

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2015

März
2015

Themen dieser Ausgabe:

- **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz**
- **BPTK-Round-Table Gespräch zum PEPP**
- **BPTK-Dialog:**
Psychotherapeutische Sprechstunden - Interview mit Jürgen Matzat
- **BPTK-Fokus:**
Psychisch Kranke unter Druck der Krankenkassen - BPTK-Studie Arbeitsunfähigkeit 2015
- **BPTK-Inside:**
Auftakt zur Ausbildungsreform - BPTK startet Projekt Transition

Ambulante psychotherapeutische Versorgung weiterentwickeln BPTK zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Wer heute ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten sucht, muss durchschnittlich drei Monate warten. In der Warteschlange befinden sich Ratsuchende mit sehr unterschiedlichen Anliegen, Beschwerden oder Erkrankungen. Manchen wäre schon mit wenigen Gesprächen geholfen. Dies zeigt sich auch an der Anzahl derjenigen, die nach den ersten Gesprächen keine psychotherapeutische Behandlung beginnen. Fast 40 Prozent nutzen nicht mehr als die probatorischen Sitzungen (siehe Abbildung 1). Alle Anfrager warten jedoch die gleiche Zeit auf einen ersten Termin. Alle könnten schneller wissen, wie ihnen geholfen werden kann, wenn Psychotherapeuten eine Sprechstunde anbieten könnten.

Krank ja oder nein?

Die Bundesregierung hat den Engpass in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erkannt. Sie plant mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit zu beauftragen, die Psychotherapie

-Richtlinie zu überarbeiten und dabei insbesondere eine psychotherapeutische Sprechstunde zu ermöglichen. Hierdurch sollen Patienten mit psychischen Erkrankungen einen schnelleren und niederschweligen Zugang zum Psychotherapeuten erhalten, so die Gesetzesbegründung.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fordert, den Auftrag an den G-BA mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz so zu formulieren, dass eine psychotherapeutische Sprechstunde möglich wird, in der der Patient über seine Beschwerden berichtet und nach einer vorläufigen Diagnostik beraten werden kann, welche Hilfe oder Behandlung in einem ersten Schritt sinnvoll ist.

Passgenaue Hilfen und Behandlung

Durch eine psychotherapeutische Sprechstunde sollten Menschen mit psychischen Beschwerden innerhalb kurzer Zeit einen ersten Termin erhalten. Psychotherapeuten müssen darüber hinaus durch weitere Anpassungen im SGB V in die Lage versetzt werden, ihren Patienten

ein breiteres Spektrum an Hilfen selber anzubieten bzw. auf entsprechende Angebote verweisen zu können, einschließlich:

- präventiver Beratung,
- regelmäßigem Monitoring bei psychotherapeutisch begleiteter Selbsthilfe,
- mediengestützter Interventionen,
- psychoedukativer (Gruppen-) Angebote,
- Akutversorgung und Kriseninterventionen,
- komplexer ambulanter Behandlungsangebote, die auch längere Behandlungen bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie umfassen,
- aufsuchender Behandlung, z. B. in der Wohnung des Patienten,
- der Möglichkeit, in dringenden Notlagen ins Krankenhaus einzuweisen,
- der Verordnung von Rehabilitation,
- der Verordnung von Heilmitteln für Kinder und Jugendliche, Ergotherapie in der neuropsychologischen Therapie sowie Soziotherapie.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein Ziel des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist es, Arztpraxen in Ballungsräumen zu schließen, damit sich mehr Ärzte für eine Niederlassung in ländlichen Regionen entscheiden. Grund ist der Ärztemangel. Dieses Umverteilungsproblem stellt sich bei Psychotherapeuten nicht. Wir haben keinen Nachwuchsmangel. Aber in allen Versorgungsregionen zeigen die Wartezeiten, dass es definitiv zu wenige Psychotherapeuten gibt, um die Versorgung angemessen sicherzustellen. Die Bedarfsplanung ignoriert diese psychotherapeutische Unterversorgung. Bei Psychotherapeuten darf es nicht um einen Abbau der Versorgung in der Stadt gehen, damit sich mehr Psychotherapeuten für das Land entscheiden. In der psychotherapeutischen Versorgung geht es darum, die Bedarfsplanung so zu korrigieren, dass Patienten in allen Versorgungsregionen innerhalb einer zumutbaren Zeit Termine bei Psychotherapeuten finden.

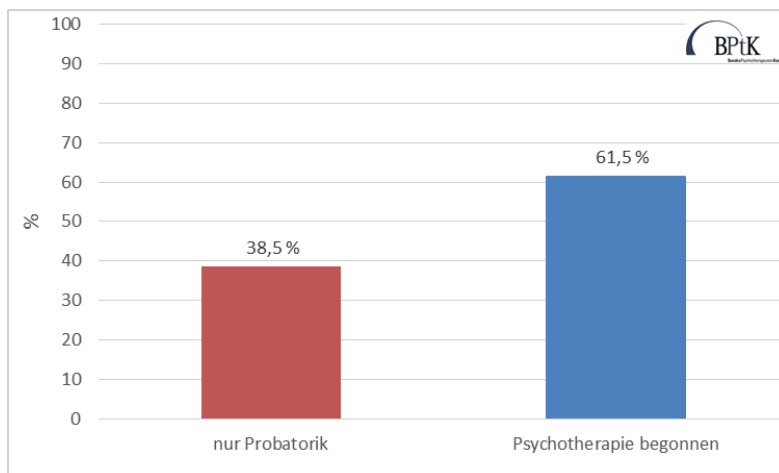
Herzlichst

Ihr Rainer Richter

Ausweichmanöver der Krankenkassen

Bei Beginn einer Psychotherapie wird heute kurzfristig geklärt, ob eine körperliche Erkrankung vorliegt und diese ursächlich für die psychischen Beschwerden ist. Diese somatische Abklärung bei Patienten mit psychischen Erkrankungen findet überwiegend durch den Haus- bzw. Kinderarzt statt und funktioniert meist reibungslos und zügig. Die Krankenkassen schlagen jetzt aber vor, diese somatische Abklärung in die psychotherapeutische Sprechstunde vorzulegen. Der Zweck dieser Forderung ist unschwer zu erkennen: Damit würde sich die Anzahl der Leistungserbringer, die überhaupt eine psychotherapeutische Sprechstunde an-

Abbildung 1: Anteil der Psychotherapie-Patienten, bei denen lediglich eine diagnostische Abklärung erfolgt



Quelle: BPTK

Der Vorschlag der Kassen verlängert die zu langen Wartezeiten. Ein Engpass soll nur durch einen anderen ersetzt werden.

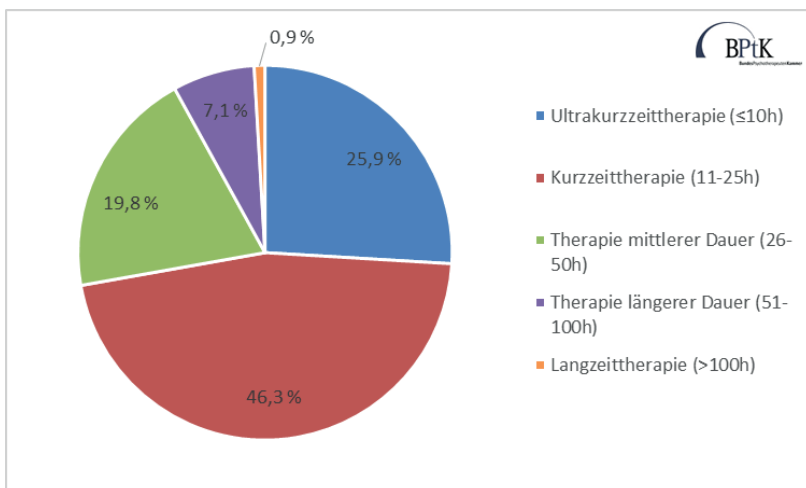
Mehr Psychotherapeuten notwendig

Eine psychotherapeutische Sprechstunde allein wird die langen Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie nicht verkürzen können. Sie kann Patienten helfen, schneller zu erfahren, ob und welche Hilfen sie benötigen. Sie kann jedoch nicht die Zahl der psychisch Kranken verringern, die eine psychotherapeutische Behandlung benötigen. Die Bundesländer haben richtig erkannt, dass die Berechnung der Anzahl psychotherapeutischer Praxen, die

nicht notwendig erscheinen. Sie plädieren deshalb dafür, dass diese Stilllegungsregelung für Psychotherapeuten zunächst nicht angewendet und ein verlässlicher Bedarf ermittelt wird. Andernfalls droht in den kommenden Jahren die Stilllegung von rund 7.400 psychotherapeutischen Praxen. Das ist fast ein Drittel aller bestehenden psychotherapeutischen GKV-Praxen.

Das Kapazitätsproblem in der Psychotherapie wird sich auch nicht durch eine weitere Ausweitung der Kurzzeittherapie lösen lassen, wie der aktuelle Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes noch suggeriert. Psychotherapeuten behandeln ihre Patienten nur so lange und so intensiv, wie es für eine erfolgreiche Therapie erforderlich ist. Der Anteil der Kurzzeittherapie liegt schon heute bei rund 70 Prozent, etwa ein Viertel der Behandlungen dauert sogar nur bis zu 10 Stunden (siehe Abbildung 2). Das Ausmaß an Kurzzeittherapie stößt damit bereits an fachliche Grenzen, die nicht mehr zu unterschreiten sind. Die aktuellen Daten zu den Therapiedauern unterstreichen zudem, dass die bewilligten Behandlungskontingente von Patienten und Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft werden, sondern Psychotherapien so lange dauern, wie dies aus fachlicher Sicht indiziert ist.

Abbildung 2: Therapiedauern in der ambulanten Psychotherapie



Quelle: BPTK

bieten können, drastisch von derzeit etwa 29.000 auf unter 10.000 potenzielle ärztliche Anbieter verringern. Ausgeschlossen wären die rund 20.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ohne sie ist eine funktionierende ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen aber undenkbar.

für die ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen notwendig ist, dringend überarbeitet werden muss. Die Bundesländer lehnen deshalb auch den Vorschlag der Bundesregierung ab, dass zukünftig psychotherapeutische Praxen stillgelegt werden „sollen“, die nach den bisherigen – im Übrigen fehlerhaften – Berechnungen der Bedarfsplanung als

Psychotherapeutische Sprechstunden Interview mit Jürgen Matzat

Wie beurteilen Sie die ambulante psychotherapeutische Versorgung? Sind ausreichend Behandlungsplätze vorhanden?

Jeder Sachkundige weiß ja, dass dies nicht der Fall ist, und Patienten machen alltäglich die Erfahrung der frustrierenden Suche und der mitunter monatelangen Wartezeiten – schon auf ein Erstgespräch.

Was halten Sie von einer psychotherapeutischen Sprechstunde?

Die „Sprechstunde“ wäre meines Erachtens hilfreich für Patienten, wenn dort eine Art „hausärztliche“ Funktion erfüllt würde. Damit meine ich die möglichst leicht erreichbare und frühzeitige Abklärung von Beschwerden (anfangs ist ja noch gar nicht klar, ob es sich um „Störungen“ oder Krankheiten handelt), eine Einschätzung wie gravierend sie sind, ggf. Abwarten mit Wiedereinbestellung (!), evtl. sinnvolle Maßnahmen außerhalb einer Richtlinien-Psychotherapie (z. B. Suchtberatung, Ehe-/Familienberatung, Autogenes Training o. ä. bei der Volkshochschule, Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), etwa zu Stressreduzierung etc., bei entsprechender Schwere der Erkrankung evtl. Hinweis auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, einen Verweis auf andere Einrichtungen (z. B. psychiatrische Praxen oder Ambulanzen), oder eben die Empfehlung einer Richtlinien-Psychotherapie (und zwar welcher in welchem Setting?).

Die „Sprechstunde“ sollte ggf. um eine zweite Sitzung ergänzt werden (z. B. in einem erweiterten Setting als Paar- oder Familiengespräch), etwa zur weiteren diagnostischen Klärung oder zum Aufbau von Motivation. Ich würde mir auch erhoffen, dass die Klärung von Konfliktsituationen, Fehl-

wahrnehmungen oder Fehlattributionen, kleine therapeutische Interventionen, auch Mut und Zutrauen stärkende, Ressourcen aktivierende – von mir aus: Suggestionen und Placebo-Effekte nutzende – in manchen Fällen sogar schon dazu führen, dass ein Patient sich in der Lage fühlt, nun wieder alleine die anstehenden Probleme angehen zu können. Das darf natürlich nicht verwechselt werden mit dem Vorenthalten von regulärer Psychotherapie, wo eine solche angezeigt ist!

Sie sehen also: ich halte die „Sprechstunde“ (in meinem Sinne) für eine recht anspruchsvolle Übung, die auch Vertrautheit mit den örtlichen Versorgungsangeboten voraussetzt, auch über den GKV-Gartenzaun hinaus. Die Klärung der Präferenzen des Patienten (auch im Sinne eines „shared decision making“) und die Einschätzung seiner Veränderungsbereitschaft wären weitere Punkte. „Sprechstunde“ dürfte keine zusätzliche Hürde sein – und deswegen auch nicht verpflichtend für irgendjemanden – sondern als ein sinnvolles neues Angebot in der Versorgung.

Sehen Sie regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung?

Die sehe nicht nur ich! Stadt/Land ist da nur ein Beispiel, Ost/West ein anderes. Die systematische Diskriminierung der Menschen in den Ruhrgebietsstädten durch die Bedarfsplanungen empfinde ich persönlich eigentlich als grundgesetzwidrig, wenn es schon im juristischen Sinne nicht gesetzeswidrig ist. Und dass ganz Berlin ein einziger Planungsbezirk ist, ist natürlich völlig grotesk. Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss hat ja der sog. „Bedarfsplanung“ auch aus solchen Gründen nicht zugestimmt.

Brauchen Patienten aus Ihrer Sicht mehr Transparenz für spezifische psychotherapeutische Behandlungsangebote in der ambulanten Versorgung?

Ja, natürlich. Manche wissen z. B. nicht, dass Psychotherapie eine GKV-Leistung ist. Praktisch niemand kennt den Unterschied zwischen den Verfahren – jedenfalls nicht genau genug, um sich sinnvoll entscheiden zu können. Die Begriffe „Psychiater“, „Psychologe“ und „Psychotherapeut“ fließen lustig durcheinander. Der Mythos von der zweijährigen „Sperrfrist“ nach Ende einer Psychotherapie spukt ja sogar in den Köpfen von Psychotherapeuten herum. Eine gut gemachte „Sprechstunde“ könnte auch hier weiterhelfen. Z. B. könnte es für Hausärzte leichter werden, einen Patienten dafür zu gewinnen, sich doch dort wenigstens mal zu informieren (quasi konsiliarisch), wenn die Widerstände gegen eine regelrechte Psychotherapie noch zu groß sind.

Wie beurteilen Sie die Absicht des Gesetzgebers in nominell übertersorgten Regionen Praxissitze künftig stillzulegen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist?

Sie sagen zurecht „nominell übertersorgt“. Die derzeitige „Bedarfsplanung“ hat ja weder etwas mit dem Bedarf der Patienten zu tun, noch beruht sie auf einer vernünftigen Planung – ganz besonders nicht im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Gegen die „Verschiebung“ von Psychotherapeuten-sitzen aus unterversorgten Regionen in total unterversorgte wäre unter Aspekten der Gerechtigkeit vielleicht nichts einzuwenden. Die Vernichtung solcher Praxissitze wäre in meinen Augen jedoch schlicht ein Skandal.



Jürgen Matzat

Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen und Patientenvertreter im G-BA

BPtK-Fokus



Pressemitteilungen der
BPtK vom 05.03 2015
www.bptk.de

BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015
www.bptk.de
>Publikationen

Psychisch Kranke unter Druck der Krankenkassen BPtK-Studie Arbeitsunfähigkeit 2015

Wie bereits in den vergangenen Jahren hat die BPtK auch in diesem Jahr die Routinedaten der großen gesetzlichen Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit (AU) mit Blick auf die Bedeutung psychischer Erkrankungen analysiert. Insgesamt liegen nun aggregierte Zahlen von 2000 bis 2013 vor.

Mehr als jeder 7. AU-Tag psychisch bedingt

Psychische Erkrankungen haben im Jahr 2013 13,4 Prozent der AU-Tage verursacht. Damit ist der Anteil psychischer Erkrankungen bei den AU-Tagen, der seit 2000 Jahr für Jahr zugenommen hat, im Vergleich zum Vorjahr erstmalig nicht weiter gestiegen. Im Jahr 2012 lag er bei 13,7 Prozent. Psychische Erkrankungen waren 2013 der dritthäufigste Grund für Fehltag am Arbeitsplatz (vgl. Abbildung 1).

Eine Analyse der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt, dass zukünftig möglicherweise noch eine weitere Zunahme psychisch bedingter AU-Tage zu erwarten ist. Bei den Versicherten der TK hat die Zahl psychisch bedingter AU-Tage im Jahr 2014, nach einer Stabilisierung von 2012 auf 2013, wieder zugenommen, im Vergleich zum Vorjahr sogar um 7,9 Prozent.

Lange Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen

2013 lag die durchschnittliche Krankschreibungsdauer bei psychischen Erkrankungen bei 34,5 Tagen. Das heißt, dass im Durchschnitt ein psychisch kranker Arbeitnehmer je Krankschreibung rund fünf Wochen in seinem Unternehmen ausfiel. Dies ist ungefähr genauso lang wie im Vorjahr (34,2 Tage). Die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung wegen psychischer Erkrankungen ist damit deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen. Sie ist ein- und einhalbmal so lang wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, fast zweimal so lang wie bei Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen sowie fünfmal so lang wie bei Atemwegs- oder Verdauungserkrankungen (vgl. Abbildung 2).

Bei einer Krankschreibung von mindestens sechs Wochen müssen nicht mehr die Arbeitgeber den Lohn fortzahlen, sondern die Krankenkassen Krankengeld zahlen.

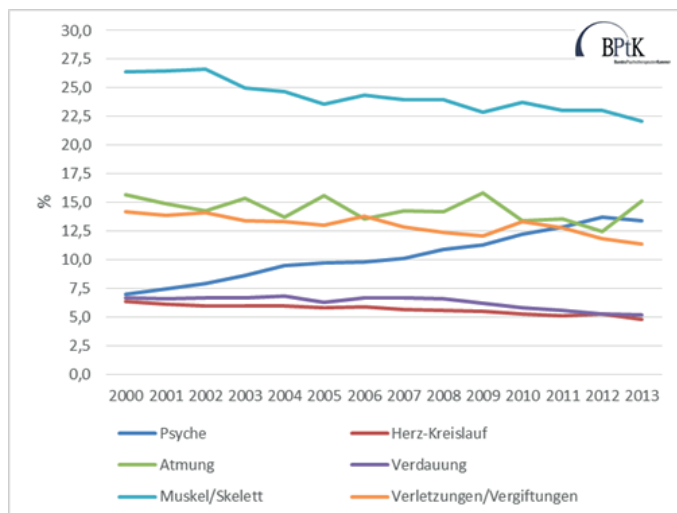
Krankengeldmanagement der Krankenkassen

Die Krankenkassen beraten Versicherte, die lange krankgeschrieben sind, mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen wiederherzustellen und damit auch die Ausgaben für Krankengeld zu verringern. Diese Beratungen werden häufig als „Krankengeldmanagement“ bezeichnet.

Schon die Bezeichnung „Krankengeldmanagement“ weist auf eine Problematik dieser Beratungen hin. Krankenkassen befinden sich in einem Spannungsfeld: Einerseits sollen sie ihren Versicherten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung anbieten, andererseits müssen sie sparsam wirtschaften. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verschärft diesen Zielkonflikt, weil die Krankenkassen insbesondere Zusatzbeiträge vermeiden müssen, die zu starken Mitgliederverlusten führen können.

Dies kann dazu führen, dass Krankenkassen versuchen, ihre Ausgaben für Krankengeld kurzfristig zu verringern, indem sie Versicherte unter Druck setzen, wieder arbeiten zu gehen, wie aus dem aktuellen Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) hervorgeht. Die Ratsuchenden bei der UPD berichten von Äußerungen der Krankenkassenmitarbeiter oder extern beauftragter Firmen wie „Ach, im Hintergrund spielt das Radio – dann geht es Ihnen ja gar nicht so schlecht...“ oder „Jetzt stellen Sie sich doch nicht so

Abbildung 1: AU-Tage – die häufigsten Krankheiten 2000 bis 2013



Quelle: BPtK, 2015

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK) und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

Erst die nächsten Jahre können zeigen, ob sich damit der Anteil psychischer Erkrankungen bei den AU-Tagen auf hohem Niveau stabilisiert hat.

BPTK-Round-Table Gespräch zum PEPP Psychotherapeutisches Krankheitsverständnis erforderlich

Psychotherapeuten sollten zukünftig in allen Bereichen der Psychiatrie und Psychosomatik etabliert werden. Dafür ist es notwendig, sich intensiv in die Entwicklung der Empfehlungen für die Personalausstattung einzubringen. Dies war eines der zentralen Ergebnisse des Round-Table-Gesprächs, zu dem die BPTK am 15. Januar 2015 in Berlin eingeladen hatte. Gekommen waren rund 40 leitende Psychotherapeuten aus Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik, um sich über die aktuellen Entwicklungen beim Pauschalierenden Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) mit der BPTK auszutauschen.

BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter freute sich in seiner Begrüßung, dass so viele Kolleginnen und Kollegen der Einladung zum Gespräch gefolgt seien. Dieser Austausch mit den Kollegen vor Ort sei auch deshalb so wichtig, weil sie es seien, die das PEPP letztlich umsetzen müssten und deren Erfahrungen u. a. bei der anstehenden Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) von großem Wert seien. Das unterstrich auch BPTK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz, als er die Forderungen der BPTK zum PEPP zusammenfasste und erläuterte, welche Aufgaben bei der Weiterentwicklung des neuen Finanzierungssystems in nächster Zeit anstehen. Dabei sei vor allem die Entwicklung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik durch den G-BA von großer Bedeutung. Sie biete die Chance, die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besser im Krankenhaus zu verankern.

Aktueller Stand des PEPP

Einen Überblick über den aktuellen Stand der PEPP-Entwicklung gab Herr Jochen Vaillant von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Im PEPP-Entgeltkatalog 2015 sei es gelungen, wesentliche Kritikpunkte der Selbstverwaltung aufzugreifen und zwei entscheidende Punkte zu verändern. Zum einen sei die Degression der Tagespauschalen stark abgeschwächt, zum anderen wurden so genannte ergänzende Tagesentgelte eingeführt. Dadurch könne ein kurzzeitig entstehender höherer Aufwand, zum Beispiel eine tagesbezogene Intensivbehandlung aufgrund einer suizidalen Krise, abgerechnet werden. Darüber hinaus führe die neu eingeführte Abrechenbarkeit des Entlassungstags zusätzlich zu einer Aufwertung der einzelnen PEPP. Perspektivisch sei zu klären, ob es sich beim PEPP um ein Finanzierungssystem handele oder ob es der Budgetfindung dienen werde. Verbindliche Personalstandards können nur dann eingeführt werden, wenn den Krankenhäusern auch die entsprechenden Mittel zur Verfügung gestellt würden.

Auch die BPTK fordert seit langem die ausreichende Finanzierung einer Personalausstattung, mit der eine leitliniengerechte Behandlung in Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen möglich ist. Die Rückmeldungen der Teilnehmer am Round-Table-Gespräch bestärkten sie in dieser Forderung.

Chance – Mindestanforderungen an die Personalausstattung

Die Teilnehmer plädierten ferner dafür, Ressourcen in die Erarbeitung der Empfehlungen für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu investieren. Man müsse sich auch dafür stark machen, zukünftig zwischen Psychologen und

Psychotherapeuten hinsichtlich Behandlungsverantwortung und Leistungen zu unterscheiden. Auf der Grundlage von Leitlinienempfehlungen müsse es gelingen, Psychotherapeuten in allen Bereichen der Psychiatrie zu etablieren und die überholte Unterscheidung zwischen „Psychotherapiepatienten“ und „anderen Patienten“, wie sie noch in der Psychiatrie-Personalverordnung galt, aufzuheben.

Die Teilnehmer betonten, dass Psychotherapie in der stationären Versorgung in Abhängigkeit von der Krankheitsphase des Patienten, ein weites Spektrum von Kurzinterventionen bis hin zu längeren Einzel- und Gruppentherapien umfassen könne. Entscheidend sei ein psychotherapeutisches Krankheits- und Fallverständnis im gesamten Team. Prof. Richter ergänzte, dass man dies aus seiner Sicht auch gut unter dem Begriff „psychotherapeutische Haltung“ fassen könne, die optimalerweise das gesamte Behandlungsteam teile.

Weiterentwicklung des OPS

Die Verankerung von Strukturforderungen ist auch bei der Weiterentwicklung des OPS ein wichtiges Thema. Die Teilnehmer forderten eine getrennte Leistungserfassung von Psychologen und Psychotherapeuten sowie die Möglichkeit der Behandlungsführung durch Psychotherapeuten. Einen Vorschlag, die Leistungen von Psychologen und Psychotherapeuten getrennt zu erfassen, hatte die BPTK bereits für den OPS 2015 eingebracht. Aufgrund der Rückmeldungen wird sie diesen Vorschlag in diesem Jahr erneut einreichen. Weitere wertvolle Anregungen gaben die eingeladenen Psychotherapeuten zur getrennten Erfassung von Einzel- und Gruppentherapie sowie zur Verankerung einer höheren Strukturqualität in den Psychotherapie-Kodes.

EMDR bei Kindern und Jugendlichen nicht anerkannt

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) stellte in seinem Gutachten vom 1. Dezember 2014 fest, dass EMDR in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen nicht als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Bei der erneuten Begutachtung wurden zum einen sieben eingereichte ran-

domisiert-kontrollierte Studien, eine Metaanalyse und eine nicht-randomisierte Vergleichsstudie berücksichtigt. Ergänzend führte der G-BA im Auftrag des Beirats eine systematische Literaturrecherche zu EMDR durch. Auf der Basis eines zweistufigen Screeningprozesses konnten eine weitere randomisiert-kontrollierte Studie und eine weitere nicht-randomisierte kontrollierte Studie

in die Begutachtung einbezogen werden. Insgesamt war keine der geprüften Originalstudien geeignet, die Wirksamkeit der EMDR bei Kindern und Jugendlichen nachzuweisen.

Link:

www.wbpsychotherapie.de

Zahl der traumatisierten Soldaten steigt weiter Wehrbeauftragter fordert bessere Versorgung

Die Zahl der im Auslandseinsatz traumatisierten Soldaten ist im vergangenen Jahr deutlich angestiegen. Nach Angaben der Bundeswehr wurden 2014 insgesamt 431 Soldaten, die in Auslandseinsätzen waren, wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung behandelt. In 204 Fällen handelte es sich um Neuerkrankungen, das sind 55 mehr als im Vorjahr. Daneben stellte die Bundeswehr weitere 214 psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen bei Soldaten nach Auslandseinsätzen fest. Bei 164 von ihnen wurde die Diagnose zum ersten Mal gestellt. Das sind 20 neue

Fälle mehr als 2013. Insgesamt stieg die Zahl der psychischen Neuerkrankungen damit um 25,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

In seinem Jahresbericht 2014 (BT-Drs. 18/3750) betont Hellmut Königshaus (Wehrbeauftragter des Deutschen Bundestages), dass die Behandlung einsatzbedingter psychischer Erkrankungen trotz der verbesserten zivilen Behandlungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Soldaten immer noch nicht optimal ist. Die BPTK hatte 2013 einen Vertrag mit dem Bundesministerium der

Verteidigung zur Verbesserung der Versorgung von Soldaten geschlossen, der seitdem umgesetzt wird. Der Wehrbeauftragte fordert nun, vor allem auch die Bundeswehrkrankenhäuser besser für die Versorgung psychisch erkrankter Soldaten aufzustellen.

Link:

www.http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/037/1803750.pdf

Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit

Menschen in schwieriger sozialer Lage sind in höherem Maße von Gesundheitsbelastungen betroffen. Angebote und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich insbesondere an diese Zielgruppe richten, können jetzt in einer Datenbank eingetragen werden. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat dazu seine Praxisdatenbank überarbeitet.

Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können ab sofort ihr Angebot in die Datenbank eintragen, die eigene Arbeit anhand der Kriterien guter Praxis reflektieren und ihre Erfahrungen mit anderen teilen. Ein Eintrag in die Praxisdatenbank ist kostenfrei und mit keinerlei weiteren Verpflichtungen verbunden. Der Bereich „Selbstreflexion“

bietet ein internes Instrument zur Selbstevaluation und Qualitätsentwicklung und ist für andere Nutzer nicht sichtbar.

Derzeit werden über 2.000 Angebote und Projekte ihre Arbeit auf diese Weise einer breiten Öffentlichkeit aus Praxis, Wissenschaft und Entscheidungsträgern sichtbar gemacht. Im Zuge einer inhaltlichen Erweiterung werden nun auch Angebote für die Gruppe der älteren Menschen stärker in die Praxisdatenbank integriert.

Link:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
>Praxisdatenbank

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 auszugweise 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