



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Psychotherapie im Krankenhaus sichtbar machen

Eine Befragung im Herbst 2007 (Ergebnisse im PTJ 2/2008) hatte ergeben, dass die Kammermitglieder in den Krankenhäusern einen wesentlichen Teil der psychotherapeutischen Versorgung tragen. Diese Tatsache ist jedoch zu wenig bekannt und wird in der Politik nicht entsprechend gewürdigt. Am 4. September 2008 hatte die Kammer deshalb zu einer Arbeitstagung nach Dortmund eingeladen, um in Krankenhäusern arbeitenden Psychotherapeutinnen ein Forum zu bieten. Eine Statusverbesserung – und eine damit verbundene Verankerung in der Entgeltstruktur – ist nur zu erreichen, wenn die Angestellten auch öffentlich deutlich machen, welchen Beitrag sie in der aktuellen Diskussion um neue Versorgungsformen bei psychischen Erkrankungen leisten können und wollen.

Kammerpräsidentin Monika Konitzer wies in ihrer Begrüßung darauf hin, dass nach Zahlen des statistischen Landesamtes in Krankenhäusern mehr Psychologische Psychotherapeuten als Fachärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung arbeiten. Hermann Schürmann als Beauftragter des

Vorstands für Krankenhausfragen betonte, dass es notwendig sei, das Profil der Psychotherapeuten in Krankenhäusern zu verdeutlichen. Hans-Werner Stecker (Rheinische Kliniken, Langenfeld) hob hervor, dass stationäre Psychotherapie nur dann eine „eigenständige Behandlung“ im Krankenhaus sein könne, wenn die Rahmenbedingungen und das Konzept stimme, was aus seiner Sicht auf einer psychiatrischen Allgemeinstation nicht möglich sei – eine These, die in der Diskussion viel Widerspruch herausforderte.

Silvia Burgemeister aus der Ambulanz des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld berichtete über den dortigen Vertrag zur integrierten Versorgung, dass im ersten Modul ein ambulantes multimodales Behandlungsangebot (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Sozialberatung, Sport) gemacht und anschließend eine psychotherapeutische Weiterbehandlung gesichert wird.

In der anschließenden Diskussion wurden die heterogenen Rahmenbedingungen



erneut deutlich, in denen Psychotherapeuten im Krankenhaus arbeiten: von häufig wechselnden Stationsärzten, die als Psychotherapeuten das Sagen haben wollen, über psychotherapiefreundliche oder -feindliche Chefärzte bis hin zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen, der trotz anderslautender Gerichtsurteile die stationäre Psychotherapie immer noch der Rehabilitation zuordnet und die Aufenthaltsdauer kürzt. Die Indikation zur Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform im Krankenhaus müsse präzisiert werden, genauso wie die Unterschiede zur ambulanten Richtlinienpsychotherapie. Monika Konitzer konnte dann noch vom Erfolg der Bundespsychotherapeutenkammer berichten, der bei Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ein Beratungsrecht eingeräumt werden soll.

Zwischen Verfahren und Methoden – Die Zukunft der Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 24. April 2008 erneut gegen die Gesprächspsychotherapie entschieden. Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie sei für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Depression – nicht ausreichend wissenschaftlich belegt. Eine ausreichend breite Versorgungsrelevanz sei jedoch ein wesentliches Kriterium für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in den Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenversicherung, weil nur so sichergestellt sei, dass ein in einem Psychotherapieverfahren ausgebildeter Psychotherapeut Patienten in ausreichendem Umfang behandeln könne, so der G-BA. „Es ist mehr als bedauerlich, dass damit gerade ein Verfahren nicht anerkannt wurde, dessen Gründer, Carl R. Rogers, als ein Pionier der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung gilt“, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, fest. Der Vorstand der PTK NRW

Kammerwahl 2009

Im Jahr 2009 findet wieder die Wahl zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW statt.

Als Tag der Wahl ist:

Mittwoch, der 17. Juni 2009,

vom Vorstand bestimmt worden. Die Wahlbriefe müssen an diesem Tag bis 18 Uhr eingegangen sein.

hatte sich seit Juli 2002 stets für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren eingesetzt. Aus Gründen der Gleichbehandlung plant der G-BA auch die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie erneut zu prüfen. Die Zukunft der gesamten Psychotherapie hänge daher jetzt entscheidend davon ab, dass sie ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen ausreichend wissenschaftlich belegen kann.

Die Psychotherapeutenkammer NRW vertrat gegenüber Politik und G-BA in den vergangenen Jahren die Position, dass das Sozialrecht grundsätzlich dem Berufsrecht folgen müsse. Denn seit dem Psychotherapeutengesetz 1999 stehen zwei Paradigmen im Konflikt: einerseits die Definition und Ausgestaltung der Psychotherapie durch die Profession selbst und andererseits die Überprüfung durch die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung.

1999 war die Gesprächspsychotherapie zunächst auch vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung empfohlen worden, und daher war ihre berufsrechtliche Anerkennung nicht erfolgt. Drei Jahre später kam der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass für die Gesprächspsychotherapie ausreichend Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Daraufhin stellte die PTK NRW beim G-BA, der damals noch Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hieß, den Antrag, die Gesprächspsychotherapie sozialrechtlich anzuerkennen und als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zuzulassen. In den folgenden Jahren änderten sich die gesetzlichen Vorgaben für den G-BA erheblich. Es kam zu einer intensiven Diskussion darüber, nach welchen Kriterien eine diagnostische oder therapeutische Leistung oder ein Arzneiwirkstoff als wirk-

sam gelten und deshalb mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann.

Aus Gründen der Transparenz entwickelte der G-BA für alle Behandlungsmethoden und Arzneimittel, also auch für Psychotherapieverfahren, ein einheitliches Beurteilungsverfahren nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Entscheidendes Kriterium, um eine medizinische Methode zu beurteilen, wurde der Nachweis der Wirksamkeit der Behandlung von Erkrankungen durch wissenschaftliche Studien. Jedoch widersetzte sich die deutsche Psychotherapeutenkammer einer indikationsbezogenen Zulassung von Psychotherapieverfahren. Ein kassenzugelassener Psychotherapeut sollte immer in der Lage sein, Patienten mit psychischen Leiden umfassend psychotherapeutisch zu behandeln. Im Jahr 2006 definierte der G-BA erstmals, im Jahr 2007 nach Überarbeitung erneut das Kriterium der Versorgungsrelevanz für die Zulassung von Psychotherapieverfahren. Es fordert den Nachweis des Nutzens jedes Verfahrens für affektive Störungen, Angststörungen und mindestens eine weitere Gruppe psychischer Erkrankungen („Schwellenkriterium“) für die Zulassung eines Psychotherapieverfahrens.

Am 22. November 2006 verweigerte der G-BA der Gesprächstherapie erstmals die sozialrechtliche Anerkennung. Weil er der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) aber nicht alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt hatte, beanstandete das BMG im Februar 2007 diesen Beschluss. Eine Expertenkommission der BPTK kam daraufhin zu dem Schluss, „dass die Gesprächspsychotherapie bei einer Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wirksam und nützlich ist.“ Dieser Beurteilung folgte der G-BA nicht, sondern urteilte, „dass die Wirksamkeit und der Nutzen der Gesprächspsychotherapie „nicht in der ausreichenden Breite wissenschaftlich belegt sei“. BPTK und G-BA wichen auch in

der Beurteilung der Frage, welche der in Studien geprüften Interventionen dem Verfahren Gesprächspsychotherapie zuzuordnen sind, voneinander ab. Das Sozialrecht folgt damit nicht dem Berufsrecht. Ob dies rechtens ist, werden jetzt noch die Gerichte überprüfen.

Die Psychotherapie steht inzwischen allerdings noch vor einer ganz anderen grundlegenden Frage: Psychotherapie hat sich historisch in verschiedenen therapeutischen Verfahren entwickelt. Seit den sechziger Jahren bestehen Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung aber vor allem in neuen Methoden. Die Konzeption neuer Verfahren wird immer unwahrscheinlicher. Die neue Frage ist deshalb: Könnte ein Psychotherapeut in der Zukunft sich nicht auch darüber definieren, dass er ausreichend viele Methoden beherrscht, um psychische Krankheiten zu behandeln – unabhängig davon, wo er arbeitet: in einer Praxis, einer Beratungsstelle, einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung. Könnte ein solcher Wandel nicht ein einheitliches berufliches Selbstverständnis aller Psychotherapeuten befördern? Deshalb diskutiert die Psychotherapeutenkammer derzeit intensiv, welche Kompetenzen notwendig sind, um Menschen mit psychischen Krankheiten zu behandeln.

Am 24. Juni 2008 hat das BMG entschieden, den Beschluss des G-BA zur Gesprächspsychotherapie nicht zu beanstanden. Es hat dem G-BA jedoch auferlegt zu prüfen, ob die Gesprächspsychotherapie nicht indikationsbezogen zugelassen werden kann, sprich als Methode zur Behandlung von affektiven Störungen. Der G-BA hat diese Auflage akzeptiert. Er hat im Rahmen der Überprüfung vorab die gesprächspsychotherapeutischen Fachgesellschaften, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer um Stellungnahmen gebeten.

Schwerpunkt beim 4. Jahreskongress Wissenschaft – Praxis: Leitlinien in der Depressionsbehandlung

Depressionen zählen zu den häufigsten und meistunterschätzten Erkrankungen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer

Depression zu erkranken, liegt national wie international bei 16 bis 20 Prozent. Laut Bundesgesundheitsurvey leidet in

Deutschland jeder 20. Erwachsene an einer depressiven Störung. Das bedeutet, dass derzeit in Deutschland rund drei Mil-

lionen Menschen depressiv erkrankt sind. Etwa ein Viertel davon erkrankt schwer. Bei circa einem Fünftel der Patienten, die an depressiven Episoden erkranken, treten auch hypomanische, manische oder gemischte Episoden auf. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer solchen bipolaren Störung zu erkranken, liegt bei einem Prozent.

Die Behandlungskosten für affektive Störungen in Deutschland betragen 2004 circa 4,3 Milliarden Euro. Jeder depressive Patient kostet jährlich fast 4.000 Euro. Diese direkten Kosten betragen nur ein Drittel der Gesamtkosten. Als indirekte Kosten kommen insbesondere die Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung hinzu. Mehr als jeder fünfte Erwerbstätige war 2006 mindestens einmal psychisch krank. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, die arbeitsunfähig machen, zählen Depressionen.

Psychotherapie kommt insbesondere in der ambulanten Behandlung von depressiven Störungen zu kurz. Über die Hälfte der Patienten befindet sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung und erhält keine oder eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Etwa jeder fünfte Patient ist sowohl in hausärztlicher als auch fachärztlicher Versorgung und wird vorwiegend pharmakotherapeutisch behandelt. Nur jeder 25. Patient wird hausärztlich und psychotherapeutisch behandelt (Daten der KV Bayern). Bedarfsgerecht wäre eine besser abgestufte und vernetzte Versorgung von Haus-, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie von ambulanter und stationärer Behandlung.

Leitlinien sollen dazu beitragen, die Versorgung zu optimieren. Der günstige Einfluss von Leitlinien auf Prozess- und Ergebnisqualität im Gesundheitswesen ist mehrfach in Studien belegt. In Deutschland kam es deshalb zur Entwicklung der S3-Leitlinie Unipolare Depression, an der rund 31 Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände beteiligt waren, und – eng damit verknüpft – der Arbeit an einer Nationalen Versorgungsleitlinie Depression.

Grundlegendes Ziel der Leitlinien ist es, eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe zur Diagnostik und Therapie der

unipolaren depressiven Störung zu geben, hierzu die wissenschaftlich fundierten Behandlungsverfahren darzustellen und zu bewerten. Durch Empfehlungen für eine optimierte Diagnostik und Therapie sollen die Behandlungsqualität verbessert, die Anwendung wirksamer Verfahren gefördert sowie die kaum bzw. nicht wirksamen Verfahren verringert werden. Wesentliches Element dieser Leitlinien ist, dass ihre Empfehlungen sowohl evidenzbasiert als auch zwischen den klinischen Fachleuten abgestimmt sind.

Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression, die derzeit beraten wird, bezieht sich auf die unipolare depressive Störung (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie). Depressionen sind danach psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt

Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, lautet eine vorgesehene Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinie an alle Behandler, aktiv zu explorieren, ob eine depressive Störung vorliegt, insbesondere dann, wenn der Patient über unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderungen, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen oder körperliche Beschwerden berichtet.

Diskutiert wird, Psychotherapie weit stärker in der Versorgungspraxis zu verankern, als dies bisher realisiert ist. Als zentrale Empfehlungen der Leitlinie sind z. B. bisher vorgesehen:

- Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.
- Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.
- Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine psychotherapeutische Akutbehandlung eine angemessene Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.
- Bei therapieresistenter Depression sollte dem Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

Eine stationäre Einweisung soll erwogen werden bei:

- akuter Suizidalität bei fehlender Absprachefähigkeit,
- schwerer psychotischer Symptomatik,
- drohender Verwahrlosung,
- ambulanter Therapieresistenz.

Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression soll Empfehlungen grundsätzlicher Art enthalten. Sie wird keine Empfehlungen für den Ablauf einzelner Behandlungsstunden geben. Die Empfehlungen werden den Psychotherapeuten nicht davon entbinden, bei seinen Entscheidungen in der Diagnostik und Therapie den individuellen Fall und die verfügbaren Ressourcen im Einzelfall zu berücksichtigen.

Konkrete Handlungsempfehlungen finden sich bisher z. B. beim Gesprächs- und Beziehungsangebot an suizidale Patienten und beim Krisenmanagement. Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollten Antidepressiva nicht eingesetzt werden. Eine Nachuntersuchung von Patienten, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, soll kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung, geplant werden, da in der Zeit nach der Entlassung das Risiko für weitere suizidale Handlungen am höchsten ist. Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach

Entlassung nicht wahrnehmen, sollten unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen.

Leitlinien sind als Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Versorger zu betrachten und stellen damit einen wesentlichen Bestandteil eines modernen Informationsmanagements in der täglichen klinischen Arbeit dar. Die diskutierten Empfehlungen der Leitlinie richten sich an alle Berufsgruppen, die mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit uni-

polarer Depression befasst sind: Haus- und Fachärzte, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie, Akut- und Rehabilitationskliniken für psychosomatische Medizin sowie andere Rehabilitationseinrichtungen; an unipolaren depressiven Störungen erkrankte Erwachsene und deren Angehörige; Entscheidungsträger im Gesundheitswesen; die Öffentlichkeit zur Information über gute medizinische Vorgehensweisen. Sie sind darüber hinaus wichtige fachliche Grundlagen für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und Konzepte der integrierten Versorgung.

Kurzmitteilungen:

Weiterbildungsbefugnis für Klinische Neuropsychologie erteilt

Die Umsetzung der Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie erfolgt Schritt für Schritt: Im September erhielten die ersten Kolleginnen und Kollegen die Weiterbildungsbefugnis für Klinische Neuropsychologie. Damit ist eine weitere Voraussetzung geschaffen, dass in NRW Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie stattfinden kann.

Psychotherapeuten in Telefonverzeichnissen

Der Vorstand der Kammer hat nochmals die ca. vierzig Telefonbuchverlage in NRW angeschrieben und auf die Rechtslage hinsichtlich der Eintragung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufmerksam gemacht. Im Schreiben forderte die PTK insbesondere:

- Eine gesonderte Rubrik „Psychotherapeuten“ ist einzurichten.
- In der Rubrik „Psychotherapeuten“ dürfen keine Berufsfremden aufgeführt werden.
- Psychotherapeuten dürfen nicht in der Rubrik „Ärzte“ aufgelistet werden.

Mehrere Verlage äußerten ihre Bereitschaft bei der Umsetzung dieser Vorgaben mit der PTK zu kooperieren.

Wesentliche Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Berufsbezeichnung bei der Anmeldung ihres Anschlusses angeben, da sie sonst nicht ins Verzeichnis übernommen werden kann.

Ausbildung von Psychotherapeuten – Diskussion wird fortgeführt

Seit dem Frühjahr arbeitet eine Kommission daran, die Kernkompetenzen zu beschreiben, die ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin zum Zeitpunkt der Approbation durch die Ausbildung erworben haben soll. Das Thema „Zukunft der Psychotherapieausbildung“ war ein Schwerpunkt der Sitzung der Kammerversammlung am 06.12.2008. Einen Bericht dazu finden Sie unter www.ptk-nrw.de.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 52 28 47 – 0
Telefax: 0211 / 52 28 47 – 15
E-Mail: info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch den Juristen

Mi.: 14.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 27

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30–14.00 Uhr
Di: 12.30–13.00 Uhr,
18.30–19.30 Uhr
Mi: 13.00–14.00 Uhr
Fr: 11.00–12.00 Uhr
12.30–13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 26

Anfragen Fortbildungskonto

Mo – Do: 13.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 31

Anfragen Mitgliederverwaltung

Mo – Do: 14.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 14

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00–13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0