



BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2005

Mai
2005

Gesundheitskarte und Heilberufsausweis

Themen dieser Ausgabe:

- *Telematik*
- *KEG*
- *Präventionsgesetz*
- *Agenda 2007*
- *Maßregelvollzug*
- *Symposium evidenzbasierte Psychotherapie*

Das Großprojekt "Telematik im Gesundheitswesen" schreitet voran: Am 14. März 2005 wurde auf der CeBIT in Hannover offiziell die so genannte „Lösungsarchitektur“ für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übergeben, die von der Fraunhofer-Gesellschaft im gemeinsamen Auftrag der Selbstverwaltung und des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS) erarbeitet wurde. Die Lösungsarchitektur für die eGK beschreibt

die „Gesellschaft für Telematik gGmbH“, die gematik, hält die Lösungsarchitektur in der jetzigen Fassung noch nicht für geeignet, um auf ihrer Grundlage mit der Ausschreibung von technischen Komponenten zu beginnen. Die Lösungsarchitektur wird daher von der gematik nochmals ausführlich einer Prüfung unterzogen und gegebenenfalls ergänzt werden.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber mit Verabschiedung des „Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen“ die Implementierung der Telematikinfrastruktur auch rechtlich abgesichert. Der Bundesrat billigte am 29. April 2005 den Gesetzentwurf, nachdem er zuvor am 15. April 2005 durch den Bundestag einstimmig verabschiedet worden war. Das Gesetz sichert im Wesentlichen die gematik-Gründung und deren Aufgaben rechtlich ab. Die gematik wurde bereits am 11. Januar 2005 als Betriebsorganisation durch 15 Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen gegründet. Zweck der Gesellschaft ist die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezepts und von weite-

ren Telekommunikationsanwendungen im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel der elektronischen Patientenakte. Das Telematikgesetz verankert nun dieses Aufgabenspektrum mit der gesetzlichen Festlegung eines Sicherstellungsauftrages der Gesellschaft für Telematik zur Gewährleistung von Interoperabilität, Kompatibilität und des erforderlichen Sicherheitsniveaus der Telematikinfrastruktur. Das Ministerium selbst gehört der Betreibergesellschaft nicht an, hat jedoch die Rechtsaufsicht über die gematik inne und wird somit alle Beschlüsse der Gesellschafter rechtlich prüfen.

Die BPTK setzte sich für eine gleichberechtigte Beteiligung der Psychotherapeuten bei Gesundheitskarte und Heilberufsausweis ein. Hierzu gehört die Arbeit in den Fachgremien ebenso wie die kontinuierliche Überzeugungsarbeit in Gesprächen mit Parlamentariern, den zuständigen Bundesministerien sowie den Entscheidungsträgern der Selbstverwaltung. Wichtigster Etappensieg dieser Arbeit ist der letzte Entwurf zum „Verwaltungsverfahrenvereinfachungsgesetz“, in dem die Psychotherapeuten als gleichberechtigter Heilberuf neben Ärzten und Zahnärzten im §291a SGB V aufgenommen wurden. Damit erhalten die Psychotherapeuten erstmalig umfassenden Zugriff auf die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten. Keine Berücksichtigung fanden die Psychotherapeuten bislang in der gematik gGmbH. Die BPTK trug ihre Argumente in der Anhörung des

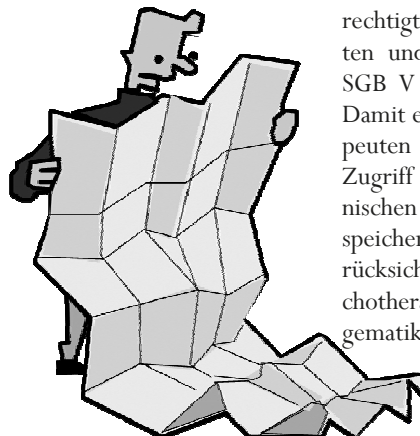
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie halten die zweite Ausgabe des BPTK-Newsletter in Händen. Wir bedanken uns für Lob und kritische Rückmeldungen zur ersten Ausgabe. Besonders gute Nachrichten erreichten uns aus NRW. Die Kammer NRW versendet künftig den BPTK-Newsletter an alle Kammermitglieder. Das steigert unsere Auflage auf 7 600. Mit der zweiten Ausgabe beginnen wir eine neue Rubrik. Auf der letzten Seite finden Sie künftig den Beitrag eines Kammermitglieds zu einem wichtigen berufs- oder sozialpolitischen Thema. Den Anfang macht Monika Konitzer, Präsidentin der Kammer NRW, zum Thema „Notfallpsychotherapie“.

Detlev Kommer

Editorial

detailliert die konkrete Ausgestaltung für die gesamte Telematikinfrastruktur und ist die Basis für die Entwicklung und Produktion der notwendigen Geräte, Systeme und Softwareprodukte. Ministerin Ulla Schmidt sprach von einem „weiteren Meilenstein“ bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Auch die Selbstverwaltung begrüßte die Übergabe der Lösungsarchitektur, wies jedoch auch darauf hin, dass an einigen Stellen noch Nachbesserungsbedarf bestehe. Die von der Selbstverwaltung gegründete „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesund-



Gesundheitsausschusses zum Gesetzentwurf und in einer Stellungnahme vor und forderte die Aufnahme der BPtK als eigenständiger Gesellschafter in der gematik. Inzwischen mehren sich die Zeichen, dass der Gesetzgeber hier beginnt umzudenken und eine nachträgliche Aufnahme – das Gesetz sieht hierfür eine Öff-

nungsklausel vor – der Psychotherapeuten erwägt.

Dass die Beteiligung der Psychotherapeuten bei der eGK und HBA kein Selbstzweck sein darf, machte der Vorstand der BPtK mit seinem Resolutionsvorschlag zum 5. DPT deutlich. Hierin fordern die Psychotherapeuten, das Recht der informatio-

nellen Selbstbestimmung und den Schutz der Patientendaten bei Einführung der eGK allen anderen Interessen voranzustellen. Eine Forderung die sich die Delegierten mit großer Überzeugung zu eigen machten: die Resolution wurde einstimmig verabschiedet.

GMG – DMP – Clearingstelle NRW

Zwischenbilanz zum GMG

Auf Antrag der CDU/CSU Fraktion fand am 16. März 2005 eine Anhörung zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung statt. Nach Ansicht der Opposition lassen sich bisher weder bei der hausarztzentrierten Versorgung noch bei den derzeitigen Verträgen

zur Integrierten Versorgung substantielle Verbesserungen in der Versorgungspraxis erkennen. Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme u.a. kritisiert, dass die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung die Qualifikationsanforderungen für teilnehmende Hausärzte so niedrig ansetzen, dass eine kompetente Lotsenfunktion

nicht gewährleistet werden könne. Auch die bisher abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung bezögen sich zumeist nur auf die Fortschreibung bereits bestehender Kooperationen, die nun unter neuem Namen die Abschöpfung von ein Prozent des Honorarbudgets aus dem Innovationsfonds erlaubten.

Integrierte Versorgung, Bundestagsdrucksache 15/5182:
<http://dip.bundestag.de/btd/15/051/1505182.pdf>

Anhörung zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz
www.bundestag.de/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/98_Sitzung/

Stellungnahme der BPtK:
www.bptk.de

Aktuelle Informationen zum Disease Management unter:
www.dgdm.de

Disease Management Programme (DMP) brauchen eine qualitative Weiterentwicklung - das war die übereinstimmende Meinung der Referenten einer Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Disease Management (DGDM) am 11. März 2005 in Berlin. Zwischen den DMP-Verträgen der verschiedenen Krankenkassen lassen sich bisher kaum Unterschiede erkennen. Die Qualitätsanforderungen werden niedrig gehalten,

um möglichst viele Teilnehmer und entsprechende finanzielle Mittel aus dem Risikostrukturausgleich zu erzielen. Eine systematische und bedarfsorientierte Berücksichtigung von psychischen und psychosozialen Problemen der Patienten findet bislang nicht statt. Nach Ansicht von Dr. Roski, Vizepräsident des National Committee for Quality Assurance (NCQA) benötigt ein erfolgreiches DMP ein Case

Management auf der Grundlage zeitnaher datengestützter Rückmeldungen über den Krankheitsverlauf und das Verhalten der Patienten sowie eine Risikostratifizierung mit darauf aufsetzenden abgestuften Interventionen. Für solche komplexen Koordinierungsaufgaben seien allerdings auch die amerikanischen Ärzte bislang unzureichend ausgestattet und qualifiziert.

Vortragsfolien der Veranstaltungen der Clearingstelle Versorgungsforschung unter:
www.versorgungsforschung.nrw.de

In Nordrhein-Westfalen wurde im Februar 2005 eine Clearingstelle für Versorgungsforschung in NRW eingerichtet, die vom Gesundheitsministerium des Landes NRW und der Universitäten Bochum und Köln gefördert wird. Sie soll aktuelle Forschungsprojekte koordinieren und regelmäßig Workshops zu Themen der Versorgungsforschung organi-

sieren. Beim 2. Workshop der Clearingstelle im April 2005 in Köln standen die Folgen des GMG und die Integrierte Versorgung im Mittelpunkt. Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender von der AOK-Rheinland sah insbesondere drei Zielgruppen für die Integrierte Versorgung: multimorbide ältere Patienten, Patienten in Pflegeeinrichtungen und

Patienten mit spezifischen Krankheitsbildern, wie z.B. Depression. Die Auswirkungen der Integrierten Versorgung auf die Versorgungsqualität lassen sich aber nur dann seriös abschätzen, wenn hierzu auch eine adäquate und möglichst übergreifende Begleitforschung etabliert wird.

G-BA beschließt Verfahrensordnung

Die Selbstbeschreibung auf der englischen Homepage ist durchaus treffend: „Eye of the needle“ nennt sich dort der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das zentrale Gremium der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ein Nadelöhr ist nicht selten die kritische Stelle eines Systems. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass der G-BA, der über die Anerkennung und Finanzierung von GKV-Leistungen entscheidet, immer wieder Anlass für intensive und kontroverse Diskussionen ist.

Am 15. März 2005 verabschiedete der G-BA jetzt seine Satzung, die so genannte „Verfahrensordnung“. Er setzte damit seinen gesetzlichen Auftrag um, selbst seine methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche Bewertung von GKV-Leistungen festzulegen. Dabei geht es darum, den Nutzen, die Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen abzuschätzen, die jeder GKV-Versicherte beanspruchen kann. Neu ist, dass eine sektorenübergreifende Bewertung erfolgt. Grundlage ist die evidenzbasierte Medizin.

Die neue Verfahrensordnung wurde mit der Mehrheit der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und gegen die Stimmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Patientenvertreter verabschiedet. Das Reglement liegt jetzt schon seit sechs Wochen beim Bundesgesundheitsministerium (BMGS) zur Genehmigung - eine ausgesprochen lange Zeit, die die Frage aufwirft, ob das BMGS tatsächlich bereit ist, die Richtlinienkompetenz des G-BA zu akzeptieren, oder ob es doch noch Änderungen wünscht.

Bei der Erarbeitung der Verfahrensordnung wurde insbesondere die Frage kontrovers beurteilt, in welchen Fällen für eine diagnostische oder therapeutische Methode die Evidenzstufe I, also der Wirk-

samkeitsnachweis auf der Basis randomisiert-kontrollierter Studien (RCT), zu fordern ist. In der verabschiedeten Fassung heißt es hierzu, dass der Nutzen einer Methode *in der Regel* durch qualitativ angemessene Unterlagen der Evidenzstufe 1 mit patienten-bezogenen Endpunkten (z.B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) zu belegen ist. Wenn derartige Unterlagen nicht verfügbar sind, kann die Bewertung auch aufgrund von Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen erfolgen. In diesem Zusammenhang werden explizit seltene Erkrankungen und Methoden ohne vorhandene Alternative genannt, bei denen RCT-Studien nicht durchführbar sind oder eine entsprechende Forderung unangemessen wäre.

„Die Anwendung der Methoden der evidenzbasierten Medizin ist international mit Ausnahme einzelner Teile Deutschlands und Österreichs unumstritten“.

Prof. Sawicki im Rahmen einer Pressekonferenz im April 2005

Die regelhafte Forderung von Studien der Evidenzklasse I wurde insbesondere von der DKG als innovationsfeindlich und der stationären Medizin nicht angemessen scharf kritisiert. Zwar könnten neue Methoden, für die noch keine entsprechenden Wirksamkeitsnachweise vorliegen, weiterhin im Rahmen von klinischen Studien finanziert werden. Die DKG befürchtet jedoch, dass diejenigen Patienten, welche nicht an klinischen Studien teilnehmen, keine entsprechende

Behandlung mehr erhalten. Von Seiten der Patientenvertreter wurde vor allem kritisiert, dass die vorrangige Forderung von RCT-Studien ihnen nicht erlaubt, ihre häufig individuellen Erfahrungen einzubringen. Außerdem würden die hohen Anforderungen der Evidenzklasse 1 den geforderten Nachweis, dass eine Therapie wirksam ist, sehr kostspielig machen.

Von Seiten der Kassen und der KBV wird dagegen positiv hervorgehoben, dass mit der neuen Verfahrensordnung unsinnige Doppelprüfungen für den ambulanten und stationären Bereich ein Ende fänden. Außerdem könne eine Methodik etabliert werden, die eine wissenschaftlich hochwertige Bewertung neuer ärztlicher und psychotherapeutischer Methoden ermöglicht.

Die wissenschaftliche Diskussion, wie jüngst auf der 6. Jahrestagung des Netzwerks für evidenzbasierte Medizin im März 2005, zeigt allerdings, dass die gewünschte Reduktion der Methodenbewertung auf RCT methodisch häufig inadäquat wäre. Patienten in klinischen Studien sind oftmals stark selektiert und nicht repräsentativ für Patientengruppen, bei denen eine Methode in der Praxis tatsächlich zur Anwendung kommt. Abgesehen davon liegen derzeit für eine Vielzahl der in der Medizin angewendeten diagnostischen und therapeutischen Methoden keine RCT-Studien vor. Problematisch ist daher auch die unzureichende Transparenz des Verfahrens, wenn es um die Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf bestimmte Patientengruppen in der deutschen Versorgungsrealität oder die Abwägung zwischen verschiedenen Indikatoren des Nutzens (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) und Patientenpräferenzen geht.

Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses:
<http://www.g-ba.de>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
<http://www.iqwig.de>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
<http://www.aezq.de>

Deutsches Netzwerk EbM
<http://www.ebm-netzwerk.de>



Prof. Dr. Peter T. Sawicki

Stellungnahmen zum Präventionsgesetz:
http://www.bundestag.de/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/95_Sitzung/cStellungnahmen/

Das Ende ist immer noch offen. Der Bundestag hat zwar am 22. April 2005 das „Gesetz zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ (BT-Drs. 15/4833) beschlossen. Ob das Gesetz jedoch Ende Mai durch den Bundesrat geht, ist nicht sicher. Zu groß ist die Kritik daran, zu wenige sind damit zufrieden.



© Deutscher Bundestag, Thomas Deutsch

Präventionsgesetz

Das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) schreckte bisher allerdings vor einer ernsthaften Berücksichtigung der vielen und heftigen Einwände gegen das Präventionsgesetzes zurück, weil das Vorhaben dann nicht mehr in dieser Legislaturperiode realisierbar wäre. Außerdem sind Bundes- und Länderinteressen im Präventionsgesetz aufwändig verflochten. Die Bundesregierung will weiterhin Handlungsfähigkeit beweisen, die Länder hoffen auf neue finanzielle Mittel.

„Herzstück“ (BMGS) des Gesetzes ist eine neu zu schaffende „Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung“, die für die Verteilung eines Fonds von jährlich 250 Millionen Euro eine zentrale Bedeutung haben soll. Die Liste der strittigen Punkte ist lang: Sie reicht von der Auswahl der Präventionsziele, über die Qualitätskriterien für Präventionsprogramme

und eine ausgewogene Finanzierung durch Steuer- und Beitragsgelder bis zu einer ausreichenden Evaluation der Projekte.

Die BPTK betonte das bisher unterschätzte Potenzial der Psychologie und Psychotherapie. Schon Kinder bewegen sich in einem Teufelskreis von familiärer Sprachlosigkeit, steigendem Medienkonsum, falscher Ernährung und Bewegungsmangel, dem sie auch später als Erwachsene kaum mehr entinnen. Ursache vieler dieser Symptome sind gestörte psychosoziale Netze, die es Kindern und Eltern schwer machen, ihr krankmachendes Verhalten ohne professionelle Hilfe zu ändern. Für erfolgreiche Interventionen sei entscheidend, dass Konzepte zum Einsatz kämen, die die Patienten befähigen, ihr Verhalten im Lebensalltag zu korrigieren und sie nicht allein über gesundes Verhalten belehren.

Weitere Informationen zum KEG:
http://www.bundestag.de/parlament/gremien15/a12/Oeffentliche_Sitzungen/index.html



© Bundesrat

KEG - Anhörung im Familienausschuss

Am 13. April 2005 lud der Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu seiner Anhörung des „Gesetzes zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich“ (KEG) ein. Das KEG sieht unter anderem vor, Erziehungsberatung und ambulante therapeutische Leistungen der Jugendhilfe zuzahlungspflichtig zu machen.

Ausgangspunkt der Debatte war die schwierige finanzielle Lage der Kommunen. Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag halten Zuzahlungen in der Erziehungsberatung sozial für zumutbar und ökonomisch für dringend notwendig. Die Experten des Deutschen Jugendinstituts und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes bezweifelten dagegen,

dass sich die beabsichtigen Einsparungen auch realisieren lassen. Zuzahlungen führten nicht dazu, dass sich die Familien damit an den Kosten der Erziehungsberatung beteiligen, sondern dass sie diese Leistungen gar nicht mehr in Anspruch nehmen. Kurzfristige Einsparungen würden damit aber mittel- bis langfristig in Mehrkosten umschlagen. Die Erfahrung lehre, dass Eltern und ihre Kinder mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen, die ohne Beratung blieben, zu einem späteren Zeitpunkt auf die Jugendhilfe angewiesen seien oder die Jugendhilfe selber aktiv werden müsse. Die mit dem KEG beabsichtigte Zuzahlung führe deshalb mittel- bis langfristig eher zu Ausgabensteigerun-

gen als zu Einsparungen und sei außerdem dem präventiven Charakter der Jugendhilfe nicht angemessen. Erziehungsberatung benötige weiterhin niedrigschwellige Angebote, um vorbeugende Arbeit leisten zu können.

Zum Schluss der Anhörung drängte sich das Fazit auf, dass sich das Sparen zu Lasten von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen für die Kommunen nicht auszahlen wird. Diese Erkenntnis könnte sich auch im Deutschen Bundestag durchzusetzen. Zurzeit besteht begründete Hoffnung, dass das KEG keine Mehrheit findet.

Psychotherapeuten im Maßregelvollzug

Der Maßregelvollzug bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Haftstrafe und Krankenhausbehandlung. Psychisch kranke Straftäter müssen nicht allein eine Strafe absitzen, sondern auch wirksam behandelt werden. Die Psychotherapie zählt dabei zu den wichtigsten Behandlungsmethoden. Seit 2004 erlaubt das Maßregelvollzugsgesetz in Nordrhein-Westfalen Psychologischen Psychotherapeuten, Leitungsfunktionen im Maß-

regelvollzug einzunehmen. Eine Tagung der Psychotherapeutenkammer NRW im Februar 2005 unter dem Titel „Wie viel Krankenhaus braucht der Maßregelvollzug“ machte aber deutlich, dass diese Möglichkeiten bislang noch nicht ausreichend genutzt werden. Dabei lassen sich die zunehmend günstigeren Ergebnisse bei Nachuntersuchungen von Straftätern nicht zuletzt auf die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Behandlungsansätze zurückführen.

Unter Nutzung multimodaler Therapieansätze lassen sich bis zu 60 Prozent der Patienten erfolgreich behandeln (siehe Kasten).

Positiv war zu verzeichnen, dass für Prognosegutachten bei psychisch kranken Straftätern immer häufiger psychologische Sachverständige bestellt werden. Die Psychotherapeutenkammer NRW führt dazu eine Liste psychologischer Sachverständiger, die bestimmte Qualifikationsanforderungen (siehe Tabelle) erfüllen. Auf Anregung von Sachverständigen mehrerer Landeskammern wird derzeit die Bildung einer Fachkommission auf Bundesebene vorbereitet, die entsprechende einheitliche Anforderungen ausarbeiten wird.

Qualifikationsanforderungen an psychologische Sachverständige (Prognose/Schuldfähigkeit) in NRW

- Approbation
- Mindestens 3 Jahre Vollzeittätigkeit im Maßregelvollzug oder vergleichbare Behandlungserfahrung
- Regelmäßige, fachspezifische Fortbildung von 40 Stunden jährlich
- Vorlage von je 5 qualitativ angemessenen Gutachten zu Fragestellungen der Prognose bzw. Schuldfähigkeit

BPtK-Inside

Merkmale erfolgreicher Therapien psychisch kranker Straftäter (Fiedler, 2004)

- Kooperative therapeutische Beziehung, unabhängig von der Art des Delikts
- Unterscheidung von Delikt und Persönlichkeit der Straftäters
- keine massierte Konfrontation mit negativen Persönlichkeitsanteilen (kein heißer Stuhl)
- Therapeut dient als Modell für Empathie, Wertschätzung und Respekt
- Stützender, übender Therapieansatz: Beratung, Training, Coaching des Patienten
- Aufbau eines positiven Selbstbildes, Ressourcenorientierung
- Proximale Prozessanalyse des Delikts und Einübung von Bewältigungsstrategien für Gefährdungssituationen
- Aufbau von Empathie für die Opfer auf Seiten des Täters
- Aufbau sozialer Fertigkeiten und der Selbstregulation
- Konkrete Maßnahmen zur Rückfallprävention, Nachbetreuung

Agenda 2007 - BPtK bereitet Position für die nächste Gesundheitsreform vor

Nach der Reform ist vor der Reform. Im Februar 2005 begann die BPtK mit der Arbeit an der Agenda 2007, da unabhängig vom Ausgang der Bundestagswahl mit einer neuen Gesundheitsreform 2008 zu rechnen ist. Dazu bat der Vorstand externe Experten um ihre Einschätzung.

Franz Knieps, „Baumeister“ des GKV-Modernisierungsgesetzes im BMGS, meinte, eine grundlegende Neugestaltung des Gesundheitssystems werde trotz intensiver programmatischer Debatten - Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie – vermutlich ausbleiben. Die Komplexität des Systems erlaube keine waghalsigen Experimente mit schwer kalkulierbaren Folgen. Wahrscheinlicher sei vielmehr eine erneut moderate Reform, die den Fo-

kus weiterhin auf darlegungsfähige Qualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen lege. Um den Wettbewerb zwischen PKV und GKV zu ermöglichen, könne die Politik einheitliche Rahmenbedingungen schaffen. Denkbar sei auch, dass weitere Einkünfte zur Finanzierung der GKV herangezogen würden. Außerdem stehe zur Diskussion die Arbeitgeberbeiträge einzufrieren.

Eine Agenda 2007 dürfe Europa nicht aus den Augen verlieren, forderte Professor Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin. Der europäische Vergleich der Gesundheitssysteme mache allerdings deutlich, dass sowohl steuer- als auch beitragsfinanzierte Systeme ihre Vor- und Nachteile hätten. Für den Patienten hat die Versorgungsquali-

tät einen höheren Stellenwert als die Beitragsstabilität - auf diese Versichertenpräferenz wies Klaus Jacobs, Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, hin. Für qualitativ hochwertige Leistungen seien Patienten durchaus bereit, mehr Geld auszugeben. Hätten die Patienten die Wahl, würden sie disziplinen- und sektorübergreifende Angebote vorziehen.

Die BPtK plant in der zweiten Jahreshälfte 2005 ihre Schwerpunkte der Agenda 2007 zu präzisieren, um sie danach mit den Delegierten der Deutschen Psychotherapeutentage und den Landeskammern zu diskutieren.



BPtK-Ausschüsse und Kommissionen

Fortbildungskommission: Die vorgeschlagenen Änderungen der Musterfortbildungsordnung wurden von den Delegierten des 5. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in München teilweise verabschiedet und in die Musterfortbildungsordnung aufgenommen (s.a. PTJ 2/2005). Die Delegierten des 5. DPT stimmten mit großer Mehrheit einer weiteren Mandatierung der Fortbildungskommission bis zum 7. DPT zu. Die Kommission wird sich – neben der kontinuierlichen Pflege und Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung - schwerpunktmäßig mit der Erstellung von Kriterien und Empfehlungen zur curricularen Fortbildung beschäftigen. Weiterhin soll in Zusammenarbeit mit der Weiterbildungskommission erörtert werden, wie Fort- und Weiterbildung auf einander zu beziehen und von einander abzugrenzen sind.

Lenkungsgruppe Musterberufsordnung (MBO): Die von der Lenkungsgruppe gewünschte 1. Lesung des MBO-Entwurfs konnte

auf dem 5. DPT nicht durchgeführt werden. Auch die für die weitere Arbeit notwendige Mandatsverlängerung kam aus Zeitgründen nicht zur Abstimmung. Um dennoch für den 6. DPT in Hamburg den Delegierten einen beschlussfähigen Entwurf einer MBO vorlegen zu können, erfolgt die weitere Arbeit der Lenkungsgruppe durch einen direkten Auftrag des Bundesvorstands. Der Vorstand der BPtK hat einen entsprechenden Beschluss einstimmig verabschiedet.

Die Lenkungsgruppe wird die verbleibende Zeit nutzen und den bereits weit fortgeschrittenen MBO-Entwurf nochmals mit den Ländern abstimmen, um so einen größtmöglichen Konsens bis zur Vorlage auf dem 6. DPT zu erreichen.

Weiterbildungskommission: Die Synopse der Rückmeldungen zum Eckpunktepapier einer Muster-Weiterbildungsordnung sowie der aktuelle Stand der Entwicklung wurden den Bun-

desdelegierten nur in einem schriftlichen Bericht präsentiert. Für den Juni 2005 plant die Kommission eine Expertenanhörung, um für den 6. DPT einen Entwurf der MWBO zur ersten Lesung vorzubereiten.

QS/QM-Kommission: Auf Anregung des Länderrats befasst sich die Kommission im kommenden Halbjahr zum einen mit den ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekten der elektronischen Gesundheitskarte. Zum anderen wird für das 3. Quartal 2005 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement erwartet. In diesem Zusammenhang hat die Kommission erste Vorschläge für eine psychotherapiespezifische Anpassung des QM-Systems QEP der KBV erarbeitet. Weiterhin wird die Kommission nach Verabschiedung des G-BA-Richtlinienentwurfs zum einrichtungsinternen QM hierzu in Abstimmung mit dem Vorstand der BPtK eine Stellungnahme vorbereiten.

BPtK-Focus

Gemeinsamer Bundesausschuss
<http://www.g-ba.de>

Methodenpapier des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
<http://www.iqwig.de>

Informationen zu empirically supported treatments:
http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/

BPtK-Symposium: Evidenzbasierte Psychotherapie

Das deutsche Gesundheitssystem krankt seit Jahren an der schwachen wirtschaftlichen Entwicklung. Um deshalb notwendigen Sparmaßnahmen zu rechtfertigen, legte die Bundesregierung einen ihrer gesundheitspolitischen Schwerpunkte auf verbesserte Qualität und Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 beinhaltet darum u.a. institutionelle Reformen, die jetzt mit

- der Verfahrensordnung des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ (G-BA) und
- dem Methodenpapier des neu gegründeten „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG)

wichtige Konkretisierungen erführen. Die langfristigen Konsequenzen dieser Regelungen dürften vielen gesundheitspolitischen Akteuren erst in den kommenden Jahren richtig klar werden. Die darin etablierten Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (EbM) werden die inhaltliche Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens und damit auch der Psychotherapie für die nächsten Jahre entscheidend prägen. Vor diesem Hintergrund veranstaltete die BPtK am 5. April 2005 in der Kaiserin Friedrich Stiftung in Berlin ein Symposium zu „Perspektiven der evidenzbasierten Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen“.

In ihrem Eingangsreferat beschrieb Prof. Dianne Chambless

von der University of Philadelphia, die Grundideen von „Empirically Supported Treatments“ (EST): Psychotherapeutische Behandlungen sind danach besser, wenn sie auf aktuellem, empirisch basierendem Wissen beruhen. Zu Beginn habe sich die US-amerikanische Forschung dabei auf die Wirksamkeit psychologischer Interventionen in „randomisiert kontrollierten Studien“ (RCT) konzentriert. Inzwischen werde aber auch der Wirksamkeit in der klinischen Routine zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt und eine Vielzahl von Effectiveness-Studien spreche für die Wirksamkeit der EST in der klinischen Praxis. Aktuelle Studien zeigten darüber hinaus, dass insbesondere Ergebnisse neuerer RCT-Studien hinsichtlich der

Komorbidität und Schwere der Störung sehr wohl auf die klinische Praxis generalisierbar seien (Stirman et al. 2005). Chambless widersprach auch der Annahme, dass lediglich die therapeutische Beziehung und nicht die therapeutische Methode für den Behandlungserfolg von Bedeutung sei.

Psychotherapie hat nicht nur positive Wirkungen, sondern manchmal auch Nebenwirkungen, über die Patienten informiert werden sollten – diesen vernachlässigten Aspekt von psychotherapeutischen Angeboten verdeutlichte Prof. Jürgen Margraf. Obwohl im Rahmen eines Cochrane-Reviews gezeigt werden konnte, dass Debriefing als Akutintervention nach traumatischen Erlebnissen im Vergleich zu Nicht-Behandelten mittelfristig zu schlechteren Therapieergebnissen führt, erfreue sich diese Methode bei der Behandlung von Opfern und Helfern der Flutkatastrophe in Südostasien mancherorts noch erstaunlicher Beliebtheit.

Dr. Stephan Hau kritisierte, dass die EbM einseitig auf RCT-Studien als den Goldstandard der Therapieforchung setze und die Ergebnisse naturalistischer Studien ebenso wie von Prozess-Outcome-Studien noch zu wenig Berücksichtigung fänden. In einem Überblick über die Wirksamkeit systemischer Behandlungsmethoden konnte Dr. Kirsten von Sydow darlegen, dass sich die Forschungslage deutlich verbessert hat. In einigen Anwendungsbereichen liegen überzeugende Wirksamkeitsbelege vor, insbesondere für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Dies ist umso bemerkenswerter, weil die Forschungslage zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen insgesamt relativ schwach ist.

Dr. Simon Gilbody von der University of York hob in seinem Vortrag hervor, dass die Bereitstellung von Leitlinien allein in der Regel praktisch

keinen Effekt auf die tatsächliche klinische Praxis habe. Die Frage, wie evidenzbasierte Behandlungsansätze in der Routineversorgung implementiert werden können, müsse daher stärker berücksichtigt werden. Als wirksam hätten sich in Großbritannien insbesondere Ansätze erwiesen, die neben der Schulung der Patienten und der Leistungserbringer auch strukturierte Behandlungspfade, Case Management sowie eine Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation nutzen.

Methodisch hochwertige Studien auch für den Bereich der Psychotherapie forderte Dr. Bernhard Egger vom AOK-Bundesverband. Die neue G-BA-Verfahrensordnung einer indikationsbezogenen Prüfung und Zulassung müsse auch auf die psychotherapeutischen Behandlungsansätze angewendet werden. Detlev Kommer, Präsident der BpTK, zeigte am Beispiel der Disease Management Programme (DMP) auf, dass die aktuellen Anforderungen an DMP wissenschaftlichen Ansprüchen häufig nicht gerecht werden. Psychotherapeutische Behandlungsansätze würden trotz vorliegender Wirksamkeitsnachweise nicht in die DMP integriert. Stattdessen beschränkten sich insbesondere die DMP-Patientenschulungen auf eine reine Wissensvermittlung, die eine Vielzahl der Patienten nicht befähige, erforderliche Verhaltensänderungen im Alltag umzusetzen.

Auf RCT-Studien kann bei der Bewertung von psychotherapeutischen Methoden nicht verzichtet werden – diese Ansicht vertrat Dr. Stephan Lange, stellvertretender Leiter des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG). Dabei sei auch auf die Kontrolle der Therapieintensität zu achten, die einen erheblichen Einfluss auf die unterschiedliche Wirksamkeit habe, z.B. von Placebotherapien und bestimmten psy-

chotherapeutischen Methoden (Baskin et al., 2003). Zum anderen würden Spontanheilungen selbst bei schweren psychischen Störungen demonstrieren, wie unverzichtbar die Kontrollgruppen in RCT-Studien seien (Fonagy & Roth, 2004).

Als letzter Redner des Symposiums skizzierte Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA, die praktischen Konsequenzen der neuen Verfahrensordnung des G-BA wie auch der indikationsbezogenen Anerkennungspraxis des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie für psychotherapeutische Verfahren und Methoden. Der G-BA als zentrales Organ der Selbstverwaltung könne die Entscheidungen des WBP nicht ignorieren, sei aber zugleich aufgrund unterschiedlicher Bewertungsverfahren gehalten, eine eigenständige Prüfung vorzunehmen. Man bewege sich damit in dem Spannungsfeld zwischen Sozial- und Berufsrecht.

In der anschließenden Diskussion wurden die aktuellen Bewertungsverfahren beim G-BA zur Gesprächspsychotherapie und zur Neuropsychologischen Therapie, wiederholt aufgegriffen. Dabei wurde am Beispiel der Gesprächspsychotherapie auf die möglichen negativen Konsequenzen einer Teilzulassung von psychotherapeutischen Verfahren für ein eingeschränktes Indikationsspektrum hingewiesen. Einhellige Auffassung bestand jedoch darüber, das Innovationspotential der Psychotherapie bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen und der Früherkennung und Frühintervention stärker zu nutzen, sofern dafür hinreichende Evidenznachweise vorgelegt werden. Die Akzeptanz sei in der Politik durchaus vorhanden, die Psychotherapie müsse sich dafür die Methoden der EbM zu Nutze machen. Erforderlich ist aber auch einer Ausweitung der Forschungsförderung für Psychotherapie, insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung.

“To have an impact on clinical practice evidence based medicine has to make use of evidence based dissemination and implementation strategies”

Simon Gilbody

National Institute for Clinical Excellence
<http://www.nice.org.uk/>

Datenbank der Cochrane Systematic Reviews
<http://www.cochrane.org>.

Centre for evidence based medicine
<http://www.cebm.net>

Centre for evidence based mental health
<http://www.cebmh.com>

Präsentationen erhältlich von der BpTK über:
info@bptk.de

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Telefon: 030-278785-0
Fax: 030-278785-44
E-Mail: info@bptk.de
www.bptk.de

Zum
Schluss

Speakers Corner

Monika Konitzer, Präsidentin der
Psychotherapeutenkammer NRW



Notfallpsychotherapie

SESAM - Einmaliges
Forschungsprojekt



Ein Schweizer Forschungsprojekt eröffnet eine neue Ära interdisziplinärer Forschung für das Verständnis von psychischer Gesundheit und Krankheit. Das Projekt SESAM („Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health“) erforscht grundlegend die komplexe Wechselwirkung zwischen psychosozialen und genetisch-biologischen Variablen im individuellen Lebenslauf und über Generationen hinweg. Der geplante Nationalen Forschungsschwerpunkt (NFS) arbeitet mit einer Stichprobe von 3.000 Kindern ab der 12. Schwangerschaftswoche, die zusammen mit ihren Eltern und Großeltern bis in das junge Erwachsenenalter untersucht werden. Die europaweit einmalige Studie beinhaltet neben dem Kernprojekt zwölf weitere Untersuchungen, u.a. eine Interventionsstudie zur Prävention psychischer Störungen bei Hochrisikogruppen von Kindern mit gestörtem Bindungsverhalten. Vor dem Hintergrund seiner neuen Aufgaben legte Prof. Jürgen Margraf, einer der Initiatoren und Koordinatoren von SESAM, sein Amt als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nieder.

psychosozialen und genetisch-biologischen Variablen im individuellen Lebenslauf und über Generationen hinweg. Der geplante Nationalen Forschungsschwerpunkt (NFS) arbeitet mit einer Stichprobe von 3.000 Kindern ab der 12. Schwangerschaftswoche, die zusammen mit ihren Eltern und Großeltern bis in das junge Erwachsenenalter untersucht werden. Die europaweit einmalige Studie beinhaltet neben dem Kernprojekt zwölf weitere Untersuchungen, u.a. eine Interventionsstudie zur Prävention psychischer Störungen bei Hochrisikogruppen von Kindern mit gestörtem Bindungsverhalten. Vor dem Hintergrund seiner neuen Aufgaben legte Prof. Jürgen Margraf, einer der Initiatoren und Koordinatoren von SESAM, sein Amt als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nieder.

Weitere Informationen unter: <http://www.psych.unibas.ch/sesam>

Im August 2005 findet in Köln der Weltjugendtag statt, der durch die Anwesenheit des neuen deutschen Papstes Benedikt XVI. voraussichtlich noch mehr Besucher anziehen wird, als ohnehin schon erwartet werden.

Weil solche großen Ereignisse leider immer auch mit Unfällen oder terroristischen Anschlägen verbunden sein können, plant die nordrhein-westfälische Landesregierung zurzeit eine verbesserte Vorsorge bei möglichen „Großschadensereignissen“. Das Zugunglück von Eschede wie der Amoklauf des Erfurter Schülers zeigten schon in der Vergangenheit, wie wichtig es ist, Psychotherapeuten in die Strukturen des Katastrophenschutzes einzubeziehen. In NRW ist jetzt vorgesehen, dem leitenden Notarzt auch einen leitenden Notfallpsychotherapeuten zur Seite zu stellen, der die Koordination der psychologischen Hilfe übernimmt. Für die weitere Versorgung von psychisch Verletzten ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durch niedergelassene Psychotherapeuten sowie dafür geeigneter Institutionen und Krankenhäuser vorgesehen.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat erste leitende Notfallpsychotherapeuten benannt, die in diesem Tätigkeitsfeld Erfahrung haben. Fortbildungsveranstaltungen zur Einführung in die Notfallpsychotherapie stellen die Qualität der weiteren Behandlung sicher.

Weitere Großereignisse wie die Fußballweltmeisterschaft in Deutschland im Jahr 2006 machen eine kontinuierliche Beschäftigung mit diesem Thema auch bundesweit notwendig. Für die Zukunft ist deshalb ein Ausbau der kammerübergreifenden Zusammenarbeit in der notfallpsychotherapeutischen Hilfe nötig, die anlässlich der Flutkatastrophe in Südostasien begonnenen wurde.



Termine, Termine, Termine

24.05.05 - Kammerversammlung Bremen
08.06.05 - 15. Kammerversammlung Hamburg
09.06.05 - Delegiertenversammlung Berlin
10.+11.06.05 - 11. Delegiertenversammlung Hessen
17.06.05 - 14. Kammerversammlung Nordrhein-Westfalen
20.06.05 - Vertreterversammlung Saarland

23.06.05 - Delegiertenversammlung Bayern
25.06.05 - Vertreterversammlung Baden-Württemberg
18.07.05 - Vertreterversammlung Saarland
24.07.05 - Vertreterversammlung Baden-Württemberg
03.09.05 - Kammerversammlung Niedersachsen
12.09.05 - Vertreterversammlung Saarland
17.09.05 - Konstituierende Sitzung Nordrhein-Westfalen
22.09.05 - Delegiertenversammlung Berlin

23./24.09.05 - 3. Hessischer Psychotherapeutentag
24.09.05 - Vertreterversammlung Baden-Württemberg
24.10.05 - Vertreterversammlung Saarland
25./26.10.05 - Kongress „GesundLernen in KiTa und Schule“, Berlin. Unter Beteiligung der BptK an der AG „Psychische Gesundheit“
04./05.11.05 - 5. Delegiertenversammlung Hessen
15.11.05 - Kammerversammlung Bremen
24.11.05 - Delegiertenversammlung Berlin

Impressum

BptK-Newsletter
Herausgeber: BptK
V.i.S.d.P.: Detlev Kommer
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Kay Niebank
Verlag: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.
Druck: Kessler Verlagsdruckerei, Bobingen
Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet. Erscheinungsweise: 4 mal jährlich

Impressum