



BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2008

Juni
2008

Verbot der Folter – ein unverzichtbares zivilisatorisches Gebot

Themen dieser Ausgabe:

- *Proklamation gegen Folter*
- *Gesetzentwurf zu Mindestquoten*
- *BVA: Liste der Krankheiten im Morbi-RSA veröffentlicht*
- *Zukunft der Psychotherapieausbildung - Symposium der BPtK*
- **BPtK-Dialog:**
Interview mit Dr. Andreas Köhler (KBV)
- **BPtK-Focus:**
Auf der Suche nach gesundheitspolitischer Orientierung - Ärzte und Psychotherapeuten verabschieden Grundsatzpapiere
- **BPtK-Inside:**
G-BA: Gesprächspsychotherapie Psychisch Kranke im Strafvollzug Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Menschen

Die deutsche Psychotherapeuten-schaft lehnt jede Form von Folter ab. Für Psychotherapeuten gibt es keine Rechtfertigung, sich an Folter oder der Erforschung und Entwicklung von Foltertechniken zu beteiligen. Psychotherapeuten arbeiten nicht als Berater in Verhören, in denen Foltertechniken angewendet werden. Psychotherapeuten fordern unbedingten Verzicht der Polizei, der Geheimdienste und des Militärs auf physische und psychische Folter. Das sind die zentralen Aussagen einer Proklamation gegen Folter, die der 12. Deutsche Psychotherapeutentag in Bremen am 31. Mai 2008 beschloss.

Guantánamo und Abu Ghuraib

Die Bilder des 11. Septembers 2001 bleiben für immer in Erinnerung als Bilder eines gnadenlosen Terrorismus: Menschen in Flammen; Menschen, die aus den Fenstern von Hochhäusern sprangen; Menschen, die unter dem Schutt der Häuser begraben wurden. Die Erinnerung an den 11. September ist geprägt

durch Bilder einer einstürzenden Welt, in der für die Überlebenden und eine ganze Nation der nächste Morgen nicht mehr sicher war.

Andere Bilder überlagern inzwischen diese Erinnerung. Bilder aus Guantánamo und Abu Ghuraib. Bilder staatlichen Terrors. Seit dem 11. September 2001 ist das internationale Folterverbot gefährdet. Gefangene werden in „verschärften“ Verhören so brutal behandelt, dass diese Verhöre nach Ansicht des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (ICRC) der „Folter gleichkommen“. Kriegsgefangene verlieren ihren völkerrechtlichen Schutz, indem sie als „ungesetzliche feindliche Kombattanten“ bezeichnet werden. Die US-amerikanische Ärzteorganisation „Physicians for Human Rights“ klagt, dass „die Vereinigten Staaten seit 2002 systematische psychische Folter betrieben haben“. Die American Psychological Association sieht sich veranlasst, das Folterverbot in einer Resolution zu bekräftigen.

Fotos aus dem Gefängnis Abu Ghuraib im Irak zeigten 2004 Beispiele für diese berührungslöse Folter mittels psychischer Gewalt. Diese Folter zielt auf die menschlichen Sinne, auf zeitliche und räumliche Desorientierung, auf das existenzielle menschliche Bedürfnis nach Kontakt mit anderen, auf eine widerstandsbrechende Mischung von körperlicher und vor allem seelischer Erschöpfung, auf Todesängste durch simuliertes Ersticken („waterboarding“) und Hinrichten. Psychologen waren an Verhören in Guantánamo unmittelbar beteiligt. Sie arbeiteten mit Militärs in so genannten „Behavioral Science Consultancy Teams“ (BSCT) zusammen, um die „geistige Gesundheit und Schwächen“ der Gefangenen zu untersuchen und Verhöre zu planen. Psychologen machten sich damit zu Komplizen bei Folter. Das ICRC kritisierte völlig zu Recht eine „eklatante Verletzung der medizinischen Ethik“.

Amnesty International warnt davor, dass die Internationale Schutztruppe in Afghanistan

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit der Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wird allen Beteiligten vor Augen geführt, dass das Gesundheitssystem sich grundlegend ändert. Psychotherapeuten und Ärzte diskutierten im Mai, anhand welcher Kriterien sie den Wandel beurteilen wollen und in welche Richtung das Gesundheitssystem sich aus ihrer Sicht bewegen sollte. Bewegung ist notwendig, da der Status quo schon im nächsten Jahr der Vergangenheit angehört. Was das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz letztlich tatsächlich bringt, zeigt sich in vielen Punkten erst 2009. Schon jetzt heißt es auch, sich Gedanken darüber zu machen, mit welchen gesundheitspolitischen Positionen die deutsche Psychotherapeuten-schaft im Wahljahr für psychisch kranke Menschen eintreten will. Die Psychotherapeuten-schaft hat auf dem 12. DPT in Bremen diese Zeichen der Zeit klar erkannt.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Pressemitteilung der BptK:

<http://www.bptk.de/show/1277066.html>

„auf dem besten Weg ist, sich zum Komplizen von Folter und Misshandlung zu machen und kritisiert die Praxis der International Security Assistance Force (ISAF), Festgenommene an afghanische Behörden – insbesondere den Geheimdienst – zu übergeben.

Bleibende Angst, die das Leben zerstört

Folter bewirkt bleibende Angst, eine Angst, die das Leben der Opfer zerstören kann.

erfahren, beängstigender und verletzend als sie es sich je vorstellen konnten. Die Erinnerung ist unauslöschlich und häufig lebenszerstörend.

Die Folgen von körperlicher und psychischer Gewalt unterscheiden sich langfristig kaum. Schon Drohungen und Isolation führen zu langfristigen psychischen Erkrankungen, die auch bei Opfern körperlicher Folter festzustellen sind. Auch Opfer psychischer Gewalt leiden noch jahre- oder jahrzeh-

der über drei Monate intensiver Isolation in einer ständig hell erleuchteten Zelle ausgesetzt war. Der Häftling zeigte „ein Verhalten wie bei extremer psychischer Traumatisierung (redete mit nichtanwesenden Menschen, gab an, Stimmen zu hören, kauerte stundenlang mit einem Laken über dem Kopf in einer Ecke der Zelle)“. Nach Angaben von Amnesty International kam es in Guantánamo allein im Jahr 2003 zu 350 Fällen von Selbstver-

stümmelung. Eine Untersuchung von 279 Folterüberlebenden aus den Balkankriegen in den neunziger Jahren ergab, dass die traumatischen Auswirkungen von Folter nicht davon abhängen, ob körperliche oder psychische Gewalt angewendet wurde. Auch Todesdrohungen, erniedrigende Behandlung, Verharren in schmerzhaften Positionen und der Entzug oder das Überfluten mit Sinnesreizen führen in vergleichbarem Ausmaß zu posttraumatischen Belastungsstörungen wie physische Folter. Ent-

Proklamation gegen Folter

Folter ist seit dem 11. September 2001 selbst für demokratische Staaten wieder eine Versuchung. Im „Krieg gegen den Terror“ kommt insbesondere die psychische Folter erneut systematisch zum Einsatz. Die Ablehnung jeglicher Folter bleibt jedoch auch im Krieg und bei Terrorabwehr ein unverzichtbares zivilisatorisches Gebot.

Psychische Folter ersetzt heute häufig die physische Folter. Psychische Folter hinterlässt keine unmittelbaren körperlichen Spuren. Ihre Anwendung ist schwer nachweisbar. Sie ist jedoch ebenso schmerzhaft und verletzend wie körperliche Folter.

Psychische Folter ist

- Entzug menschlicher Kontakte (Isolationshaft);
- Entzug von Sinnesreizen oder sensorische Überreizung;
- Körperliche Erschöpfung durch Schlafentzug, erzwungene Körperhaltungen und stundenlange Verhöre;
- Unterkühlung oder Überhitzung;
- Nicht ausreichende Versorgung mit Trinkwasser und Nahrung oder Zwangsarbeit;
- Drohungen gegen die Familie des Opfers;
- Erniedrigung und Demütigung, insbesondere sexuelle Demütigung oder rassistische und religiöse Diskriminierung sowie
- Todesdrohungen durch simuliertes Erstickten („waterboarding“) oder Scheinhinrichtungen.

Körperliche und seelische Folter gleichen sich in ihren Folgen: Folter kann eine Person zerstören. Die seelischen Verletzungen bleiben häufig ein Leben lang spürbar. Traumatisierte Menschen befinden sich in einem ständigen Angst- und Alarmzustand. Folter kehrt in Flashbacks und Alpträumen zurück. Erinnerungen werden erlebt wie tatsächliche Ereignisse, die gerade passieren. Folter kann ein andauerndes Gefühl des Aus-der-Welt-geworfen-Seins erzeugen.

An der Entwicklung der berührungslosen Foltertechniken waren weltweit auch Psychologen und Psychotherapeuten beteiligt.

Der Deutsche Psychotherapeutentag lehnt jede Form der Folter ab. Für Psychotherapeuten gibt es keine Rechtfertigung, sich an Folter oder der Erforschung und Entwicklung von Foltertechniken zu beteiligen. Psychotherapeuten arbeiten nicht als Berater in Verhören, in denen Foltertechniken angewendet werden. Psychotherapeuten fordern unbedingten Verzicht der Polizei, der Geheimdienste und des Militärs auf physische und psychische Folter.

Die Erfahrung des unerträglichen Schmerzes und der absoluten Ohnmacht bleibt haften und verändert alles Erleben. Der Mensch verliert das grundlegende Gefühl, berechtigt auf der Welt zu sein. Die normale alltägliche Erwartung, dass nichts Böses passieren wird, ist nicht selten dauerhaft zerstört. Gefolterte haben das Grauen

telang an entsetzlichen Alpträumen, Flashbacks und Schlafstörungen, die ein normales Leben unmöglich machen. Opfer von physischer wie psychischer Folter erkranken an schweren posttraumatischen Belastungsstörungen.

Im November 2002 beobachtete ein FBI-Mitarbeiter in Guantánamo einen Häftling,

scheidend für die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörungen war nicht die Art der Gewalt, sondern das Erlebnis, seinem Peiniger ausgeliefert und ohnmächtig zu sein. Die Opfer erkrankten überdurchschnittlich häufig, wenn sie extreme Angst in einer unkontrollierbaren Situation erlebten.

„Diskussion darüber, wo Wettbewerb sinnvoll ist“

Interview mit Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandsvorsitzender

Warum wollen Sie die Versorgungsebenen neu strukturieren?

Wir wollen Orientierung im Wettbewerb schaffen. Niemand weiß doch, wohin sich der Wettbewerb bewegen wird. Wir müssen eine innerärztliche Diskussion darüber führen, wo Wettbewerb sinnvoll ist. Demzufolge ist es notwendig, einen Rahmen zu schaffen, der den Zugang zu ärztlichen Leistungen garantiert und zugleich die derzeit starren Versorgungsstrukturen neu organisiert und damit wettbewerbsgerecht gestaltet. Das Modell zielt darüber hinaus auf eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung ab. Dabei handelt es sich um einen Wert, den die bundesdeutsche Gesellschaft bisher für sich definiert hat. Solange dieser Wert gesellschaftspolitisch gewollt ist, wollen wir eine flächendeckende Versorgung organisieren, die sich an dem orientiert, was der Patient für seine Behandlung braucht. Aus meiner Sicht wäre es fatal, wenn sich eine Sicht der Dinge durchsetzen würde, Patienten vorwiegend unter ökonomischen Gesichtspunkten zu betrachten. Zudem müssen wir innerärztliche Antworten auf die Frage finden, wie wir mit dem drohenden Ärztemangel umgehen wollen.

Die von Ihnen vorgeschlagene Grundversorgungsebene führt zu einer Art modifiziertem Primärarztmodell. Warum wollen Sie die Wahlmöglichkeiten der Patienten einschränken? Die vorgeschlagene Konzeption ist kein Primärarztmodell, da sich die Versicherten nicht für eine bestimmte Zeit an einen Hausarzt binden müssen. Innerhalb der Primärversorgungsebene besteht freie Arztwahl und freier Zugang zu ärztlichen Leistungen. Zu den Hausärzten, die dem Vorschlag der KBV entsprechend die Primärversorgung leisten sollen, zählen gemäß § 73 SGB V sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte und haus-

ärztlich tätige Internisten als auch Augen- und Frauenärzte. Folglich sind die Wahlmöglichkeiten des Patienten schon auf der ersten Versorgungsebene relativ breit und in vielen Fällen keine Überweisungen notwendig. Der Patient ist, auch innerhalb eines immer komplexer werdenden Gesundheitssystems und eines steigenden Wettbewerbs zwischen den Kassen, primär an optimaler ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung interessiert. Dabei wird es für ihn jedoch zunehmend schwieriger, die Versorgungskette zu erkennen. Infolgedessen fungiert der Hausarzt, in vielen Fällen der Facharzt für Allgemeinmedizin, als Lotse durch das System und wird in dieser Rolle akzeptiert.

Durch Ihre Vorschläge kommt es zu einer neuen Komplexität im Gesundheitssystem. Wird dies nicht insbesondere die Akzeptanz der Patienten erschweren? Für viele Patienten, deren erster Ansprechpartner seit jeher der Hausarzt ist, wird sich im Rahmen der Neustrukturierung der Versorgungsebenen kaum etwas ändern. Die angesprochenen Wahltarife eignen sich hingegen insbesondere für Versicherte, für die es wichtig ist, eine vollkommen freie Arztwahl zu nutzen. Aus der Kombination des Mehrebenensystems mit den Wahltarifen ergeben sich schließlich Kollektiv- und Selektivverträge zwischen Ärzten bzw. Psychotherapeuten auf verschiedenen Versorgungsebenen und Krankenkassen. Letztendlich ist die Auseinandersetzung mit Selektivverträgen für den Versicherten nur dann relevant, wenn generell ein direkter Zugang zu allen Versorgungsebenen gewünscht wird.

Psychisch kranke Menschen wünschen sich einen niedrigschwelligen Direktzugang zu einem Therapeuten oder einem

integrierten Behandlungsangebot. Wie wird der KBV-Vorschlag diesem Anliegen psychisch kranker Menschen gerecht? Unser Vorschlag sieht einen Direktzugang vor. Bei der wohnortnahen fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung müssen wir aber auch die Gruppenpraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) berücksichtigen. Letztere werden zukünftig insbesondere in Ballungsräumen eine Rolle spielen. In solchen Zentren ist die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten besonders eng, so dass ein möglichst gradliniger Therapiezugang gewährleistet ist. Aber ich betone an dieser Stelle ausdrücklich: Bei dem Konzept handelt es sich um ein Diskussionsmodell und nicht um ein schon beschlossenes Strategiepapier.

In ländlichen Regionen, aber auch bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher war das Kollektivvertragssystem in den vergangenen Jahren nicht in der Lage, eine ausreichende flächendeckende psychotherapeutische Versorgung zu sichern. Woher Ihr Vertrauen, dass dies zukünftig besser gelingen könnte? Ihre Behauptung ist falsch, dass wir eine Unterversorgung in ländlichen Gebieten oder bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher haben. Allerdings steuern wir in einigen Jahren auf einen teilweise dramatischen Ärztemangel zu. Wir schätzen, dass bis 2015 rund 75.000 Ärzte altersbedingt ausscheiden werden. Es muss gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und Verbänden sein, den Arztberuf in Deutschland wieder attraktiv zu machen. Grundvoraussetzung dafür ist, dass sich im nächsten Jahr die Finanzsituation im ambulanten Bereich für alle Kolleginnen und Kollegen spürbar verbessern wird.

BPtK-Dialog



Dr. Andreas Köhler,
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Mindestquoten: Gesetzentwurf der Bundesregierung

Stellungnahme der BPTK und Gesetzentwurf der Bundesregierung:

[http://www.bptk.de/
aktuelles/stellungnahmen/
1143634.html](http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/1143634.html)

Die Bundesregierung hat mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) auch neue Mindestquoten in der psychotherapeutischen Versorgung vorgeschlagen. Ab dem 1. Januar 2009 soll für Ärzte in der psychotherapeutischen Versorgung eine Mindestquote in Höhe von 20 Prozent gesetzlich festgeschrieben werden. Für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, soll darüber hinaus eine 10-Prozent-Quote eingeführt werden. Für die Neuregelung ist eine Befristung bis zum 31.12.2013 vorgesehen.

Beide Quoten würden sich negativ auf die Versorgung psychisch kranker Menschen auswirken. Eine Mindestversorgungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entspricht zwar im Grundsatz

den Forderungen der BPTK, sie ist aber für eine bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen viel zu gering.

Kinder und Jugendliche machen etwa 20 Prozent der Bevölkerung in Deutschland aus. Sie erkranken ebenso häufig an psychischen Störungen wie Erwachsene. Doch bisher sind nur etwa 13,6 Prozent der Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Folgen sind Unterversorgung, monatelange Wartezeiten, unzumutbar weite Anfahrtswege und Fehlversorgung durch einseitig pharmakologische Behandlungen. Mit einer Mindestquote von zehn Prozent wird die Versorgung nicht verbessert.

Auch die Mindestquote von 20 Prozent für psychotherapeutisch tätige Ärzte ist nicht bedarfsgerecht. Bereits heute

können bundesweit rund 1.800 für Ärzte reservierte Praxissitze nicht besetzt werden. In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung werden diese unbesetzten Sitze dennoch als besetzt berücksichtigt, so dass Planungsbereiche als überversorgt und deshalb gesperrt ausgewiesen werden, in denen im ungünstigsten Fall 40 Prozent der Versorger gar nicht existieren. Allein in den neuen Bundesländern sind dadurch etwa 400 Praxissitze blockiert.

In der Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes hatte der Gesetzgeber vorgesehen, dass 40 Prozent der Praxissitze in der Planungsgruppe der Psychotherapeuten den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten sind. Ohne Neuregelungen lief diese Regelung zum 1. Januar 2009 aus, die Quote würde ersatzlos gestrichen. Erste Lesung des GKV-OrgWG im Bundestag ist noch vor der Sommerpause.

BVA:

Liste der Krankheiten im Morbi-RSA veröffentlicht

Stellungnahme der BPTK:

[http://www.bptk.de/
aktuelles/stellungnahmen/
920268.html](http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/920268.html)

Das Bundesversicherungsamt (BVA) gab am 13. Mai 2008 bekannt, welche Krankheiten ab 1. Januar 2009 im neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) berücksichtigt werden sollen. Dazu gehören jetzt sieben psychische Krankheiten: schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch, Demenz, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen, Depression, bipolare affektive Störungen, Essstörungen, akute Belastungsreaktionen und sonstige Anpassungsstörungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen.

Das BVA berücksichtigt wesentliche Punkte aus der Stellungnahme der BPTK. Nach dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, der das BVA beriet, wären z. B. depressive Störungen in ver-

schiedene Krankheitsgruppen aufgeteilt worden. Dies hätte dazu geführt, dass lediglich schwere depressive Erkrankungen zuschlagsfähig gewesen wären, da die Kosten für leichte und mittelschwere depressive Störungen nicht richtig abgebildet worden wären.

Die Bundespsychotherapeutenkammer plädiert allerdings noch dafür, die Kriterien, die zu Zuschlägen im Morbi-RSA führen („Aufgreifkriterien“), zu erweitern. Der Gesetzgeber hatte festgelegt, dass eine ambulante Diagnose nur dann zu Zuschlägen führt, wenn sie mit der Verordnung eines Arzneimittels verbunden ist. Bei psychischen Störungen ist jedoch häufig keine eindeutige Zuordnung von Arzneimitteln zu Diagnosen möglich und sinnvoll. Die BPTK fordert deshalb, auch die Verordnung

von Psychotherapie als Aufgreifkriterium zu nutzen. Dies gewährleistet zudem, dass die Kosten, die bei der Behandlung dieser Patienten entstehen, realistischer abgebildet werden. Realistische Kostenkalkulationen seien wiederum eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Krankenkassen in neue Versorgungskonzepte für psychisch kranke Menschen investieren.

Das BVA wird bis zum 1. Juli 2009 die notwendigen Festlegungen treffen, die für das Inkrafttreten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009 erforderlich sind. Diese beinhaltet insbesondere noch die Festlegung der Morbiditätsgruppen sowie des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen (Aufgreifkriterium).

Auf der Suche nach gesundheitspolitischer Orientierung – Ärzte und Psychotherapeuten verabschieden Grundsatzpapiere

Die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems stand im Mai im Mittelpunkt der Vertreterversammlung der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV-VV), des Deutschen Ärztetages und des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT). Ärzte und Psychotherapeuten positionierten sich in der fortwährenden Diskussion um eine bessere Versorgung und Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Veränderungen, die sich insbesondere durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ergeben, werden immer deutlicher: die Organisationsentwicklung der GKV, die Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Aufbau eines Selektivvertragssystems, wie es im baden-württembergischen Hausarztvertrag bereits realisiert wurde.

Neue Versorgungsebenen

Den Auftakt machte am 19. Mai die KBV-VV. Das KBV-Konzept zur wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen wurde im Vorfeld intensiv und vor allem strittig diskutiert.

Es definiert fünf Versorgungsebenen:

- Grundversorgungsebene,
- wohnortnahe, fachärztliche Versorgungsebene,
- spezialisierte, fachärztliche, krankenhausahe Versorgungsebene,
- stationäre Grund- und Regelversorgung,
- stationäre spezialisierte Versorgung.

Ziele dieses Versorgungskonzeptes sind:

- Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung durch Kollektivverträge,
- mehr Wettbewerb in der krankenhausahe, spezialisierten Versorgung,
- größere Effizienz, insbesondere durch die Einschränkung

des Direktzugangs zu den fachärztlichen Versorgungsebenen.

Das Konzept wurde der KBV-VV vom KBV-Vorstandsvorsitzenden, Dr. Andreas Köhler, zwar vorgestellt, lag den Delegierten aber zur Beschlussfassung nicht vor. Die Ursachen waren unschwer auszumachen: Das Konzept konnte die divergierenden Interessen – vor allem der Ärzteschaft – nicht schlüssig verbinden. Für die Hausärzte war das Angebot eines modifizierten Primärärztsystems nicht ausreichend attraktiv, um ihrem Fremdeln mit dem KV-System zu begegnen. Der Deutsche Hausärzterverband hatte bereits im Vorfeld deutlich gemacht, dass er seine Zukunft mehrheitlich nicht mehr im KV-System sieht. Die Fachärzte lehnten es erwartungsgemäß ab, sich den Direktzugang der Patienten zur fachärztlichen Versorgungsebene einschränken zu lassen und das Kollektivvertragssystem wesentlich den Hausärzten vorzubehalten. Die Psychotherapeuten kritisierten, dass das KBV-Konzept keine Lösung der Unterversorgung psychisch kranker Menschen bietet und auch keine integrierte, abgestimmte Versorgung realisiert. Patienten bot das KBV-Papier einen Irrgarten aus Grund- und Fachversorgung, aus Kollektiv- und Selektivverträgen, der die Orientierung im komplexen deutschen Gesundheitssystem zusätzlich erschwert hätte. Der Patientenpräferenz nach einem direkten und einfachen Zugang zu Ärzten und Psychotherapeuten wäre das KBV-Konzept sogar völlig zuwidergelaufen.

Ulmer-Papier

Bestandteil des Ulmer Papiers des Vorstands der Bundesärztekammer waren u. a. zentrale Aussagen des KBV-Versorgungsebenenkonzeptes. Dieses wurde von den Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages vom 20.

bis 23. Mai nicht mitgetragen. Die Delegierten sprachen sich dafür aus, den Direktzugang zur fachärztlichen Versorgungsebene zu erhalten, sie lehnten es ab, Kollektivvertragssysteme zu relativieren und sie votierten dafür, die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung dadurch zu verbessern, dass auch Krankenhausärzte ambulant behandeln und umgekehrt, Haus- und Fachärzte aus der ambulanten Versorgung ihre Patienten in die stationäre Behandlung hinein begleiten können.

Perspektiven 2011

Hauptthema des Perspektivenpapiers 2011 auf dem 12. DPT am 31. Mai in Bremen war die Rationierung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die – anders als im somatischen Bereich – keine drohende zukünftige Entwicklung, sondern eine bestehende alltägliche Erfahrung darstellt.

Psychische Krankheiten werden immer noch zu selten erkannt. Psychisch kranke Menschen, insbesondere Kinder, erhalten häufig keine Psychotherapie, weil Therapieplätze fehlen. Die deutsche Psychotherapeuten-schaft setzte sich nachhaltig für eine gesellschaftliche Solidarität ein, die jedem psychisch und somatisch kranken Menschen eine ausreichende Versorgung sichert. Kranke Menschen bräuchten unabhängig vom Einkommen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Versorgung.

Mit dem Perspektivenpapier 2011 erfolgte eine erste grundsätzliche Positionierung der deutschen Psychotherapeuten-schaft in der Debatte um die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist der Beginn eines Diskussionsprozesses, in dem weitere differenzierte Stellungnahmen zu einzelnen Schwerpunkten folgen werden.



Zukunft der Psychotherapieausbildung – Symposium der BPTK

„Für eine ausreichende Versorgung psychisch kranker Menschen brauchen wir eine ausreichende Zahl an qualifizierten Psychotherapeuten“, stellte Präsident Prof. Dr. Rainer Richter auf dem Symposium „Zukunft der Psychotherapieausbildung“ fest, das die BPTK am 9. April in Berlin veranstaltete. Das Symposium mit rund 130 Teilnehmern war der Auftakt zu einer Veranstaltungsreihe, mit der die BPTK die Diskussion um die zukünftige Psychotherapieausbildung begleiten wird.

BMG vergab Forschungsgutachten

Die europäische Harmonisierung der Studienabschlüsse (Bachelor-/Master-Systematik des Bologna-Prozesses) erfordert eine Neukonzeption der psychologischen und pädagogischen Studiengänge. Fast zehn Jahre Psychotherapeutengesetz waren für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein weiterer Grund, die Erfahrungen mit der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) durch ein Forschungsgutachten bilanzieren zu lassen. Die Ergebnisse werden im Frühjahr 2009 erwartet.

Steigende Prävalenzen psychischer Erkrankungen verlangten eine hochwertige und attraktive Psychotherapieausbildung, betonte Ministerialdirektorin Karin Knufmann-Happe (BMG). Die heutige Psychotherapieausbildung habe sich im Grundsatz bewährt. Zahlreiche Schreiben, insbesondere zum Psychiatriejahr, hätten das BMG jedoch dazu bewogen, den Sachstand klären zu lassen.

Ausbildung in Zahlen

Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträger gab es im März 2008 an 180 Instituten rund 6.000 Ausbildungsteilnehmer zum PP und ca. 2.500 zum KJP. Mit jährlich etwa 1.000 Neuapprobierten verfüge die Profession über ausreichend Nachwuchs, um die psy-

chotherapeutische Versorgung mittelfristig auf dem heutigen Niveau zu halten, so Günter Ruggaber (BAG der Ausbildungsträger).

Psychotherapeutische Kompetenz

Diagnostische Kompetenz, Behandlungskompetenz, die Fähigkeit, die therapeutische Beziehung zu nutzen und zu gestalten, sowie die dazu erforderlichen personalen Kompetenzen – für Prof. Dr. Dirk Revenstorf (Universität Tübingen) sind dies die entscheidenden psychotherapeutischen Qualifikationen, die auch eine zukünftige Psychotherapieausbildung prägen sollten. Der Stand der empirischen Forschung sei eindeutig: Der Erfolg einer Psychotherapie hänge weniger vom jeweiligen Therapieverfahren ab, sondern vor allem von der Qualität der therapeutischen Beziehung. In der Ausbildung müsse am Anfang explizites Wissen und ein regelgeleitetes und verfahrensspezifisches therapeutisches Vorgehen vermittelt werden. Mit zunehmender beruflicher Erfahrung wachse die Bedeutung von implizitem Wissen und von Behandlungstechniken, die sich weniger an einzelnen Verfahren orientieren.

Prof. Dr. Harald Rau (Zieglerische Anstalten, Wilhelmsdorf) diskutierte anschließend Möglichkeiten, das Kompetenzprofil von Psychotherapeuten zu erweitern. In den USA seien positive Erfahrungen mit Verordnungen von Arzneimitteln durch pharmakologisch gut weitergebildete Psychotherapeuten gemacht worden. Ein solches Verordnungsrecht böte in Deutschland die Chance, dem Ärztemangel, z. B. in Krankenhäusern, zu begegnen. Außerdem ermögliche eine solche Befugnis, nicht mehr zweckmäßige Verordnungen zu verändern.

Anne Springer (BAG der Ausbildungsträger) wies darauf hin, dass die für einen Psychoanalytiker notwendige Kompetenztrias aus persönlicher, Beziehungs-

und Konzeptkompetenz ein komplexer Entwicklungsprozess sei, der in einer anwendungsorientierten Ausbildung an einer Universität nicht zu realisieren sei. Deshalb müsse es bei der Ausbildung an verfahrensspezifischen Instituten bleiben. Einen Masterstudiengang Psychotherapie könne sie sich vorstellen, allerdings sei die Dominanz der Verhaltenstherapie in der Klinischen Psychologie an den Universitäten ein gravierendes Hindernis.

Approbation mit erfolgreichem Studienabschluss

Dr. Wolfgang Groeger (Universität Bochum) schlug eine dreigliedrige Direktausbildung vor, angelehnt an die der anderen approbierten Heilberufe. Auf ein Bachelorstudium könne ein Masterstudium „Psychotherapie“ folgen, das eine psychotherapeutische Grundausbildung umfasse und mit der Approbation abschließe. Eine anschließende verfahrensorientierte Weiterbildung führe zum Erwerb der Fachkunde und damit zur Niederlassungsbechtigung. Dieses Modell könne beide Kernprobleme der jetzigen Ausbildungsregelungen lösen, so Groeger. Jeder Psychotherapeut würde ein Masterstudium durchlaufen, die Ausbildungsdauer wäre auf fünf bis sechs Jahre reduziert und würde dort stattfinden, wo die Ausbildung zu einem akademischen Heilberuf hingehöre: an einer Hochschule. Die verfahrensspezifische Weiterbildung an einem der bisherigen Ausbildungsinstitute gewährleiste die Parallelität zur fachärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Psychiatriejahr reformbedürftig

In der abschließenden Diskussion mahnten Ausbildungsteilnehmer an, die gravierenden finanziellen Probleme der Ausbildung nicht aus den Augen zu verlieren. Während des einjährigen Praktikums würden sie oft als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt – ohne ausreichende Anleitung, Supervision und Vergütung.

Vorträge der Referenten:

<http://www.bptk.de/show/1107921.html>





G-BA entscheidet gegen Gesprächspsychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 24. April 2008 die Gesprächspsychotherapie nicht als Richtlinienverfahren anerkannt. Die Gesprächspsychotherapie kann damit auch zukünftig nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden. „Der Beschluss übergeht das einhellige Votum der gesamten deutschen Psychotherapeuten-schaft“, kritisierte BPtK-Präsident Prof. Rainer Richter die Entscheidung des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

Der G-BA kommt zu einem anderen Schluss als die von der BPtK eingesetzte Expertenkommission zur Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie (BPtK-Newsletter 4/2007).

Diese hatte empfohlen, die Gesprächspsychotherapie als anerkanntes Verfahren in der GKV zuzulassen. Die Expertenkommission war in ihrer Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, „dass die Gesprächspsychotherapie bei einer Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wirksam und nützlich ist.“ Aufgrund der klinischen Breite dieser Anwendungsbereiche sei die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass die Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie „insgesamt positiv ausfällt“. Diese Bewertung „stehe überdies im Einklang mit einer jahrzehntelangen Bewährung in Forschung und Versorgung“.

Der 12. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Bremen kritisierte, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss bei seiner Entscheidung zur Gesprächspsy-

chotherapie über die fachliche Expertise der Psychotherapeuten-schaft hinwegsetzte.

Mit der Beschränkung auf die von ihm so definierte „klassische Gesprächspsychotherapie“ maße der G-BA sich die Definition eines psychotherapeutischen Verfahrens an. Der G-BA berücksichtige weder den Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft noch die Position der gesamten Psychotherapeuten-schaft oder das Selbstverständnis des psychotherapeutischen Verfahrens, das er beurteile.

Der 12. DPT betrachtete diese Entwicklung mit großer Sorge. Der G-BA laufe Gefahr, eine Definitionshoheit zu beanspruchen, die ihm fachlich nicht zustehe, und dadurch Entscheidungen über den Nutzen eines psychotherapeutischen Verfahrens auf einer unzulänglichen Studienlage zu treffen.

Psychogene Blindheit mit Psychotherapie geheilt

Einer 33jährigen Patientin, die an einer fast vollständigen psychogenen Blindheit litt, konnte mit einer Langzeitpsychotherapie geholfen werden. Im vierten Jahr ihrer Psychotherapie kehrte ihr Sehvermögen unmitttelbar nach einer Behandlung zurück. Psychogene Blindheit ist eine seltene seelische Störung, bei welcher der Erkrankte sein Sehvermögen verliert, ohne dass dafür organische Befunde an Auge oder Sehbahn vorliegen. Im jetzt berichte-

ten Fall litt die Patientin an einer multiplen Persönlichkeitsstörung, d. h. sie wies mehrere von einander abgegrenzte Persönlichkeiten auf, die sich durch eigene Namen, Alter, Geschlecht, Temperament und Charakter unterschieden. Die Patientin konnte zunächst in einem von zehn Identitätszuständen wieder sehen, nach einiger Zeit in fast allen anderen.

Der Bericht über diesen eindrucksvollen Erfolg einer Psychotherapie gewinnt seine besondere

Bedeutung durch die differenzierte augenärztliche Diagnostik und umfangreiche neurophysiologische Untersuchungen. Gleichzeitig dokumentiert er, wie der Nutzen einer Psychotherapie auch mit gut dokumentierten Einzelfällen nachgewiesen werden kann. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen, die sich wie in diesem Fall der Überprüfung mittels einer randomisierten kontrollierten Studie mit vielen Patienten entziehen.

Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Menschen

Viele ältere Deutsche leiden bis heute an den psychischen Folgen des Zweiten Weltkriegs. Das ist eines der Ergebnisse einer Studie, die von Psychologen der Universitäten Leipzig und Zürich durchgeführt wurde. Erstmals wurden rund 2.500 Personen in über 250 Orten über alle Altersgruppen hinweg auf posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) hin untersucht. Ältere Menschen

über 60 Jahre erkranken danach fast dreimal häufiger an einer PTBS (3,4 %) als 14- bis 29jährige (1,3 %) und doppelt so häufig wie 30- bis 59jährige (1,9 %). Fast alle älteren Menschen berichteten von Kriegserlebnissen wie Ausbombung, Vertreibung oder eigenem Kriegseinsatz.

Die Ergebnisse der Studie haben für die medizinische und psychotherapeutische Versor-

gung älterer Personen mit Depressionen, Schlaf- oder Angststörungen große Bedeutung. „Schlafprobleme, Alpträume und unmotiviertes Erschrecken würden dann nicht mehr fehl gedeutet und könnten effektiver behandelt werden“, so Prof. Elmar Brähler von der Universität Leipzig, der die Studie zusammen mit Prof. Andreas Maercker von der Universität Zürich durchführte.

Quelle:

Waldvogel, B. et al. (2007). Der Nervenarzt, 78, 1303-1307.

Literatur:

Maercker A. et al. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. Der Nervenarzt, 79, 577-586.

Tagung: Psychotherapie und Sucht

Am 25. November 2008 veranstaltet die BPtK in Zusammenarbeit mit dem Fachverband Sucht die Tagung „Psychotherapie und Suchtbehandlung“. Lediglich 29 Prozent der Suchtkranken werden überhaupt behandelt (Wittchen & Jacobi, 2002). Im Mittelpunkt der Tagung stehen deshalb eine bessere Vernetzung der medizinischen Akutversorgung, Beratungs- und Behandlungsangebote der Suchtkrankenhilfe, stationärer Entwöhnungsbehandlung und ambulanter psychotherapeutischer Praxen. Nähere Informationen zur Organisation und Anmeldung sowie das Tagungsprogramm sind in Kürze auf der Homepage der BPtK zu finden.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes Stichwort „Psychotherapeuten“

Ad-hoc-Tabelle
Beschäftigte Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Gliederung nach Geschlecht, Alter, Art der Einrichtung, Art der Beschäftigung

Merkmale der Beschäftigten	Jahr
	2006
Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten insgesamt	30.076
nach Geschlecht	
männlich	10.415
weiblich	19.661
nach Alter	
20-24 Jahre	1
25-29 Jahre	33
30-34 Jahre	488
35-39 Jahre	1.707
40-44 Jahre	3.997
45-49 Jahre	6.345
50-54 Jahre	6.502
55-59 Jahre	6.196
60-64 Jahre	3.139
65 Jahre und mehr	1.666
nach Art der Einrichtung	
Gesundheitsschutz	43
Ambulante Einrichtungen	
Psychotherapeutische Praxen	16.459
Sonstige ambulante Einrichtungen	5.065
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	
Krankenhäuser	5.633
Vorsorge/Reha. Einrichtungen	1.623
Verwaltung	421
Sonstige Einrichtungen	832
nach Art der Beschäftigung	
Vollzeitbeschäftigte	23.909
Teilzeitbeschäftigte	6.079
Geringfügig Beschäftigte	88

Die Tabelle wurde am 09.05.2008 09:21 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.
(Die Tabelle enthält Informationen zum Stand 31.12.2006.)

SESAM: Längsschnittstudie zur seelischen Entwicklung gescheitert

Die Kernstudie von SESAM, einer Schweizer Längsschnittstudie zur Erforschung der Ursachen psychischer Gesundheit und Krankheit unter Leitung des Klinischen Psychologen Prof. Dr. Jürgen Margraf, wird nicht durchgeführt. Für das aufwändige Forschungsprojekt konnten nicht genügend TeilnehmerInnen gewonnen werden. SESAM-Ziel war es, rund 3.000 Kinder und ihre Familien von der 12. Schwangerschaftswoche bis zum 20. Lebensjahr periodisch zu untersuchen. Im Vorfeld des Projekts war es wegen ethischer Bedenken zu heftigen Kontroversen in der Schweizer Öffentlichkeit gekommen. Die zuständige Ethikkommission hatte das Projekt – vorläufig begrenzt auf die ersten zwei Lebensjahre der an der Studie beteiligten Kinder – im Juli 2007 freigegeben, nachdem zahlreiche Auflagen von den Forschern erfüllt worden waren. Insbesondere durften danach an Kindern bis zur Volljährigkeit keine genetischen Analysen durchgeführt werden. Mit diesem Vorgehen sollte sichergestellt werden, dass von einer genetischen Untersuchung persönlich betroffene Individuen selber ihre informierte Zustimmung geben können.

Im März 2008 musste das SESAM-Leitungsgremium jedoch feststellen, „dass unter den gegebenen Umständen die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer innert nützlicher Rekrutierungsfrist nicht ausreichen wird, um den hohen Qualitätsansprüchen der Studie zu genügen.“

Bundesweites Filmfestival „Verrückt nach Leben“

Am 10. Oktober dieses Jahres startet in Berlin das Filmfestival „Ausnahme Zustand 2008“. Bis Dezember 2009 werden bundesweit Spiel- und Dokumentarfilme gezeigt, die von der Gedanken- und Gefühlswelt Heranwachsender erzählen, vom alltäglichen Wahnsinn jugendlicher Lebenswelten berichten und auch zeigen, was Jugendliche stark machen kann.

Das Filmfestival wird organisiert von „Verrückt nach Leben“ zusammen mit



www.ausnahmezustand-filmfest.de

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw921-dboowa-sys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/327335770/46448405

EYZ Media/BFilm. Die beiden Veranstalter engagieren sich „für ein Stück mehr Normalität im Umgang mit psychischen Krisen und Krankheiten“. Durch das Festival sollen regionale Netzwerke für junge Menschen mit psychischen Gesundheits- und Verhaltensproblemen unterstützt und Schulen und Multiplikatoren sensibilisiert werden. Die BPtK ist Kooperationspartner der Initiative.

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Scheide
Verlag: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.
Druck: Zimmermann-Druck, Balve

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