Unterstützung dafür dauerhaft erforderlich sei.

BPtK Web-Bericht
www.bptk.de

Nationale Präventionsstrategie: Kampagne „Psychischen Gesundheit“

Link:
www.degs-studie.de

Ein Drittel der deutschen Bevölkerung leidet innerhalb eines Jahres an psychischen Erkrankungen, stellt das Robert Koch-Institut in der aktuellen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) fest. Nach der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) ist der Anteil der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen vergleichbar groß. Psychische Leiden gehören damit zu den häufigen Erkrankungen, die besonders viele Menschen treffen können. Sie gehören außerdem zu den schwersten Krankheiten. Krankenschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind mit durchschnittlich 30 Tagen überdurchschnittlich lang.

Link:
www.kiggs-studie.de

Die BpTK schlägt deshalb vor, im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie eine nationale Kampagne „Psychische Gesundheit“ zu initiieren. Die Kampagne soll über psychische Erkrankungen aufklären, die immer noch tabuisiert sind. In der Bevölkerung ist nur wenig über Risikofaktoren, Vorbeugung und Behandlung von psychischen Erkrankungen bekannt. Damit werden große Chancen verpasst, psychischen Erkrankungen vorzubeugen, eine rechtzeitige Behandlung zu erreichen oder ihre Folgen zu mildern.

Link:
www.gesundheitsziele.de

An Lebenswelten orientieren
Prävention ist erfolgreich, wenn sie Menschen in ihren Lebenswelten erreicht. Dort können psychische Anforderungen gesundheitsförderlich gestaltet, Belastungen verringert sowie Ressourcen der Menschen gestärkt werden. Eine Kampagne sollte daher die Familie, den Wohnort, Kita und Schule oder den Arbeitsplatz adressieren. Zugleich sollte Prävention sowohl die Kompetenzen des Einzelnen stärken (Verhaltensprävention) als auch angemessene Umweltbedingungen (Verhältnisprävention) gestalten und

den Risiken in unterschiedlichen Stadien angemessen begegnen.

Früh beginnen

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen sind ein Risikofaktor für schulische Misserfolge, geringere Berufschancen, Heimaufenthalte, Arbeitslosigkeit und Straffälligkeit. Die Prävention sollte deshalb schon im Kindes- und Jugendalter beginnen. Sie ist daher auch eine wichtige Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Durch erfolgreiche und frühzeitige Prävention kann insbesondere langwierigen Krankheitsverläufen und seelischen Behinderungen vorgebeugt werden.

Leistungsanspruch gewähren

Der Anspruch auf Präventionsmaßnahmen mit belegter Wirksamkeit sollte als Leistung der Krankenversicherung garantiert werden. Dadurch könnten Präventionsprogramme flächendeckend und nachhaltig finanziert werden. Ferner sind ausreichend Mittel für Modellprojekte und ihre Evaluation notwendig, um präventive Konzepte und Maßnahmen weiterzuentwickeln. In einem nationalen Präventionsbericht sollten regelmäßig Daten zur Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen veröffentlicht werden. Damit wäre eine deutliche Begrenzung des Maßnahmenpektrums verbunden.

Individuell beraten

Ein niedrigschwelliger und möglichst kostenloser Zugang zu qualitätsgesicherten Angeboten ist Voraussetzung, damit primärpräventive Maßnahmen genutzt werden. Allein die Verfügbarkeit von Angeboten reicht jedoch in der Regel nicht aus, damit diese auch in Anspruch genommen werden. Deutliche Verbesserungen könnten erreicht werden, wenn Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patientenkontakte nutzen, um Risikopatienten zu motivieren, an präventiven Programmen teilzunehmen.

Während Psychotherapeuten dazu aufgrund ihrer Ausbildung bereits befähigt sind, sollten insbesondere Haus- oder Kinderärzte für eine motivierende Patientenberatung besser qualifiziert werden. Solche Beratungsleistungen müssten angemessen vergütet werden. Außerdem sollten gezielte präventive Leistungen möglich werden, z. B. in Form kurzer psychotherapeutischer Interventionen bei auffälliger, aber noch nicht behandlungsbedürftiger Symptomatik.

Vernetzt handeln

Zielgruppenorientierte Prävention erfordert die Beteiligung unterschiedlicher Berufe wie Erzieher und Lehrer, in der Arbeitswelt auch von Führungskräften und deren Vernetzung mit den Gesundheitsberufen. Damit kann sichergestellt werden, dass bei belastenden Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie bei subklinischen Symptomen wirksame Präventionsmaßnahmen und bei Erkrankungen leitliniengerechte Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden können. Wirkungs- und beteiligungsorientierte Prävention bindet daneben immer die Zielgruppe in die Entwicklung von Präventionskonzepten aktiv ein, z. B. Patientenvertreter oder Selbsthilfegruppen in den Steuergruppen oder Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter in betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Eine nationale Kampagne zur Förderung der psychischen Gesundheit benötigt ressortübergreifende Verantwortung. Das Aktionsprogramm IN FORM hat gezeigt, dass ein konzertiertes Handeln möglich ist, wenn alle Akteure gemeinsame Ziele verfolgen. Nationale Gesundheitsziele, wie sie etwa vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entwickelt werden, können die dafür erforderliche Orientierung geben.

Borderline-Patienten psychotherapeutisch behandeln BPtK-Symposium „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“

Etwas mehr als ein Prozent der Allgemeinbevölkerung in Deutschland leidet an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Dabei gilt die BPS als komplexe und schwerwiegende psychische Erkrankung, die oft chronisch verläuft, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird. Ziel des dritten BPtK-Symposiums der Reihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“ war es deshalb zu zeigen, wie wirksam Psychotherapie zur Behandlung dieser Erkrankung ist und welche guten Versorgungsmodelle es bereits gibt.

Stefanie Laqua berichtete zu Beginn, insgesamt fast zweieinhalb Jahre ihres Lebens in der Psychiatrie verbracht zu haben, weil es an qualifizierten Behandlungsangeboten gemangelt habe. Heute sei sie auch dank zweier stationärer Behandlungen mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) stabil und studiere. Prof. Dr. Babette Renneberg von der Freien Universität Berlin, Mitautorin der S2-Leitlinie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, bestätigte, dass BPS-Patienten teilweise bis zu einem Jahr in Kliniken gewesen seien, weil es lange keine effiziente Behandlung gegeben habe. BPS sei eine Art „Restkategorie“ für schwierige Patientinnen gewesen. Seit Anfang der 1990er Jahre wurde jedoch für die BPS mehrere wirksame Behandlungsansätze entwickelt.

Verhaltenstherapeutische Therapie

Evidenzbasierte Verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden seien die Schematherapie und die DBT, für die insgesamt die meisten empirischen Wirksamkeitsbelege vorliegen würden. Die DBT basiere auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken und integriere Methoden und Strategien anderer therapeutischer Schulen sowie fernöstliche

Meditationstechniken. Im Mittelpunkt stehe die Akzeptanz und Validierung des emotionalen Erlebens sowie die Vermittlung von Fertigkeiten zur Affekt- und Impulskontrolle. Die DBT kombiniere Einzeltherapie (ein bis zwei Sitzungen je Woche über zwei Jahre), ein wöchentliches Fertigkeitentraining in der Gruppe sowie Telefonberatung zur Lösung akuter Krisen.

Psychodynamische Behandlung

Ein stationäres psychodynamisches Therapiekonzept stellte Cornelia Bothe von der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen der Asklepios Klinik Nord aus Hamburg vor. Die Patienten kämen in der Regel sechs Monate zur Behandlung in die Klinik. Aus ihrer Erfahrung sei eine längere stationäre Behandlung mit anschließender ambulanter Weiterbetreuung sinnvoller als viele kürzere Intervalle. Prognostisch sei es ungünstig, wenn die Patienten im Anschluss an die stationäre Therapie keinerlei ambulante Betreuung oder Behandlung hätten. Die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz bei den Patienten in Hamburg betrage in der Regel zwischen sechs und zwölf Monaten.

DBT-Netzwerk Berlin

Ein „Musterbeispiel“ für die ambulante Versorgung stellte PD Dr. Christian Stiglmayr vom DBT-Netzwerk Berlin vor. Im Borderline-Netzwerk Berlin arbeiten derzeit 30 Psychotherapeuten mit. Zudem gehörten mehrere teilstationäre und komplementäre Einrichtungen sowie Krankenhäuser zum Netzwerk. Neben der Einzeltherapie gebe es Gruppentherapie sowie Telefoncoaching bei akuten Krisen. Die Therapeuten träfen sich einmal wöchentlich in so genannten Konsultationsteams.

„Den Behandlungsbedarf können wir damit aber bei weitem nicht decken“, so Stiglmayr. Jeder Therapeut habe täglich mindestens drei Behandlungsanfragen. Wenn man von einer Prävalenzrate von 1,1 Prozent ausgehe, bedeute dies allein in Berlin 14.000 bis 15.000 Patienten mit einer BPS, die zeitgleich zu versorgen seien. Ihnen stünden 2.000 zugelassene Psychotherapeuten gegenüber. Dabei rechne sich die ambulante Behandlung für die Krankenkassen. Die größten Kosten bei der BPS entstünden durch die häufigen stationären Aufnahmen. Bei den Patienten, die im Borderline-Netzwerk Berlin bisher behandelt werden, sei die Kostensparnis im stationären Bereich doppelt so hoch wie die Ausgaben für ambulante DBT, d. h. für einen investierten Euro würden zwei Euro gespart.

Rahmenbedingungen ändern

Zum Abschluss erläuterte Timo Harfst von der BPtK, welche Änderungen an Rahmenbedingungen notwendig seien, um das Angebot ambulanter Therapie auszubauen. „Die Behandlung erfordert in der Regel eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, sowie eine deutlich längere Behandlungsdauer als sie laut Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen ist.“ Weiterhin seien eine Flexibilisierung der Behandlungsbedingungen erforderlich, um z. B. Krisen auffangen oder eine langfristige Erhaltungstherapie anbieten zu können. Ferner müsse darüber nachgedacht werden, wie durch finanzielle Anreize, die Möglichkeiten von Psychotherapeuten, Borderline-Patienten in ambulante Behandlung zu nehmen, erhöht und verbessert werden können, z. B. durch eine angemessene Vergütung des zeitlichen und fachlichen Mehraufwands für Kriseninterventionen und Koordinationsaufgaben.



BPtK Web-Bericht vom
19.09.2012
www.bptk.de

Missbrauchsoffer besser versorgen

Opfer sexuellen Missbrauchs sollen zukünftig besser versorgt werden. Dazu haben Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine gemeinsame Rahmenempfehlung unterzeichnet. Wesentlicher Bestandteil der Empfehlungen sind Informationen über das bereits existierende differenzierte Versorgungsangebot. Empfohlen werden allgemeine und besondere Informationen und Auskünfte, daneben Gesprächs- und Beratungsangebote sowie Hinweise zur Selbsthilfe und schließlich therapeutische Angebote. Der Zugang zur Versorgung soll erleichtert und die Zusammenarbeit verbessert werden.

Mit den gemeinsamen Empfehlungen werden Forderungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ umgesetzt. Sie markieren erst den Anfang der gemeinsamen Arbeit der beteiligten Organisationen.

Link:

www.beauftragter-missbrauch.de

BPtK-News vom 12.10.2012

www.bptk.de

Im Januar 2013 startet die Kampagne „Kein

Raum für Missbrauch“. Sie ist eine Initiative des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), Johannes-Wilhelm Rörig. Mit der Kampagne soll die Gesellschaft für das Thema

sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sensibilisiert und zum offenen Diskurs angeregt werden. Ziel ist ein gesamtgesellschaftliches Bündnis, das Kinder besser vor Missbrauch schützt. Die Teilnahme steht allen offen, jede und jeder kann mitmachen, Kampagnenmaterialien erwerben und verbreiten und dadurch die Kampagne unterstützen. Die Kampagne wird durch ein aussagekräftiges Symbol mit hohem Wiedererkennungswert symbolisiert, das auf Plakaten, Flyern, als Anstecker und als Aufkleber präsent sein wird und langfristig zu einem selbstverständlichen Symbol mit hoher gesellschaftlicher Verbreitung werden soll. Weitere Informationen zur Unterstützung der Kampagne und zum Bezug von Kampagnenmaterial gibt es auf der Homepage des USBKM.



Bipolare Störungen BPtK-Veranstaltung am 5. Dezember 2012

Die bestmögliche Versorgung von Menschen mit einer bipolaren Störung ist das Thema einer BPtK-Symposium am 5. Dezember 2012 in Berlin. Über den aktuellen Stand der Forschung und die neue S3-Leitlinie berichtet Prof. Dr. Martin Hautzinger. Sebastian Schlösser liest aus seinem Buch „Lieber Matz, Dein Papa hat 'ne Meise“ und wird damit die Patientenperspektive einbringen. Prof. Dr. Thomas Bock und Dr. Britta Bernhard präsentieren Best-Practice-Beispiele der integrierten und ambulanten Versorgung. Die Tagung ist die vierte Veranstaltung in der BPtK-Reihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“.

Veranstaltungsort:

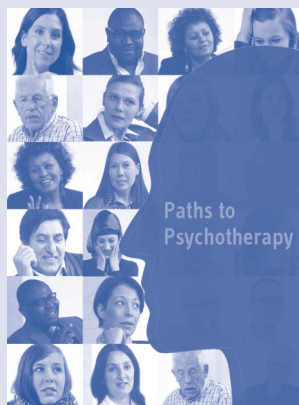
Konferenzzentrum der
Heinrich-Böll-Stiftung
Schumannstraße 8
10117 Berlin

Anmeldung über die BPtK

Patienteninformationen in Türkisch und Englisch



Migranten nehmen in Deutschland nur selten psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Um ihnen leichter zugänglich zu machen, welche Behandlungen bei psychischen Erkrankungen möglich sind, hat die BPtK ihre Patientenbroschüre „Wege zur Psychotherapie“ ins Türkische und Englische übersetzt. Die Broschüren können ab sofort in der BPtK-Geschäftsstelle kostenlos angefordert werden und stehen unter www.bptk.de zum Download bereit.



Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Sylvia Rückstieß
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