

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2010

November
2010

Themen dieser Ausgabe:

- *Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler*
- *Gesundheitsministerkonferenz*
- *Round-Table-Gespräch mit Prof. Dr. Heinz Hennig und Beate Caspar: 20 Jahre Deutsche Einheit*
- **BPtK-Fokus:**
Psychische Störungen infolge sexuellen Kindesmissbrauchs
- **BPtK-Inside:**
Reform der Psychotherapeutenausbildung

Foto von links nach rechts:

*MinDir Dr.
Ulrich Orlowski,
Bundesministerium für
Gesundheit*

*Prof. Dr. Rainer Richter,
Präsident der BPtK*

*Dr. Philipp Rösler,
Bundesgesundheits-
minister*

*Monika Konitzer,
Vizepräsidentin der BPtK*

*ORR'in Susanne Becker,
Bundesministerium für
Gesundheit*

Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Am 4. November 2010 fand ein Gespräch zwischen dem Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) statt.

Reform der Bedarfsplanung

Am Reformbedarf könne man nicht zweifeln, stellte Minister Rösler fest. Fast alle 395 Planungsbe- reiche würden als regel- bis übertersorgt gelten. Dennoch berichteten Pa- tienten und Leistungser- bringer regelmäßig von gravierenden Warte- zeiten. Die BPtK konnte diesen Eindruck für die Versorgung von psy- chisch kranken Menschen nur bestätigen. Ein Ver- sorgungsgrad von 100 Prozent bedeute, dass zwischen 4,3 oder 38,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner in einem Planungsbereich zur Verfügung stehen. Diese Spannweite bei den absoluten Zahlen mache deutlich, dass die prozentualen Angaben zur Regel- bzw. Überversorgung keinen Rück- schluss auf die reale Ver- sorgungssituation erlauben.

Dr. Rösler ging davon aus, dass der Versorgungsbedarf sich nicht empirisch eindeutig fassen oder belegen lasse. Entscheidungen zur Versorgungs- dichte werden Verhandlungs- sache sein, so wie Anfang der 1990er Jahre die Festlegung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen. Hier könne er sich mehr Entscheidungs- kompetenzen auf der Landes- bzw. regionalen Ebene vor- stellen. Es gehe darum, neue Festlegungen zu finden, die

auch sektorenübergreifende Aspekte beachten und eine bedarfsgerechtere Versorgung ermöglichen würden. Die Versorgung psychisch kranker Menschen sei dabei ein beson- deres Thema. Die BPtK werde in die anstehenden Ber- atungen mit einbezogen.



Medizinische Versorgungszentren

Der Minister erläuterte sein Ziel, Freiberuflern bei der Gründung und dem Betrieb von Medizinischen Ver- sorgungszentren eine reelle Chance zu sichern. Sie dürften nicht durch kapitalkräftige An- bieter z. B. aus dem Bereich der Krankenhäuser verdrängt werden. Dies sei der politi- sche Wille der Bundesregie- rung, der auch im Koalitions- vertrag festgehalten worden sei. Freiberufler seien hier selbstverständlich nicht nur Vertragsärzte sondern auch Vertragspsychotherapeuten.

Aufhebung der Befugnisseinschränkung

Die BPtK erinnerte daran, dass mit dem Psychotherapeu- tengesetz vor mehr als zehn Jahren den neuen Heilbe-

rufen keine Befugnisse zur Ver- ordnung von Heil- und Hilfs- mitteln, zur Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheini- gung und zur Einweisung ins Krankenhaus erteilt wurden. Dies müsse heute als überholt gelten. Man könne Patienten unnötige Wege und den Ver- tragsärzten büro- kratischen Auf- wand ersparen. Angesichts des Ärztemangels sei dies auch ein not- wendiger Beitrag zu mehr Effizienz. Der Minister si- cherte zu, die An- regungen zu prü- fen und eventuell beim anstehenden Versorgungsge- setz zu berück- sichtigen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Zum Schluss erläuterte die BPtK ihr Anliegen einer Re- form der Psychotherapeuten- ausbildung. Es bestehe kurz- fristiger Handlungsbedarf, sonst werde der Bachelor zur Eingangsqualifikation für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu- ten. Auch müssten Psychothe- rapeuten in Ausbildung wäh- rend ihrer Tätigkeit im Kran- kenhaus angemessen vergütet werden. Der Minister sah den Handlungsbedarf in beiden Feldern.

Die BPtK sagte Rösler zu, ihm Ende November einen in der Profession abgestimmten Gesetzesvorschlag zu unter- breiten. Der Minister bot an, auf Basis dieses Entwurfs, er- neut das Gespräch zu suchen.

Bundesländer zur Bedarfsplanung

Am 25. Oktober 2010 fand in Berlin eine Sondersitzung der Gesundheitsminister des Bundes und der Länder (GMK) statt. Bereits im Vorfeld hatten die Bundesländer gemeinsam ein detailliertes Konzept zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgelegt. Danach verfolgten die Gesundheitsminister der Länder vor allem zwei Ziele: Die Bundesländer wollen ihre Gestaltungsmöglichkeiten stärken. Künftig wollen sie im Gemeinsamen Bundesausschuss mit beraten und in einem Gemeinsamen Landesausschuss mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie den Krankenkassen Vorgaben für

eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung formulieren.

Ziel ist außerdem eine sektorenübergreifende Darstellung der regionalen Versorgung als Planungsgrundlage. Dafür sollen regional die Versicherten- und Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen zusammengeführt werden. Die Länderminister baten das Bundesgesundheitsministerium, dafür Möglichkeiten einer rechtssicheren Datenzusammenführung zu suchen.

Die BPTK unterstützt das GMK-Konzept. Eine prospektive Planung, die flexibel und kleinräumig Morbiditätsentwicklungen berücksichtigt, muss sektoren-

und berufsgruppenübergreifend regionale Versorgungsmuster erkennen können. In ländlichen Regionen gibt es z. B. neunmal weniger Psychotherapieplätze als in Kernstädten. Psychisch kranke Menschen können aber die damit verbundenen Wartezeiten und Wege häufig nicht auf sich nehmen. Konsequenzen sind mehr Pharmako- statt Psychotherapie oder eine Versorgung durch das nächste Krankenhaus.

Das GMK-Bedarfsplanungskonzept würde solche Verlagerungseffekte sichtbar machen und damit eine zentrale Voraussetzung für eine adäquate Planung des ambulanten Versorgungsangebotes schaffen.

Methylphenidat und die multimodale Therapie bei ADHS

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden, besteht nach wie vor eine Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die Verordnungen von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS waren nach einer GEK-Studie von 2008 dramatisch angestiegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) schränkte am

16. September 2010 die Verordnungsfähigkeit von Methylphenidat ein. Die Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie können einen Beitrag dazu leisten, die Fehlversorgung, insbesondere von ADHS-Patienten mit geringerem Schweregrad, abzubauen.

Für ADHS-Patienten mit schweren Beeinträchtigungen sollten aber weiterhin die evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen umgesetzt werden

(z. B. NICE-Guideline 2008). Für diese Patientengruppe ist eine Arzneimitteltherapie i. d. R. unverzichtbar, um eine erfolgreiche Teilnahme des Kindes in der Schule, seine soziale Integration und eine Entlastung der Familie zu ermöglichen. Gleichzeitig ist es dringend geboten, die Kapazitäten für nicht-medikamentöse Behandlungsbausteine auszuweiten und bestehende Versorgungsdefizite abzubauen.

Eckpunkte des KBV-ADHS-Vertrages:
www.kbv.de/12098.html

NICE Guideline ADHD:
<http://guidance.nice.org>

Beschluss des G-BA zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie:
www.g-ba.de/downloads

Gute Zeiten für die PKV

Das GKV-Finanzierungsgesetz, das am 12. November verabschiedet wurde, erleichtert den Wechsel von der gesetzlichen (GKV) in die private Krankenversicherung (PKV). Versicherte, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (2011:49.500 EUR) liegt, müssen mit dem Wechsel in die PKV nur noch ein Jahr warten. Bisher galt eine Wartezeit von drei Jahren.

Junge, gesunde und gut verdienende Versicherte werden schneller in die PKV wechseln. Kranke Menschen sind dagegen auf die Solidarität innerhalb der

GKV angewiesen. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben aufgrund der Gesundheitsprüfungen häufig gar keine Wahl, weil sie keinen PKV-Vertrag angeboten bekommen.

Auch vom Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) soll die PKV profitieren. Die Preise, die der GKV-Spitzenverband für innovative Arzneimittel aushandelt, sollen künftig auch für PKV-Mitglieder und Beihilferechtigte gelten. Im Zusammenhang mit der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

ist außerdem eine Öffnungsklausel in der Diskussion, die im Ergebnis dazu führen wird, dass die PKV Verträge mit Leistungserbringern schließen kann, um Zugang, Behandlung und Vergütung steuern zu können. Die PKV wird sich dann klassischer GKV-Steuerungsinstrumente bedienen.

Für die PKV kommt diese Übernahme des GKV-Modells gerade noch rechtzeitig. Während in der PKV von 1997 bis 2008 die Kosten je Versicherten um knapp 50 Prozent stiegen, wuchsen die Leistungsausgaben in der GKV nur um 31 Prozent.

Psychische Störungen infolge sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen

BPtK-Fokus

2009 wurden in Deutschland 11.319 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch registriert. In den letzten zehn Jahren hat die Zahl der angezeigten Fälle um 27 Prozent abgenommen. Studien weisen auf vergleichsweise deutlich höhere Opferzahlen hin. Schätzungen aus Europa und den USA gehen davon aus, dass zehn bis 15 Prozent der Frauen und fünf bis zehn Prozent der Männer bis zum Alter von 16 Jahren mindestens einmal einen sexuellen Körperkontakt erlebt haben, der durch Gewalt erzwungen wurde. Die Schätzungen der Dunkelziffer schwanken aus mehreren Gründen deutlich. Zum einen wagen die Opfer oft nicht, über einen Missbrauch zu sprechen oder ihn sogar zur Anzeige zu bringen. Zum anderen werden schwere seelische Verletzungen in der Erinnerung oft verzerrt oder überhaupt nicht mehr erinnert.

Unter sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen wird ihre Beteiligung an sexuellen Aktivitäten verstanden, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch nicht erfassen. Dabei benutzen bekannte oder verwandte (zumeist männliche) Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und missbrauchen das Macht- und Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes. Sexueller Missbrauch umfasst alle möglichen vaginalen, oralen oder analen Praktiken, anzügliche Bemerkungen, Berührungen, Exhibitionismus, Missbrauch von Kindern zur Herstellung pornographischer Materials, auch die Anleitung zur Prostitution. Weil Kindern eine Einwilligungsfähigkeit in diesem Sinne fehlt, sind sexuelle Handlungen an Kindern unter 14 Jahren in Deutschland grundsätzlich strafbar.

Sexueller Missbrauch ist keine eigenständige psychische Erkrankung. Allerdings treten in der Folge oft psychische Störungen

auf. Kurzfristig zeigen sich zunächst sogenannte „unspezifische“ Belastungsreaktionen. Die Betroffenen reagieren z. B. depressiv, ziehen sich zurück, werden aggressiv oder klagen über Schmerzen oder Albträume. Auch so genanntes „sexualisiertes“ Verhalten ist oft eine Folge sexuellen Missbrauchs: Kinder beschäftigen sich z. B. beim Spielen mit sexuellen Inhalten oder zeigen verführerisches Verhalten Erwachsenen gegenüber. Jugendliche zeigen häufiger promiskuitives Verhalten, Drogen- und Alkoholkonsum oder ver-

sexuell missbraucht wurden, fünf- bis sechsfach höher. Dabei entwickeln sie verschiedene psychische Erkrankungen. Am häufigsten sind Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Suchterkrankungen, aber auch Angststörungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, reaktive psychotische Episoden oder Persönlichkeitsstörungen. Besonders häufig hängen Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit frühen seelischen Verletzungen zusammen. Die Wahrscheinlichkeit von psychischen Erkrankungen erhöht



Dr. Christine Bergmann,
Bundesministerin a. D.
Unabhängige Beauftragte zur
Aufarbeitung des sexuellen
Kindesmissbrauchs

Telefonische Anlaufstelle für Betroffene: 0800 2255-530

Unter der kostenfreien Rufnummer 0800 2255-530 der Unabhängigen Beauftragten können Betroffene sexuellen Missbrauchs mit Fachkräften aus den Bereichen der Sozialpädagogik, Beratung, Psychologie und Medizin über das Erlebte sprechen. Aber auch Angehörige sowie Menschen, denen Fälle von Missbrauch in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld auffallen, können sich bei der Anlaufstelle melden. Wenn gewünscht, zeigen die Expertinnen und Experten den Anrufenden weitere Möglichkeiten der Hilfe und Beratung auf. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden gebeten, sich zu melden, um von ihren Erfahrungen zu berichten oder um Anregungen zum weiteren Umgang mit Betroffenen zu bekommen.

Alle Anliegen können auch schriftlich gerichtet werden an:

Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten
zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs
Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a. D.
Glinkastraße 24
10117 Berlin
Fax: +49 (0)3018 555-41558
E-Mail: kontakt@ubskm.bund.de
Internet: www.beauftragte-missbrauch.de
Kampagne: www.sprechen-hilft.de

letzten sich selbst. Häufig manifestieren sich die Folgen erst im Erwachsenenalter. Unbeantwortet ist bislang die Frage, warum manche Frauen oder Männer nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit im Erwachsenenalter schwer erkranken und andere nicht. Es gibt Hinweise darauf, dass andere Faktoren, wie z. B. soziodemografische, familiäre oder psychodynamische, einen Einfluss darauf haben, ob insbesondere nach leichteren Formen von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zu einem späteren Zeitpunkt psychische Krankheiten auftreten.

Die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, ist bei jungen Erwachsenen, die als Kinder

sich, je länger und häufiger ein Kind oder Jugendlicher sexuell missbraucht wurde und hängt auch vom Schweregrad des Missbrauchs ab. Die Erkrankungen sind umso schwerer, je jünger das Kind dabei war und je weniger das Kind auf eine unterstützende Umgebung zurückgreifen konnte. Auch emotionale Nähe zum Täter spielt eine Rolle.

Es ist nachgewiesen, dass psychischen Störungen infolge sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter durch Psychotherapie erfolgreich behandelt werden können. Alle Psychotherapieverfahren verfügen über Behandlungskonzepte für diese Störungen.

Sprechzeiten:
Mo 8 bis 14 Uhr
Di, Mi, Fr 16 bis 22 Uhr
So 14 bis 20 Uhr



Psychotherapie in der DDR

Interview mit Prof. Heinz Hennig und Beate Caspar



Prof. Dr. Heinz Hennig hat über 30 Jahre an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität in Halle gewirkt. Er setzte sich intensiv für die Ausbildung der Ärzte und Psychologen in der KathymImaginativen Psychotherapie ein.

Diplom-Psychologin Beate Caspar ist niedergelassene Psychotherapeutin in Weißenfels an der Saale. Das Gespräch führte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter.



Richter: Warum sind Sie Psychotherapeut geworden? War das in der DDR eine besondere Berufsentscheidung?

Hennig: Als ich anfang, Psychologie zu studieren, habe ich an Patientenbehandlung zunächst nicht unbedingt gedacht. Vor dem Psychologiestudium in Berlin habe ich Rehabilitationspädagogik für Körperbehinderte mit Abschluss fürs Lehramt studiert. Danach bin ich nach Leipzig gegangen und habe Psychologie studiert. Die Psychologie war damals im Aufwind. Aber 1961 hatten mir russische Kollegen noch Angst vor dem Psychologiestudium vermittelt, weil in Russland immer noch stalinistisches Denken herrschte. Man muss dazu sagen, dass alle Diktaturen, alle autoritären Staaten psychoanalytisches Denken verbieten. Hinterfragen ist nicht gestattet. Verhaltenstherapieren darf man noch. Verhaltenstherapie deshalb, weil wichtige Grundlagen vom russischen Mediziner Iwan Pawlow entwickelt wurden. Und als ich anfang, hat man uns noch mit Pawlow bombardiert. Aber was haben die Studenten gemacht? Die haben natürlich Freud gelesen.

Caspar: Ich komme aus einer Medizinerfamilie und wollte nicht Medizin studieren. Da war das eine ganz klare Entscheidung. Wobei es nicht einfach war, überhaupt an einen Studienplatz ranzukommen. Es war für mich deshalb auch schwierig, weil wir eben eine sehr auffällige Familie waren. Es war klar, dass ich das Prädikat „für das Studium besonders geeignet“ nicht bekommen würde.

Nun kannten wir aber den Direktor einer Poliklinik sehr genau und da habe ich mit dem einen

Fördervertrag gemacht, in dem ich mich verpflichtet habe, nach dem Studium an die Poliklinik nach Weißenfels zu kommen. Durch diese Delegation musste mich die Universität nehmen, obwohl ich nicht den „politischen Persilschein“ hatte. Mit 22 Jahren habe ich meine ersten Patienten behandelt. Einfach so, zack rein, nun mach mal. Das war klasse. Das war das Beste, was mir passieren konnte.

Hatten Sie den Eindruck, ein politisch verdächtiges Fach zu studieren?

BC: Ich bin im gleichen Studienjahr mit Sybille Havemann gewesen, der Tochter des DDR-Regimekritikers Robert Havemann. Wir haben 1976 die Ausbürger-

ben, war: Wir wollen Psychotherapie machen. Das war so die Überschrift über dem Ganzen. Da waren natürlich Zustände nötig und man wusste an der Universität ganz schnell, mit wem man rechnen konnte im positiven Sinn und mit wem nicht. Und da gab es wirklich auch Professoren, die uns gerade in diesem klinischen Bereich unglaublich unterstützt haben. Die uns mit Literatur versorgt haben, die auch am Wochenende auf ihrer Datsche mit uns Selbsterfahrung gemacht haben. Also, ohne so eine Gruppe wäre es nicht gegangen. Und das war einfach auch ein unheimliches Gegengewicht.



Wenn Sie die psychotherapeutische Versorgung in der DDR mit der heutigen in Deutschland vergleichen, was war anders, was war besser oder schlechter?

BC: Es sind heute einfach mehr Psychotherapeuten da, die Menge ist größer, die Dichte ist größer, gerade auch wenn Sie die ländliche Versorgung ansehen. In der DDR gab es ja zum Teil Anfahrtszeiten für die Patienten, die für sie gar nicht möglich

waren. Ich denke, das ist deutlich besser geworden.

HH: Ich kann mich noch erinnern, dass da Leute in den frühen 1970er Jahren vom Lande mit Kinderchen kamen die eine Enkopresis hatten und sagten: „Ja, wir sind schon jahrelang unterwegs. Die Pädiater haben gesagt: „Steißvereisung“. Das wurde in den 1980er Jahren natürlich differenzierter. Heute hat z. B. eine Stadt wie Halle 75 niedergelassene Psychotherapeuten. Zu DDR-Zeiten waren es vielleicht 15 Psychotherapeuten.

Und die waren dann in Polikliniken?

HH: Die waren alle in den Polikliniken. Sämtliche Kliniken hatten auch eine poliklinische Abteilung, die volle Versorgung

gemacht hat, ohne Budget, ohne Limit.

BC: Die Polikliniken in den Betrieben hatten schon ihren Charme, da muss ich jetzt eine Lanze für die Sozialpsychologen brechen, die ja zum Teil auch klinisch ausgebildet waren. Unter dem Stichwort „psychische Gesundheit“ wurden ja viel mehr solcher Themen wie: Schichtarbeit oder nicht? Frauen, Männer, auch



die Struktur der Arbeit subsubsumiert. Das war längst nicht nur Psychotherapie.

HH: Aber die Versorgung war auch sehr unterschiedlich. Die Betriebspolikliniken leisteten sich die Großbetriebe: Leuna, Buna, Zeiss. Es gab nicht so viele Psychologen. Die Zulassung zum Studium war sehr begrenzt. Die Jahrgänge der Studenten waren klein. Ihr wart?

BC: 20 Studenten.

HH: Wir waren manchmal nur 14. Man kann aber sagen, dass späterhin (nach 1981) mindestens ein Fachpsychologe für Medizin in jeder Poliklinik saß. Entweder als Selbstständiger oder in den neuropsychiatrischen Abteilungen.



Musste eine bestimmte Anzahl von Therapien erbracht werden?

BC: Wir hatten Pläne, einen Jahresplan, einen 5-Jahres-Plan, einen 7-Jahres-Plan und da stand immer drin, wie viele Patienten z. B. in den Frühsprechstunden ab 6 Uhr oder nach der Arbeitszeit ab 16 Uhr sein sollten. Und wir haben natürlich Statistiken über Statistiken geschrieben. Letzten Endes hat jedoch keinen interessiert, wie viele Patienten wir wann wie lange behandelt haben. Es gab

ja auch nicht diese Begrenzung der Behandlungstermine auf 50 Minuten. Es gab gar keine Vorschrift. Wir haben die Patienten nach Notwendigkeit bestellt. Oder wir sind mit den so genannten „Fürsorgerinnen“ zu den Patienten nach Hause gegangen. Hausbesuche waren für uns selbstverständlich. Wir haben so die Familie gesehen oder die Situation am Arbeitsplatz. Alles war wesentlich lockerer. Dieser Übergang von ambulant zu stationär und wieder zurück in die Ambulanz, das war überhaupt kein Problem. Das ging ganz einfach. Die konsiliarische Tätigkeit im allgemeinen Krankenhaus war für jeden auf dem Land quasi Pflicht. Die Konsiliardienste wechselten oftmals wochenweise: Eine Woche hatte der Psychiater Dienst, die andere Woche der Psychologe. Keiner hat gesagt: „Ach Sie sind bloß Psychologe? Sie können das überhaupt nicht beurteilen.“ Das war überhaupt kein Kriterium.

HH: Der Anteil der Gruppentherapie war viel höher. Die Dominanz der Gruppe war am Anfang zu stark. Die Einzeltherapie ist am Anfang zu wenig gefördert worden. Das haben wir dann allmählich verändern können.

BC: Es gab gar nicht so eine Unterscheidung: Jetzt kommt dieser Patient zur Gruppe und der andere zur Einzeltherapie. Es hieß: Der Patient kommt zur Therapie. Punkt. Und dann haben wir – häufig im Team – entschieden, was wir machen. Es war eben viel machbar. Das erlebe ich heute auch als Nachteil, weil ich denke, dass viele Krankheitsbilder sich in Kombination mit Gruppentherapie oder auch in verhaltenstherapeutischen Gruppen wesentlich besser behandeln lassen. Aber solange es sich nicht lohnt, wird es keiner machen.

HH: Ein Arbeitsbereich vieler Kollegen war auch die Rehabilitation. Ich kann mich erinnern, dass ich regelmäßig in Reha-Einrichtungen in der Umgebung von Halle hinausgefahren bin, und wir haben dort Untersuchungen gemacht: Wie belastbar ist jemand, kann man einem Patienten schon eine höhere Belastungsstufe geben oder nicht? **Haben Ihre Patienten befürchtet, von Ihnen politisch ausgehört zu werden?**

BC: Ich habe eine ganze Reihe von

Patienten begleitet, die einen Ausreiseantrag gestellt hatten. Und ich wusste dann auch, dass ich in meinem Sprechzimmer ein Mikrofon hatte.

Dass haben Sie gewusst?

BC: Ja, weil eines Tages die Gardinenstange herunterfiel – und da war es drin. Vorher hatte ich mich schon gewundert, dass plötzlich Sachen beim Kreisarzt waren, die wirklich nur in meinem Sprechzimmer stattgefunden haben konnten. Und ich wunderte mich oft, dass ich Akten dorthin geben musste, z. B. immer vor der Wahl.

HH: Aber Du hast doch die Akten vorsichtig geführt.

BC: Ich habe nie etwas in die Akten hineingeschrieben.

HH: In der Akte stand nur „therapeutisches Gespräch“.

BC: Oder „Relaxationsverfahren“ oder „Autogenes Training“. Die Patienten wussten zumindest bei den wenigen Psychologen, die es „auf dem Land“ gab, wer wie orientiert war. Von mir wussten sie es ganz genau, weil ich in vielen kirchlichen Gruppen sehr engagiert war. Ich hatte in dieser Zeit wenig Parteigenossen als Patienten.

Also ein zusätzliches Kriterium für die Patienten-Therapeuten-Passung?

BC: Auf jeden Fall. Man verstand sich von vornherein.

Aber es wurde nicht ausgesprochen?

BC: Nein.

HH: In einem Weihnachtspaket sollte ich von einem Ulmer Freund einmal den neuesten Bestseller von Horst Eberhard Richter „Flüchten oder Standhalten“ bekommen. Im Paket war dann nur ein Zettel: „Dieses Buch verstößt gegen die Genfer Postkonvention“. Ich bin wutschnaubend zur Post und wurde von dort weiter zur Stasi-Zentrale der Post geschickt. Dann kam ein Offizier und sagte, die Genossen an der Grenze und vom Zoll hätte der Buchtitel irritiert. Die haben gedacht, dass es sich um eine Fluchthilfeanleitung handelt. Wie hau ich ab? Das war deren ständige Angst: „Der haut ab!“ Schließlich sagte der Offizier: Sie kriegen das Buch. Da steht es heute in meinem Regal.



DIMDI veröffentlicht OPS 2011

Am 27. Oktober 2010 hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die endgültige Fassung der Version 2011 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) veröffentlicht. Seit 2010 gilt der OPS, mit dem Leistungen in Krankenhäusern erfasst werden, auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Die Grundstruktur des OPS bleibt bestehen. Veränderungen ergeben sich bei folgenden Punkten:

- Die Leistungen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen sowie die der Spezialtherapeuten und der Pflegekräfte werden in Zukunft gemeinsam erfasst. Hiermit wird zum einen der Dokumentationsaufwand etwas reduziert, zum anderen macht dies deutlich, dass sich die Leistungen der beiden Berufsgruppen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen inhaltlich und im Aufwand nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Ausgenommen von dieser Änderung sind die Leistungen innerhalb des psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexcodes. Hier werden auch in Zukunft ärztliche und psychotherapeutische Leistungen getrennt voneinander erfasst. Dies ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und kann letztlich als ein Ergebnis überholter Standespolitik gewertet werden, die darauf abzielt Ärztliche und Psychologische Psychotherapie künstlich voneinander abzugrenzen.
- Der psychotherapeutische Komplexcode kann zukünftig auch dann verschlüsselt werden, wenn die Indikation für die psychotherapeutische Komplexbehandlung von einem Psychologischen Psychotherapeuten gestellt wird. Damit erfolgt zumindest in diesem Behandlungsbereich eine Gleichstellung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, wie sie die BpTK in ihren Änderungsvorschlägen für den OPS 2011 für alle Codes gefordert hatte.
- In der Intensivbehandlung wird der Behandlungsaufwand anhand von Patientenmerkmalen grob differenziert. Abhängig davon, wie viele der Patientenmerkmale, wie z. B. Suizidalität, Fremdgefährdung oder schwere Antriebsstörung, im Einzelfall vorliegen, werden unterschiedliche Codes verschlüsselt. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, inhaltlich jedoch noch nicht ausgereift, da diese Merkmale aus klinischer Sicht nicht beliebig aufaddiert werden können. Der Vorschlag der BpTK für eine differenziertere Verschlüsselung dieser Patientenmerkmale wurde nicht in den OPS 2011 aufgenommen.

Von links nach rechts:

Christian Letz,
PtK Niedersachsen

Gerd Hoehner, stellv.
Versammlungsleiter

Wolfgang Schreck,
Versammlungsleiter

Bertke Reiffen-Züger,
stellv. Versammlungsleiterin



17. Deutscher Psychotherapeutentag zur Psychotherapeutenausbildung

Mit großer Mehrheit nahmen die Delegierten des 17. Deutschen Psychotherapeutentages den Entwurf einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und einer Approbationsordnung für den künftigen Psychotherapeutenberuf an. Der Entwurf sieht eine einheitliche Eingangsqualifikation auf Masterniveau für die postgraduale Ausbildung und eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis für die Praktische Ausbildung vor. Der 17. Deutsche Psychotherapeutentag bestätigte damit nachdrücklich die bereits beschlossenen Eckpunkte der angestrebten Reform der Psychotherapeutenausbildung und beauftragte den BpTK-Vorstand, unverzüglich Gespräche mit dem Bundesgesundheitsministerium aufzunehmen. Die Delegierten begrüßten ferner die geplanten Gespräche mit den Hochschulen zu praktikablen Details einheitlicher Eingangsqualifikationen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Am 26. Oktober 2010 diskutierten Psychotherapeuten auf einem Ausbildungsgipfel in Berlin Details der vom 16. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im Mai 2010 mit großer Mehrheit beschlossenen Eckpunkte einer Ausbildungsreform. Der Vorstand der BPtK hatte Berufs- und Fachverbänden, Hochschulen, Ausbildungsteilnehmer und Ausbildungsstätten vorab um schriftliche Stellungnahmen zu seinem Entwurf gebeten.

therapeutenberuf mit einem Masterabschluss als einheitlicher Eingangsqualifikation für die postgraduale Psychotherapeutenausbildung zu schaffen.

Die einheitlichen Eingangsqualifikationen, insbesondere die Mindestvorgaben zu den psychologischen Kenntnissen, wurden auf dem Ausbildungsgipfel noch einmal intensiv diskutiert. Die Vorgaben wurden als notwendige Basis für einen gemeinsamen Beruf gesehen, weil ohne hinrei-

Bewertung der DPT-Beschlüsse

Einzelne Vertreter von Ausbildungsinstituten, Vertreter einzelner Verbände und Fachhochschulvertreter lehnten die geplante Ausbildungsreform grundsätzlich ab. Die heutigen Ausbildungsstrukturen seien vernünftig, die Beschlüsse des DPT dagegen unausgegoren.

Andere Diskutanten drängten auf eine rasche Umsetzung der Reformeckpunkte. Mit Blick



Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die Bundesregierung plant vorerst keine Reform der Psychotherapeutenausbildung. Das stellte sie in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 17/3153) fest, obwohl sie einen „erheblichen Änderungsbedarf“ in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sieht. Zunächst müsse die Frage der zukünftigen Ausbildungsstruktur „nochmals vertieft diskutiert werden“. Die Aussagen des 2007 in Auftrag gegebene Forschungsgutachtens reichten als Grundlage für eine Entscheidung allerdings nicht aus. Dass es vorab auch keine kleine Reform geben werde, für die sich die GMK im Sommer ausgesprochen hatte, machte Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages deutlich (BT-Drs. 17(14)0081). Eine gesetzliche Festschreibung des Masterniveaus verlange die Festlegung von Studieninhalten und damit Änderungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Damit sei man bei einer umfassenden Gesetzesreform.

BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter erläuterte einleitend, dass die Profession rasch Lösungen für die drängenden Probleme der heutigen Ausbildung finden müsse. Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN habe deutlich gemacht, dass es vom Votum der Psychotherapeutenchaft abhängt, ob es in absehbarer Zeit eine Ausbildungsreform geben werde. Die Bundesregierung nehme die Etablierung des Bachelorabschlusses in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie offensichtlich billigend in Kauf und habe auch kein sachgerechtes Konzept, um die finanzielle Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) angemessen zu regeln.

Einheitliche

Eingangsqualifikationen

Zu den zentralen Eckpunkten der vom 16. DPT beschlossenen Ausbildungsreform gehört das Ziel, einen einzigen Psycho-

therapeutenberuf mit einem Masterabschluss als einheitlicher Eingangsqualifikation für die postgraduale Psychotherapeutenausbildung zu schaffen. Die einheitlichen Eingangsqualifikationen, insbesondere die Mindestvorgaben zu den psychologischen Kenntnissen, wurden auf dem Ausbildungsgipfel noch einmal intensiv diskutiert. Die Vorgaben wurden als notwendige Basis für einen gemeinsamen Beruf gesehen, weil ohne hinrei-

Nicht länger und teurer

Um eine Verlängerung und Verteuerung der Ausbildung zu vermeiden, soll es – so der BPtK-Vorschlag – zukünftig möglich sein, bereits im Studium die heutigen Grundkenntnisse zu erwerben und Praktika zu absolvieren. Dadurch könnte bereits am Anfang der Psychotherapeutenausbildung eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis erteilt werden. Während einige den Zeitpunkt für verfrüht hielten, begrüßten andere, dass damit die Voraussetzung einer angemessenen Bezahlung der Ausbildungsteilnehmer geschaffen werde.

auf die Mediziner- und -weiterbildung müsse man hohe Anforderungen an sich selbst stellen, um nicht aus der ersten Liga der Leistungsbinger abzustiegen. Ausbildungsteilnehmer warnten davor, die souveräne Entscheidung des 16. DPT wieder infrage zu stellen. Seit Jahren würden die gleichen Argumente ausgetauscht, während der Handlungsdruck immer weiter steige. Die Vorschläge im Vorstandsentwurf seien geeignet, die Probleme der PiA zu lösen.

Prof. Richter stellte abschließend klar, dass die einheitliche Approbation nur mit einheitlichen Eingangsqualifikationen auf Masterniveau erreicht werden könne. Um zukünftig ausreichend viele Hochschulabsolventen zu haben, die die einheitlichen Eingangsqualifikationen erfüllen, werde man gemeinsam mit den Hochschulen praktikable, in einer Approbationsordnung festzulegende Lösungen suchen.

Studie zur ambulanten Psychotherapie

Die Studie ist abrufbar unter: www.springerlink.com

Rund jeder zehnte Deutsche war in den vergangenen sechs Jahren in ambulanter Psychotherapie. Fast alle, knapp 90 Prozent der Patienten, waren mit der Behandlung zufrieden. Zu den mit Abstand häufigsten Gründen für eine ambulante Psychotherapie zählen depressive Beschwerden (85 Prozent) und Ängste (63 Prozent) vor Essstörungen (26 Prozent) und Suchtproblemen (13 Prozent). Über 60 Prozent der Patienten hatten zuvor mit einem Hausarzt über ihre seelischen Probleme gesprochen.

Das sind die zentralen Ergebnisse einer aktuellen Studie der Universität

Leipzig, die in der Zeitschrift „Psychotherapeut“ veröffentlicht wurden. Die Studie untersuchte die ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der behandelten Patienten.

Die Studie dokumentiert erneut die besondere Bedeutung der Hausärzte beim Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Über 60 Prozent der Patienten gaben an, vor Beginn der ambulanten Psychotherapie mit dem Hausarzt über die seelischen Probleme gesprochen zu haben. Andere erste Ansprechpartner waren Psychiater (26 Prozent), Behandler in Krankenhäusern (16 Prozent) und an-

dere Ärzte (17 Prozent). Daneben wenden sich viele Betroffene auch an Familienmitglieder oder Freunde (jeweils 49 Prozent). Hausärzte und Behandler in Krankenhäusern ermutigten Patienten dabei besonders häufig zu einer ambulanten Psychotherapie (34 Prozent bzw. 38 Prozent).

Bei 80 Prozent der Patienten besserten sich die depressiven Beschwerden, bei etwa 50 Prozent auch die Arbeitsfähigkeit. Außerdem gaben die Patienten an, dass sich ihre Krankschreibungen verringerten und sie weniger stationäre und ambulante Behandlungen in Anspruch nahmen.

Neuer RKI-Bericht: Depressive Erkrankungen

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist das neue Themenheft 51 „Depressive Erkrankungen“ erschienen. Der aktuelle Bericht des Robert-Koch-Instituts (RKI) belegt die wachsende Bedeutung depressiver Erkrankungen in der ambulanten und sta-

tionären Krankenversorgung. Er beschreibt deren gesellschaftliche und ökonomische Kosten aufgrund vorzeitiger Berentung wegen Erwerbsminderung, Arbeitsunfähigkeit und verlorenen Erwerbsjahren bis hin zur erhöhten Mortalität infolge von vermehrten

chronischen somatischen Erkrankungen oder häufigeren Suiziden.

Der Bericht weist dabei auch auf unzureichende Behandlungskapazitäten und alters-, geschlechts- oder schichtabhängige Barrieren in der Versorgung hin.

Depression und koronare Herzkrankheit

Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK), die an einer depressiven Störung leiden, haben ein deutlich erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko. Eine bessere Depressionsbehandlung ist deshalb eine wichtige Aufgabe der strukturierten Versorgungsprogramme für KHK-Patienten.

Karina Davidson von der Columbia University konnte erstmals in einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigen, dass eine verbesserte Depressionsbehandlung zu weniger Herzinfarkten und anderen kardialen Ereignissen führt. Im Vergleich zur Routineversorgung wurde den Patienten eine gestufte Depressionsbehandlung angeboten, wobei die Patienten die „antidepressive“ Intervention

wählen konnten. Rund 75 Prozent der Patienten wählten Psychotherapie. Es erfolgte ein kontinuierliches Monitoring und eine formale Bewertung des Behandlungsverlaufs in 8-Wochen-Intervallen, die gegebenenfalls zu einer Anpassung der Intervention führte. Die Patienten zeigten nach neun Monaten eine deutlich geringere Depressivität, eine höhere Zufriedenheit mit der Depressionsbehandlung und eine signifikant geringere Rate an größeren kardialen Ereignissen (4 Prozent vs. 13 Prozent). Die Autoren führen dies u. a. sowohl auf die gestuften und umfangreicheren antidepressiven Interventionen als auch auf die Beschränkung auf Patienten mit anhaltenden depressiven Beschwerden zurück.

Quelle: Davidson, K. et al. (2010). Archives of Internal Medicine, 170 (7), S. 600-608.

Das Themenheft ist abrufbar unter:
www.rki.de

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

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

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Telefon: 030-278785-0
Fax: 030-278785-44
E-Mail: info@bptk.de
Internet: www.bptk.de