


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 hatte sich seit Juli 2002 stets für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienvorgehen 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. 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 wirksam 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 Bundesgesundheitsministerium 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, von einander 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.

Impressum
PTK-Newsletter NRW

Herausgeber:
Kammer für Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten
Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 52 28 47 - 0
Fax 02 11 / 52 28 47 - 15

E-Mail: info@ptk-nrw.de
Internet: www.ptk-nrw.de


Zur Diskussion: 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 Millionen 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 depres-

siven 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 Kassenärztlichen Vereinigung 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 Empfeh-

lungen 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, Interessenslosigkeit 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. (Fortsetzung S. 2)

„Alle beteiligen“ – Interview mit Dr. Leonhard Hansen, KVNO-Vorsitzender
Wie sehen Sie die Versorgung von depressiv Kranken?

Nach jüngst veröffentlichten Zahlen werden rund 18 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung an einer Depression erkranken. Das ist viel. Da müssen wir uns kümmern. Vor allem müssen wir eine Behandlungskette bilden, die die Versorgung dieser Menschen trägt. Dazu gehören Hausärzte, Neurologen und Psychiater und Psychotherapeuten. In der Regel ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle. Er muss dann mit den Fachkolleginnen zusammenarbeiten. Mit dem Bündnis gegen Depression und seinen lokalen Ablägern ist erst ein Anfang gemacht.

Brauchen wir eine Leitlinie Depression?

Wir brauchen eine Verbesserung der Versorgung. Das fängt damit an, dass die Diagnose Depression nicht immer frühzeitig erfolgt, da sich diese Erkrankung oft hinter körperlichen Symptomen verbirgt. Oft geht sie auch einher mit

somatischen Erkrankungen. Nach den positiven Erfahrungen mit den Disease-Management-Programmen (DMPs) befürworte ich die Erstellung einer Leitlinie, wenn nicht gar die Auflage eines DMP Depression. Wichtig ist dabei aber, dass alle beteiligten Fachgruppen einbezogen werden.

Welche Bedeutung sollte dabei die Psychotherapie haben?

Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die in der Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten zum Zuge kommen sollte. Für alle Therapien gilt, dass sie dann greifen müssen, wenn der Patient sie braucht. Am aller wichtigsten ist aber eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation der behandelnden Kolleginnen und Kollegen untereinander, aber auch mit anderen Institutionen. Deshalb begrüße ich es sehr, dass zum 4. Jahreskongress Psychotherapie in NRW auch ärztliche Kolleginnen und Kollegen eingeladen sind.



Dr. Leonhard Hansen



Fortsetzung: Leitlinien in der Depressionsbehandlung

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 unipolarer 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 (DMPn) und Konzepte der integrierten Versorgung.

Leitlinien in der Versorgung psychisch Kranker sind ein Schwerpunkt des

4. Jahreskongresses Psychotherapie

am **25. und 26. Oktober 2008** in Bochum, der vom Hochschulverbund Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW veranstaltet wird.

Der Kongress bietet Gelegenheit, mit psychologischen und ärztlichen Referenten über die Entwicklung und Bedeutung von Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen zu diskutieren. Thematisiert wird auch, welche Konsequenzen Leitlinien für die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachgruppen, für die Qualitätsanforderungen und die Finanzierung der Versorgung haben könnten.

Als Referenten stehen zur Verfügung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universität Freiburg), der im Koordinationsteam an der Entwicklung der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression beteiligt war, Hardy Müller (Techniker Krankenkassen, Landesverband Hamburg), Prof. Dr. Nina Heinrichs (Universität Bielefeld), Dr. med. Christa Roth-Sackenheim (DGPPN)
Information und Anmeldung unter:
www.unifortbildung-psychotherapie.de

Vom **14. bis 15. November 2008** findet in Köln der Kongress: „Heilen und Forschen heute - Geisteswissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie“ statt.

Der Kongress greift die Frage auf, inwiefern Psychotherapie als Geistes- und Kulturwissenschaft zu verstehen und zu betreiben ist. In welchem Verhältnis stehen geistes- und naturwissenschaftliche Aspekte der Psychotherapie? Der Kongress will deutlich machen, was wir uns unter einer „Geisteswissenschaft der Natur“ vorzustellen haben. Ausgangspunkt bilden Psychoanalyse, Traumatherapie und Psychosomatik.

Veranstalter:
IKPPD, Prof. Dr. Gottfried Fischer
Mehr Informationen unter:
www.psychotraumatologie.de

Asylbehörden unterschätzen Folterfolgen

In NRW leben rund 70.000 Flüchtlinge ohne dauerhafte Aufenthaltsberechtigung. Jeder zweite bis dritte dieser Flüchtlinge hat massive Gewalterlebnisse hinter sich. „Bis heute stellen deutsche Behörden nicht ausreichend sicher, dass Flüchtlinge mit traumatischen Erfahrungen die erforderlichen medizinischen Leistungen erhalten“, stellte Eva van Keuk vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf anlässlich des Internationalen Tages zur Unterstützung der Folteropfer am 26. Juni fest. „Vor allem psychische Krankheiten gelten bei deutschen Asylbehörden häufig nicht als behandlungsbedürftig“, kritisierte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, in der gemeinsamen Pressekonferenz in Düsseldorf. „Viele psychische Störungen sind jedoch schwere und lang dauernde Erkrankungen und nicht selten lebensgefährlich, weil die Patienten suizidgefährdet sind.“

Seit Februar 2005 müssen Flüchtlinge, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, nach EU-Aufnahmerichtlinien die erforderliche Behandlung erhalten. „In der Praxis werden Folteropfer jedoch nicht einmal systematisch identifiziert“, berichtete Eva van Keuk, die seit zwölf Jahren Flüchtlinge im Düsseldorfer Psychosozialen Zentrum behandelt. Bei der Anhörung



Josef Akino, Flüchtling aus dem Sudan

eines Asylantrags stehe vor allem die Glaubwürdigkeit des Flüchtlings im Vordergrund. Seine Angaben würden deshalb insbesondere daraufhin geprüft, ob sie detailliert, nachvollziehbar und widerspruchsfrei sind.

„Folteropfer leben aber vielfach in einem ständigen Angst- und Alarmzustand“, erklärte PTK-Präsidentin Monika Konitzer. „Sie sind oft nicht in der Lage, ihre traumatischen Erlebnisse auch nur chronolo-

gisch korrekt wiederzugeben.“ Flüchtlinge wüssten außerdem häufig selbst nicht, dass sie psychisch krank und ihre wiederkehrenden furchtbaren Alpträume die Symptome einer schweren seelischen Verletzung sind. Prof. Johannes Kruse, leitender Oberarzt der Düsseldorfer Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, kritisierte, dass nur posttraumatische Belastungsstörungen als Asylgrund anerkannt werden, nicht aber andere Erkrankungen wie schwere Depressionen.

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 hatte die Kammer deshalb zu einer Arbeitstagung nach Dortmund eingeladen, um in Krankenhäusern arbeitenden Psychotherapeuten 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 dort 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 Psychotherapie-Anfänger 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.