



BpTK - Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2005

November
2005

Themen dieser Ausgabe:

- *Vertragsarztrechtsänderungsgesetz*
- *Disease-Management-Programme*
- *Notfallpsychotherapie*
- *Grünbuch „Psychische Gesundheit“*
- *Elektronischer Heilberufsausweis*
- *Qualitätsmanagement in Praxen*
- *Prävention durch gesundes Lernen*

Mehr unternehmerische Spielräume auch für Psychotherapeuten

Im Windschatten der Bundestagswahlen hat das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) einen ersten Arbeitsentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) vorgelegt. Ärzten sollen darin ähnliche unternehmerische Optionen eingeräumt werden, wie sie bereits Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben. Der Arbeitsentwurf setzt vor allem die überarbeitete ärztliche Musterberufsordnung gesetzgeberisch um, weshalb in erster Linie die Interessenlage der Ärzteschaft Berücksichtigung fand. In einem Gespräch Ende September konnte die

BpTK die Standpunkte der Psychotherapeuten deutlich machen. Mit einem Gesetzentwurf ist – vorbehaltlich der Einigung auf eine schwarz-rote Koalition – Anfang 2006 zu rechnen.

Berufsausübungsgemeinschaften“, besser bekannt als Gemeinschaftspraxen, sollen – so der Arbeitsentwurf – künftig möglich sein:

- für jeweils einzelne definierte Leistungen,
- interdisziplinär: z.B. zwischen Gynäkologen und Psychotherapeuten, zwischen Orthopäden und Psychotherapeuten oder auch zwischen Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeuten und Kinderärzten,

- überörtlich: nicht mehr an gemeinsame Praxisräume gebunden.

Für viele Krankheitsbilder wäre dies ein wichtiger Schritt zu einer ganzheitlichen Versorgung, die körperliche und psychische Erkrankungen, psychische Komorbidität und Belastungen besser berücksichtigt. Bisher sind jedoch die Bundesärztekammer und die Kassenzentralen gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen Gemeinschaftspraxen zwischen Ärzten und Psychotherapeuten.

Weiter auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser,

auf dem 6. DPT am 15. Oktober in Hamburg wurde ich zum neuen Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer gewählt. Auch ein neuer Vizepräsident - Herr Dipl.-Psych. Hans Bauer - trat als Nachfolger von Herrn Dr. Lothar Wittmann sein Amt an. Dem Vorstand gehören weiterhin als Vizepräsidentin Frau Dipl.-Psych. Monika Konitzer sowie als Beisitzer Herr Dipl.-Psych. Hermann Schürmann und Herr Dipl.-Soz. Päd. Peter Lehndorfer an. Der neue Vorstand tritt für Kontinuität in der Sache und eine verbesserte Kommunikation und Abstimmung mit den Landespsychotherapeutenkammern und allen in den Kammern vertretenen Verbänden und Fachgesellschaften ein.

Die Gesundheitspolitik hat die Entscheidung über die Finanzierung und die Strukturfragen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung auf 2006 vertagt. Zum Zeitpunkt der Drucklegung war nur klar, welche Veränderung die schwarz-rote Koalition bei den Ausgaben des Gesundheitssystems beabsichtigt. Im Prinzip bleibt es – nicht ganz überraschend – beim bisherigen Kurs, der sich schon im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) ausdrückte. Dazu gehört vor allem die weitere Förderung neuer Versorgungsformen. Aus Sicht der Psychotherapeuten sind die neuen Spielräume, die Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern zusätzlich gewährt werden sollen, durchaus zu begrüßen, wenn sie dazu genutzt werden, bessere Versorgungskonzepte für vordringliche Gesundheitsprobleme zu entwickeln.

Für uns Psychotherapeuten gehört zu den Problemen, die dringend gelöst werden müssen, die Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen. Hoffnungsvoll klingt, dass die schwarz-rote Koalition ankündigt, die Bedarfsplanung insgesamt flexibler zu gestalten. Wenn dies bedeutet, dass sich auch für die Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten etwas bewegt, wäre das ein wünschenswerter Schritt nach vorne. Auch die psychische Gesundheit von älteren Menschen wird bisher zu wenig beachtet. Die Versorgung von Demenzkranken und die Palliativversorgung haben jetzt immerhin Berücksichtigung in den Koalitionsvereinbarungen gefunden.

Die Koalitionäre planen auch einen neuen Anlauf für ein Präventionsgesetz. Wir erwarten, dass – anders als beim letzten Versuch – das Präventionsziel psychische Gesundheit angemessen berücksichtigt wird. Wir werden uns wieder dafür stark machen, dass Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen wird und dass sie gerade mit Blick auf Kinder und Jugendliche nicht nur die Aufgabe der Sozialversicherung sein kann. Die staatliche Jugendhilfe ist mindestens ebenso gefordert. Konkret heißt dies: Solange Bund, Länder und Gemeinden sich nicht finanziell maßgeblich beteiligen, ist für die Prävention wenig gewonnen. Die Koalitionsvereinbarung enthält noch weitere Punkte, die Konsequenzen für Psychotherapeuten und ihre Patienten haben. Wir werden Sie im BpTK-Newsletter auf dem Laufenden halten und berichten in dieser Ausgabe schon über die Reform des Vertragsarztrechts.

Auch dieser Newsletter behandelt aus gegebenem Anlass überwiegend Themen aus der GKV. Diese Gestaltung wurde unter Hinweis darauf, dass Psychotherapie mehr ist als Krankenbehandlung in der GKV und dass für uns Psychotherapeuten Themen relevant sind, die über die ökonomischen und strukturellen Aspekte unsere Tätigkeit hinausgehen, immer wieder kritisiert. Zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen in Vorstand und Länderrat werde ich in den kommenden Monaten eine Konzeption für den zukünftigen Newsletter erarbeiten, die dieser Kritik Rechnung trägt. Bitte teilen Sie mir Ihre Ideen und Vorschläge hierzu mit!

Prof. Dr. Rainer Richter

DMP und Psychotherapie

Für sechs Krankheiten – Diabetes mellitus Typ I und II, Mamma-Karzinom, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung – hat das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) mittels Rechtsverordnungen die Voraussetzungen festgelegt, nach denen Disease-Management-Programme (DMP) zugelassen werden. Zum Juli 2005 gab es insgesamt 4.746 DMP-Verträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Ärzten, die vom Bundesversicherungsamt zugelassen worden sind. Das mit Abstand erfolgreichste DMP ist das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ II. Von den rund 1,7 Millionen Versicherten, die im Juli 2005 in ein DMP eingeschrieben waren, waren ca. 1,6 Millionen Diabetiker (95 Prozent). Insgesamt leben in der Bundesrepublik Deutschland etwa vier Millionen diagnostizierte Diabetiker, das heißt, ungefähr ein Drittel der Diabetiker nimmt an einem DMP teil.

Aus psychotherapeutischer Sicht sind die bestehenden DMP noch erheblich verbesserungsbedürftig. Diabetiker erkranken überdurchschnittlich häufig an Depressionen. Ihr Risiko ist etwa doppelt so hoch

wie bei einem Nicht-Diabetiker. Besonders gefährdet sind Patienten, die zusätzlich an weiteren körperlichen Erkrankungen leiden (z.B. Bluthochdruck, Adipositas, etc.). Seit langem ist bekannt, dass Hausärzte Depressionen nicht ausreichend sicher erkennen. Abhilfe bieten diagnostische Gespräche und psychotherapeutische Screening-Instrumente, die aus professioneller Sicht routinemäßig in der Diabetesbehandlung eingesetzt und in DMP verankert werden müssten. Dies ist umso wichtiger, da die Depressionsbehandlung eines Diabetikers nachweislich positive Konsequenzen für dessen psychische Gesundheit und Lebensqualität hat. Das Kriterium, das im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) diskutiert wird, ist allerdings, inwieweit eine Depressionsbehandlung auch die Ergebnisparameter der Diabetesbehandlung (z.B. HbA1c-Wert) positiv beeinflusst.

Bisher fehlen in den DMP auch Angebote, die es den Patienten ermöglichen, ihre bisherigen Lebensgewohnheiten der Krankheit erfolgreich anzupassen. Die DMP setzen dabei bisher einseitig auf wissensbasierte Information, Beratung und Schulung. Eine Ergänzung um

psychotherapeutische Angebote ist aber notwendig. Dieses Manko wird in der fachlichen Diskussion grundsätzlich auch nicht bestritten. Für eine Implementierung in den strukturierten Behandlungsprogrammen ist es jedoch aus G-BA-Sicht notwendig, nicht nur pauschal einen Versorgungsbedarf für alle Patienten zu definieren, sondern im Einzelnen festzulegen, wann welcher Patient welches Angebot erhalten soll. Ziel des G-BA ist es, für Patientengruppen, die zuverlässig unterscheidbar sind, bedarfsgerechte und evaluierte Schulungs- und Behandlungsprogramme zu bestimmen.

Aus Sicht der Psychotherapie existieren durchaus schon Konzepte, die diesen Anforderungen genügen. Anleitungen für Patienten, die einen umfassenden Selbstmanagementansatz verwirklichen, leisten nachweislich einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Verringerung von langfristigen Folgeschäden. Der G-BA bemängelt jedoch, dass es bei Diabetespatienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf an aussagekräftigen Studien fehle (Nachweis der differenziellen Wirksamkeit).

Fortsetzung von Seite 1

Der Gesetzgeber sieht allerdings das Verbesserungspotenzial in der Versorgung und wird im VÄG möglicherweise klarstellen, dass solche interdisziplinären Gemeinschaftspraxen möglich sein sollen.

Ziel des VÄG ist auch eine Liberalisierung der Regelung für die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen. Vertragsärzten werden zusätzliche unternehmerische Spielräume eingeräumt, die sich für Vertragspsychotherapeuten in dieser Form nicht realisieren lassen. § 19 Abs. 1 Musterberufsordnung-Ärzte hält fest, dass die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Praxis die Leitung der Praxis durch einen nieder-

gelassenen Arzt voraussetzt. Folgt der Gesetzgeber diesen Regelungen der Musterberufsordnung-Ärzte, kann zwar ein ärztlicher Psychotherapeut einen Psychologischen Psychotherapeuten anstellen, umgekehrt wäre dies jedoch nicht möglich. Mit dieser Regelung werden die unternehmerischen Spielräume der Psychologischen Psychotherapeuten eingeschränkt, aber auch die Entscheidungsfreiheit des ärztlichen Psychotherapeuten. Er könnte sich, wenn er sich gegen eine Niederlassung in eigener Praxis entscheidet, nicht von einem Psychologischen Psychotherapeuten anstellen lassen.

Aus Patientensicht ist von entscheidender Bedeutung, dass Arzt wie Psychotherapeut in Bezug auf die Patienten eigen-

verantwortlich und selbstständig arbeiten können und ggf. hierzu adäquat fachlich angeleitet werden. Dies ist nicht gefährdet, wenn die Leitung der Praxis auch in den Händen eines Vertragspsychotherapeuten liegt.

Das Sozialgesetzbuch definiert im § 95 Abs. 1 Satz 2 das MVZ als eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung. Das Primat der ärztlichen Leitung ist jedoch aus psychotherapeutischer Sicht kritisch zu werten. Aus Sicht der BPTK sollte der Gesetzgeber im VÄG klarstellen, dass bei MVZ, in denen Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten, eine kooperative oder je nach Leistungsspektrum eine psychotherapeutische Leitung möglich ist.

Notfallpsychotherapie nimmt Gestalt an

Katastrophen, schwere Unglücke oder Gewalterlebnisse können psychische Notfälle mit traumatischen Krisen und gravierenden Folgestörungen auslösen. Opfer, Angehörige, Augenzeugen, Helfer und Rettungskräfte brauchen in solchen Fällen eine unverzügliche und angemessene psychotherapeutische Versorgung. Dass Psychotherapeuten in der Lage sind, selbst bei großen Katastrophen schnell und professionell Hilfe zu organisieren, haben sie nach der Tsunami-Katastrophe in Südostasien bewiesen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Landespsychotherapeutenkammern konnten der staatlichen Koordinierungsstelle NOAH umgehend die erforderlichen Psychotherapieplätze vermitteln und sich damit als politisch handlungsfähiger und zuverlässiger Akteur präsentieren. In der Folge gibt es heute in mehreren Kammern Psychotherapeutenlisten, auf die auch in Zukunft bei vergleichbaren Anlässen zurückgegriffen werden kann. Damit sind erste Weichen für die Zukunft der Notfallpsychotherapie in Deutschland gestellt.

Großveranstaltungen wie die Fußball-Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland mit mehreren hunderttausend Besuchern in verschiedenen Stadien erfordern jedoch eine vorausschauende Notfallplanung, in der bisher Psychotherapeuten nicht ausreichend vorgesehen sind. Die Kumulation akuter Belastungen durch klassische Stressoren (z. B. Lärm, Enge), Missbrauch von psychotropen Substanzen (z. B. Alkohol) oder die Trennung von Kindern und Eltern können zu akuten Belastungsreaktionen führen, die psychotherapeutisch aufgefangen werden müssen. Verwirrtheit mit Desorientierung, übertriebene Besorgnis und Angst, phobische Reaktionen oder psychische Dekompensationen erfordern eine sofortige angemessene Versorgung. Notwendig ist deshalb eine Notfallpsychotherapie, die analog zum notärztlichen Dienst bereits vor Ort die „Akutversorgung“ übernimmt. Notfallpsychotherapie

ist daher zu unterscheiden von Psychotrauma-Therapie.

Wie eine notfallpsychotherapeutische Akutversorgung aussehen könnte, schilderten Psychotherapeuten aus Österreich, die die Psychotherapeutenkammer Hamburg am 28. Oktober zu einer Diskussionsveranstaltung eingeladen hatte. Der „Notfallpsychologische Dienst Österreich“ (NDÖ) konnte sich in der dortigen Versorgungsstruktur bereits fest etablieren. Österreichische Psychotherapeuten nehmen in der Diagnostik und der Kurzintervention eine Schlüsselstellung in der Akutversorgung psychischer Krisen und Notfälle ein. Die erfolgreiche Arbeit bei verschiedenen Großschadensereignissen hat den NDÖ zu einer gefragten Versorgungseinrichtung gemacht, die ein zuverlässiges Netzwerk notfallpsychotherapeutischer Hilfe anbietet, das auch über eine 24-Stunden-Hotline erreichbar ist.

Auf Einladung der nordrhein-westfälischen Psychotherapeutenkammer trafen sich Kammervertreter der Länder am 27. Oktober in Düsseldorf. Die NRW-Kommission Notfallpsychotherapie“ berichtete über ihre Erfahrungen beim Weltjugendtag in Köln, zu dessen Abschlussgottesdienst ca. eine Million Gläubige kamen. Die Schilderung des notfallpsychotherapeutischen Einsatzes, der bei solchen Ereignissen koordiniert mit vielen anderen Professionen und eingebunden in straffe Hierarchien erfolgen muss, machte deutlich, dass die „Feldkompetenz“ eine entscheidende Qualifikation von Psychotherapeuten sein muss. Nur Erfahrungen aus Großübungen und -einsätzen befähigen Psychotherapeuten, sich in den komplexen Strukturen von Rettungsdienst und Katastrophenschutz zu orientieren und im Notfall auch in Situationen mit hohen Belastungen kompetent zu agieren. Die Landespsychotherapeutenkammern bekundeten den Wunsch, das für die Notfallpsychotherapie erforderliche Qualifikationsprofil sowie Fortbildungen miteinander abzustimmen und zu koor-

dinieren. Die länderspezifische Umsetzung und Ausgestaltung der Empfehlungen der BPtK-Kommission sollen in einer Arbeitsgruppe beraten werden.

Psychotherapeuten treffen „vor Ort“ auf verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Qualifikationen. Die Nahtstellen zwischen den verschiedenen Akteuren (Helfern, Notfallseelsorgern, Notfallpsychologen und Psychotherapeuten) sind derzeit noch sehr unscharf. Dies wurde auch im September auf der Tagung „Auf dem Weg zu gemeinsamen Mindeststandards in der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)“ deutlich, die von der Fachhochschule Magdeburg-Stendal ausgerichtet wurde. Andere Berufsgruppen schätzen danach durchaus psychotherapeutische Beratung, insbesondere bei der Definition der Nahtstellen zwischen den Akteuren und der Entwicklung der Inhalte von Aus- und Fortbildungen. Dagegen bestand aber eine deutliche Zurückhaltung, was strukturelle Veränderungen, z.B. grundlegend neue Aufgabenverteilungen in der psychosozialen Notfallversorgung betrifft. Dies galt auch für die Integration von Psychotherapeuten in die Akutversorgung vor Ort. Die Reaktionen auf entsprechende Überlegungen, die von Monika Konitzer, Vizepräsidentin der BPtK, und Werner W. Wilk, Vorstandsbeauftragter der BPtK, vorgebracht wurden, waren durchaus kontrovers. Eine zentrale Aufgabe der Notfallpsychotherapie wird es daher zukünftig sein, den Bedarf und die Notwendigkeit akuter Notfallpsychotherapie für Dritte, insbesondere für die Politik, nachvollziehbar zu machen und bei Einsätzen fachspezifische Kompetenz zu beweisen.

Die verschiedenen Facetten von Notfallpsychotherapie zeigen die unterschiedlichen Entwicklungsperspektiven für psychotherapeutisches Handeln auf diesem Feld, die sich nach einer gelungenen Vernetzung der Nachsorge (wie bei NOAH) zukünftig bieten können.

NOAH

Koordinierungsstelle für
Nachsorge, Opfer- und
Angehörigen - Hilfe

www.bbk.bund.de

Forschungsprojekt
Psychosoziale Notfallversorgung
www.psychosoziale-notfallversorgung.de

h²
Hochschule
Magdeburg • Stendal



Notfallpsychologischer Dienst
Österreich (NDÖ)

www.notfallpsychologie.at

EU legt Grünbuch „Psychische Gesundheit“ vor

Am 14. Oktober legte die Europäische Kommission in Brüssel das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vor. Mit dem Grünbuch soll ein öffentlicher Diskussions- und Beratungsprozess darüber initiiert werden, wie zukünftig in der EU psychische Erkrankungen besser behandelt und psychisches Wohlbefinden besser gefördert werden können. Ziel der Kommission ist es, bis Ende 2006 einen Strategieentwurf auszuarbeiten. Sie fordert Bürger, Parteien, Organisationen und Institutionen auf, an der Erarbeitung einer solchen EU-Strategie mitzuwirken. Entsprechende Stellungnahmen können der Kommission bis zum 31. Mai 2006 zugesandt werden.

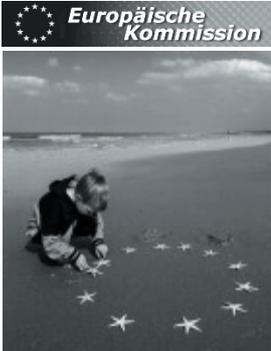
Das Papier stellt fest, dass ein dringender Handlungsbedarf

besteht, die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung zu verbessern: Jeder vierte EU-Bürger erkrankt mindestens einmal in seinem Leben an einer psychischen Störung. Angst und Depression gehören zu den häufigsten Diagnosen. Jährlich sterben in der EU mehr Menschen durch Selbsttötung (58.000 Todesfälle) als im Straßenverkehr.

Das Grünbuch weist auf die gravierenden sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Störungen hin. Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und Invalidität. Bei Kindern sind sie zudem oft mit geringeren Bildungschancen verbunden (s. BPTK-Focus). Soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker sind in der EU immer noch Realität, so das Grünbuch.

Die EU Kommission beab-

sichtigt, den Mitgliedsstaaten eine Plattform für Austausch und Zusammenarbeit auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit zu bieten, um ressortübergreifendes Handeln zu fördern und Patienten, Leistungsanbieter und -erbringer sowie die Gesetzgeber in der EU zusammenzuführen. Als Ziele schlägt das Grünbuch vor: die Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen, die Verbesserung von Lebensqualität, sozialer Integration, rechtlicher Situation und Menschenwürde psychisch kranker und geistig behinderter Menschen sowie die Entwicklung eines EU-weiten, einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems. Als Beispiele für erfolgreiche Initiativen werden u. a. die EU-Drogenstrategie 2005 - 2012 oder die European Alliance against Depression (EAAD) genannt.



http://europa.eu.int/comm/health/index_de.htm

Gemeinsame Presseerklärung
der Herausgeber zur Verabschiedung der HPC-Spezifikation 2.09
www.bptk.de

Elektronischer Heilberufsausweis: Einigung bei der technischen Spezifikation

Die akademischen Heilberufe haben einen wichtigen technischen Meilenstein bei der Einführung des elektronischen Heilberufsausweises (HBA oder Health Professional Card/HPC) erreicht. In einer gemeinsamen Sitzung am 27. September haben Bundesärztekammer, Kas-

senärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundespsychotherapeutenkammer die so genannte HPC-Spezifikation in

der Version 2.09 verabschiedet und zur Kommentierung an die Industrie übersandt. Die HPC-Spezifikation beschreibt die technische Ausstattung des Heilberufsausweises, auf deren Basis die Kartenhersteller nun erste Prototypen der Chipkarten entwickeln können.

Rechtsverordnung zur Durchführung der Testphase des BMGS
www.bmgs.de

Elektronische Gesundheitskarte: BMGS macht Druck

Dem Bundesgesundheitsministerium (BMGS) geht die Einführung der Gesundheitskarte (eGK) zu langsam voran. Am 16. September kündigte das BMGS deshalb eine „Rechtsverordnung zur Durchführung der Testphase“ an mit operativen und zeitlichen Vorgaben, wie und wann die neuen elektronischen Ausweise getestet werden sollen.

Hintergrund ist die schwierige Arbeit in der Gesellschafterversammlung der gematik, die in ihrer Sitzung am 12. Septem-

ber 2005 wichtige Grundsatzentscheidungen nicht fasste. Mit der Rechtsverordnung übernimmt das BMGS die Gestaltungshoheit aber auch die Verantwortung für die Vorarbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Ob dies tatsächlich zu einer Straffung der ohnehin sehr eng bemessenen Terminpläne beitragen kann, wird von den vielen Gesellschaftern bezweifelt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert wie die anderen Leistungserbringer,

dass die neuen elektronischen Ausweise auf Wirtschaftlichkeit, technische Durchführbarkeit und Praxistauglichkeit unter Befolgung des Datenschutzes getestet werden. Für die psychotherapeutische Tätigkeit und den Berufsstand ebenso wichtig ist es, mögliche nachteilige Auswirkungen der elektronischen Kontrolle auf die therapeutische Beziehung frühzeitig zu bedenken und möglichst auszuschließen.

Aus den Ausschüssen und Kommissionen

Fortbildungskommission

Die Fortbildungskommission hat in ihrer vergangenen Sitzung damit begonnen, gemäß dem Auftrag des 5. DPT Kriterien und Empfehlungen zur curricularen Fortbildung zu entwickeln. Weiter beschäftigt die Kommission die Frage, wie Fortbildung und Weiterbildung voneinander abzugrenzen sind. Sie geht ferner davon aus, dass auch in Zukunft Änderungen der Musterfortbildungsordnung notwendig sein werden. Die Fortbildungskommission wird auf dem 8. DPT in Frankfurt über ihre Arbeitsergebnisse berichten. Der BPtK-Vorstand hat Herrn Bauer gebeten, neuer Vertreter des Vorstands in der Fortbildungskommission zu werden.

Weiterbildungskommission

Die Weiterbildungskommission plant, dem 8. DPT am 13. Mai 2006 in Frankfurt eine beschlussfähige Vorlage der Musterweiterbildungsordnung vorzulegen. Sie beabsichtigt deshalb, bis Ende 2005 einen ersten Entwurf zu erarbeiten

und den Landespsychotherapeutenkammern zur Diskussion zu geben. Für den 18. Januar 2006 ist dann eine Anhörung mit den Vertretern der Ländergremien geplant. Eine daraufhin überarbeitete Fassung wird den Landeskammern in Vorbereitung auf den 8. DPT erneut zugehen.

PTI-Ausschuss

Im Auftrag der BfA, seit dem 1. Oktober „Deutsche Rentenversicherung Bund“, hat das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) überarbeitet. Der vorliegende Entwurf definiert, wie ab dem kommenden Jahr Behandlungsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen dokumentiert und abgerechnet werden können. Im September und Oktober führte das ISEG eine Befragung zur KTL 2006 durch. Der Vorstand der BPtK hat den Entwurf gemeinsam mit Dr. Heiner Vogel, Sprecher des PTI-Ausschusses, geprüft. Die Ergebnisse wurden den Länder-

kammern als Empfehlung zur Verfügung gestellt.

KJP-Ausschuss

Die neuen Bachelor- und Masterabschlüsse, mit denen die Europäische Union Studiengänge und Hochschulqualifikationen zu harmonisieren plant (**Bologna-Prozess**), machen es notwendig, die Eingangsvoraussetzungen für Psychotherapieausbildungen zu präzisieren. Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist diese Aufgabe komplex, da das PsychThG verschiedene Studienabschlüsse (Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit) zulässt. Insbesondere an den Fachhochschulen ist keine einheitliche Positionierung erkennbar, welche Abschlüsse mit welchen Inhalten angestrebt werden. Der KJP-Ausschuss war und ist mit den jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Gespräch, z. B. bei einer Veranstaltung der Sektion Klinische Sozialarbeit am 16. September oder auf dem Fachbereichstag Heilpädagogik am 9. November.

BPtK-Inside



Der Bologna-Prozess

Nähere Informationen unter:
<http://www.bmbf.de/>



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Richtlinie zum Qualitätsmanagement in Praxen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. Oktober die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) beschlossen. Die Richtlinie tritt voraussichtlich noch im Dezember 2005 in Kraft.

Zentrales Ziel der Richtlinie ist, die Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu sichern und zu verbessern. Bei allen Praxistätigkeiten ist eine systematische Patientenorientierung zu verwirklichen. Durch die Identifikation und Darlegung der relevanten Abläufe in einer Praxis, sollen mögliche Risiken erkannt und Probleme vermieden werden. Die Richtlinie definiert sowohl die Grundelemente eines QM in den Bereichen „Patientenversorgung“ und

„Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“ als auch die Instrumente des QM.

Für die Einführung eines QM sind folgende Fristen vorgesehen:

- eine Planungsphase von längstens zwei Jahren,
- eine Umsetzungsphase von wiederum längstens zwei Jahren, die mit der vollständigen Einführung eines QM endet,
- eine erste Praxisphase von längstens einem Jahr, während der das QM zu überprüfen ist.

Die Überprüfung der ersten Praxisphase erfolgt durch eine Selbstbewertung der Praxis. Dabei misst der G-BA der Objektivierung und Messung der Ergebnisqualität in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung eine besondere Bedeutung bei. Er schreibt jedoch nicht vor, wie und mit welchen Instrumenten die Mes-

sung der Ergebnisqualität zu geschehen hat. Entgegen den Vorschlägen der BPtK wird auch für die Zeit nach der ersten Praxisphase eine mindestens jährliche Selbstbewertung der Praxis verlangt.

QM-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bewerten zukünftig durch jährliche Stichproben bei mindestens 2,5 Prozent der Praxen die schriftlichen Darlegungen des QM. Nach Ablauf von fünf Jahren soll im Rahmen einer Evaluation überprüft werden, inwieweit das QM tatsächlich die medizinische und psychotherapeutische Versorgung verbessert hat. Auf dieser Grundlage wird der G-BA dann über die Akkreditierung von QM-Systemen, aber auch die Sanktionierung von Leistungserbringern entscheiden, die ihr QM unzureichend eingeführt oder weiterentwickelt haben.

Die vollständige Richtlinie inklusive eines Erläuterungstextes sind auf der Homepage der BPtK abrufbar.

BPtK-Focus



Prävention durch gesundes Lernen

Die gesundheitliche und wirtschaftliche Lage von Kindern und Jugendlichen könnte sich zu einem der brennenden sozialpolitischen Themen der nächsten Jahre entwickeln. In der Fachöffentlichkeit melden sich immer mehr Stimmen, die betonen, dass ein dringender Handlungsbedarf besteht. „Gesundlernen in Kindertagesstätten und Schulen“ lautete beispielsweise das Thema des 2. Kongresses des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG), der gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium (BMGS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 25. und 26. Oktober in Berlin veranstaltet wurde. Zwei Tage lang kamen Wissenschaftler, Politiker und Praktiker zusammen, um mögliche Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in diesen Lebenswelten zu diskutieren. Die BPtK unterstützte die Veranstaltung als Sponsor und Mitorganisator der Arbeitsgruppe „Prävention psychischer Störungen“.

In Schulen und Kindertagesstätten bestehe die Chance, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen und damit eine Risikogruppe, die sowohl in Bezug auf den Bildungsstatus als auch hinsichtlich der gesundheitlichen Verfassung deutliche Defizite aufweise. Bei der Weiterentwicklung von Präventionsprogrammen sei die Qualitätssicherung von zentraler Bedeutung. Schröder betonte, dass es notwendig sei, evidenzbasierte Kriterien zu entwickeln, anhand derer verschiedene Programme und Ansätze bewertet werden könnten.

Die Datenlage schilderten Dr. Elisabeth Pott von der BZgA und Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth vom Robert Koch Institut (RKI). Prof. Kurth wies darauf hin, dass bei vielen Kindern und Jugendlichen neben körperlichen Erkrankungen auch zahlreiche psychisch bedingte oder mitbedingte Störungen zu beobachten seien. Dass heute jedes fünfte Kind Entwicklungsstörungen zeige und je nach Altersgruppe bei

den Präventionsangebote schlechter erreicht. So verringere sich die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen mit sinkendem sozialen Status (s. RKI zur Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen). Beide Wissenschaftlerinnen betonten, wie wichtig eine bessere, kontinuierliche und empirisch fundierte Gesundheitsberichterstattung für diese Altersgruppen sei. Mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) sei ein Anfang gemacht. Erste Ergebnisse des KIGGS seien für den Mai 2006 angekündigt.

Bildung und Gesundheit seien zwei Seiten der Medaille „Entwicklungsförderung“, erklärte Prof. Dr. Matthias Jerusalem von der Humboldt-Universität zu Berlin. Ihre Trennung im schulischen Alltag sei überholt. Jerusalem kritisierte, dass in der aktuellen Diskussion (PISA & Co.) Gesundheitsförderung als ein wesentlicher Faktor, der die Kompetenz von Schülerinnen und Schülern steigert, bisher noch untergehe. Er forderte, die Lehrpläne um psychologische Konzepte und Instrumente der Selbstwirksamkeit zu ergänzen, um beides gleichzeitig zu fördern: schulische Kompetenzen und Gesundheit.

Prof. Dr. Wolfgang Böttcher, Erziehungswissenschaftler an der Uni Münster, warnte in seinem Vortrag allerdings davor, zu hohe Erwartungen an Bildungsreformen zu hegen. Die Benachteiligung sozial schwacher Kinder und Jugendlicher im Bildungswesen und damit in der Gesundheitsversorgung verringern.

In einer Podiumsdiskussion waren sich Vertreter aus Politik, Krankenversicherungen und Gewerkschaften darüber einig, dass eine erneute gesetzgeberische Initiative zu einem Präven-



www.forumpraevention.de

Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
www.rki.de

ROBERT KOCH INSTITUT



In seiner Eröffnungsrede hob Dr. Klaus Theo Schröder, BMGS-Staatssekretär, besonders hervor, dass eine Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren bestehe: Gesundheit sei für eine gute Bildung wichtig, aber gute Bildung trage auch zu einer besseren Gesundheit bei. „Gesunde Kinder lernen besser“, sagte Staatssekretär Schröder. Umgekehrt gelte aber auch: „Die Weichen für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter werden bereits in den frühen Lebensjahren gestellt.“

zehn bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Störungen diagnostiziert werden, mache politische Maßnahmen dringend erforderlich. Dabei gebe es einen Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Sozialstatus. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche hätten eine gegenüber ihren Altersgenossen aus sozioökonomisch besser situierten Familien erhöhte Prävalenz physischer und psychischer Erkrankungen. Zudem würden sie durch die meisten bestehen-



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

www.kiggs.de

tionsgesetz notwendig sei. Die Teilnehmer verwiesen darauf, dass mit dem in der vergangenen Legislaturperiode vom Bundestag verabschiedeten und letztendlich im Bundesrat gescheiterten Präventionsgesetz ein zwar mühevoll ausgehandelter, aber von einer breiten Mehrheit der Akteure des Gesundheitswesens mitgetragener Kompromiss erreicht worden sei. Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme zum gescheiterten Gesetzentwurf jedoch auch darauf hingewiesen, dass dieser nicht sichergestellt habe, dass insgesamt tatsächlich mehr Mittel für Prävention zur Verfügung stehen. Außerdem enthielt der Entwurf umständliche, bürokratische Entscheidungsregelungen, die eine effiziente Verteilung der finanziellen Mittel gefährdeten.

Eine von der BPtK in Kooperation mit der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und Gestaltung (GVG) aus Köln organisierte Arbeitsgruppe stellte drei Modellprojekte zur Prävention psychischer Störungen vor. Tanja Wolff-Metternich, Leiterin der Schwerpunktambulanz ADHS der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Köln, erläuterte das „Präventionsprogramm für Kinder mit expansivem Problemverhalten“ (PEP). Das Programm besteht aus zwei Komponenten: einem Elternprogramm, das auf eine Veränderung des Erziehungsverhaltens vor allem in kritischen Situationen abzielt, und einem parallelen Erzieherprogramm. Die bisherigen Evaluationsstudien zeigten, dass mit PEP auch Kinder aus sozial schwachen Familien erreicht werden. Mit dem Programm konnten sowohl die Verhaltensprobleme der Kinder als auch die psychischen Belastungen der Eltern bzw. Erzieher nachhaltig verringert werden. Um den Aufbau von Parallelstrukturen zu vermeiden, wird derzeit geprüft, inwieweit sich PEP für den Einsatz in Beratungsstellen eignet, da diese als weitgehend flächendeckende Versorgungsinstitution dafür besonders geeignet erscheinen.

Als weiteres Präventionspro-

gramm für den Kindergarten stellte Prof. Dr. Herbert Scheithauer von der Freien Universität Berlin das Programm „Papilio“ zur Gewalt- und Suchtprävention vor. Bei Papilio handelt es sich um ein entwicklungsorientiertes Programm für Erzieher, das Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern vorbeugt oder vermindert sowie soziales Verhalten und sozial-emotionale Kompetenzen fördert. Die aufeinander aufbauenden Maßnahmen sind als wiederkehrende Elemente im Kindergartenalltag konzipiert und werden um Maßnahmen der Elternarbeit ergänzt. Die umfangreichen Evaluationen des universellen Präventionsprogramms zeigen eine wirksame Förderung der psychischen Stärke der Kinder (Resilienz-faktoren) und eine Minderung der Verhaltensprobleme. Zukünftig soll insbesondere die Komponente des Elterntrainings weiter ausgebaut werden. Dabei wird der Qualifikation der Erzieher für die Elternarbeit eine besondere Bedeutung beigemessen.

„Effektive schulische Gesundheitsförderungsprogramme können die effizientesten Investitionen eines Landes sein, um gleichzeitig Bildung und Gesundheit zu fördern.“

Dr. Gro Harlem Brundtland, Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im April 2000.

Als Drittes stellte Dr. Marco Franze von der Universität Lüneburg für den Bereich der Sekundarstufe I das Programm „MindMatters“ vor, das auf australischen Konzeptionen beruht. MindMatters verfolge als Programm der universellen Prävention einen umfassenden Organisationsentwicklungsansatz, bei dem die psychische Gesundheit zu einer zentralen schulischen Leitidee erhoben wird. Zu diesem Zweck stelle

das Programm den teilnehmenden Schulen neben Handlungsansätzen zum Management der psychischen Gesundheit in der Schule auch Materialien zu verschiedenen Themen (u. a. Mobbing, Suizidprävention, Trauer und Verlust) zur Verfügung. Dr. Franze betonte, dass die Unterstützung durch die gesamte Schule für das Gelingen von MindMatters von entscheidender Bedeutung sei.

Wie eine sinnvolle Verschränkung zwischen den Früherkennungsuntersuchungen (U1 - U9) und Präventionsansätzen in Kindertagesstätten aussehen kann, wurde in der Arbeitsgruppe „GesundLernen – Vorsorgen“ vorgestellt. In einem unbefristeten Projekt in Kindertagesstätten in Recklinghausen werden die U8 und U9 durch systematische Beobachtungen anhand eines Screeningbogens für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen ergänzt. Das Projekt „Prokita“ in Neuss integriert dagegen die entwicklungsdiagnostische Untersuchung bei Vierjährigen in Kindergärten, um insbesondere bei Kindern aus bildungsfernen Familien und aus Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung Defizite in der Erkennensrate von Entwicklungsauffälligkeiten zu kompensieren. Auf der Basis intensiver Elternberatungen werden geeignete Präventions- und Behandlungsmaßnahmen (z. B. das Erziehungskompetenztraining Triple P) in den Kindergärten selbst oder im Rahmen eines externen Kompetenznetzes angeboten.

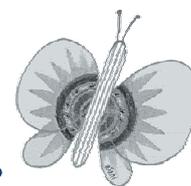
Zum Abschluss des zweitägigen Präventionskongresses stellten mehrere Teilnehmer der Podiumsdiskussion heraus, wie wichtig die weitere wissenschaftliche Fundierung der Prävention sei. Prof. Dr. Paulus von der Universität Lüneburg kritisierte in diesem Zusammenhang die herrschende „Projektitis“, die sich durch ein zusammenhangloses Aufblühen und Verwelken vieler kleiner Präventionsprojekte auszeichne. Eine nachhaltige Weiterentwicklung der Prävention werde auf diesem Wege nicht gelingen.

PEP

Präventionsprogramm für Kinder mit expansivem Problemverhalten

Weitere Informationen können per Email angefordert werden:

pep@medizin.uni-koeln.de



Papilio

Ein Programm zur Vorbeugung gegen die Entwicklung von Sucht und Gewaltverhalten
www.papilio.de



www.mindmatters-schule.de

Zum Schluss

Der Psychoanalyse verpflichtete Wissenschaftler ausgezeichnet

PD Dr. Ulrich Stuhr (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) hat zusammen mit Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, (Universität Kassel), Prof. Dr. Manfred E. Beutel (Universität Gießen) und Prof. Dr. Bernhard Rieger (LMU München) den mit 8.000 US-Dollar dotierten Best Paper Award des "International Journal of Psychoanalysis" erhalten. Die Wissenschaftler hatten eine Studie durchgeführt, die den Nutzen analytischer Langzeit-Psychotherapie nachweisen konnte. Für das Projekt wurden bundesweit 401 Langzeitpatienten, die in den Jahren 1990 bis 1993 eine analytische Psychotherapie abgeschlossen hatten, einige Jahre später nach ihrem Gesundheitszustand befragt. Ausgewertet wurden jedoch nicht nur psychologische Fragebögen, sondern auch Krankenkassendaten (wie z.B. zu Fehltagen oder Krankenhausaufenthalten). Die Ergebnisse dieser repräsentativen Erhebung wurden dann mit Normwerten der Bevölkerung verglichen. So konnte die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie bewertet werden.

Kongress Armut und Gesundheit

Am 18. und 19. November findet in Berlin der 11. Kongress Armut und Gesundheit statt. Sein diesjährige Thema lautet: "Präventionsziele gegen Armut - Gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten". Etwa jeder zehnte Deutsche ist arm. Soziale Benachteiligung ist eines der wesentlichen Krankheitsrisiken. Prof. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung spricht von einer „doppelten Armut“. Der Kongress diskutiert daher solche Ansätze, die die Lebenswelt sozial benachteiligter Menschen verbessern.

Die BPtK tritt auf dem Kongress mit einem eigenen Beitrag zur „Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ auf. Der Vortrag wird deutlich machen, dass inzwischen wirksame Präventionsprogramme, insbesondere für Hochrisikogruppen, entwickelt wurden. Diese lassen sich bei der diskutierten qualitativen Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen in der Praxis umsetzen.

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

G-BA Verfahrensordnung in Kraft

Zum 1. Oktober ist die neue Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten. Der G-BA und das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) hatten sich noch im Juli in den letzten strittigen Punkten geeinigt.

Die beschlossenen Änderungen beziehen sich zum einen auf § 20 Abs. 2, in dem ursprünglich als Regelfall der Wirksamkeitsnachweis der Evidenzstufe I (randomisierte, kontrollierte Studien) für neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden gefordert wurde. Der G-BA räumt nun explizit ein, dass es aus verschiedenen Gründen (nicht nur bei seltenen Erkrankungen) unmöglich sein kann, Studien der Evidenzstufe I zu fordern oder durchzuführen. Die zweite Änderung betrifft den § 21 Abs. 4 und bestätigt für den stationären Sektor die Regel „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen noch keine ausreichende Evidenz vorliegt, aber für die nahe Zukunft erwartet werden kann.

Die Verabschiedung der neuen Verfahrensordnung könnte aufgrund der Übergangsfristen von einem halben Jahr zur Folge haben, dass die „Gesprächspsychotherapie“ und die „ambulante Neuropsychologie“ schon nach den neuen Regelungen behandelt werden und nicht die bisherige BUB-Richtlinie zur Anwendung kommen wird.

Relaunch der BPtK-Homepage

Am 15. November ist es soweit: Die Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer geht mit neuem Design und neuen Inhalten online. Aktuelle News und neue Rubriken verschaffen der Psychotherapie einen professionellen Auftritt im Internet. Die BPtK hat dabei besondere Anstrengungen unternommen, um auch für Patienten und Laien interessant zu sein. Auf besonderen Seiten finden sie ausführliche Informationen zur Psychotherapie und ein Lexikon der psychischen Störungen, das sich an der ICD-10 Klassifikation der WHO orientiert.

Termine, Termine, Termine



24.11.05 - Delegiertenversammlung PTK Berlin
01.12.05 - 7. Delegiertenversammlung Bayern
03.12.05 - Kammerversammlung Niedersachsen
10.12.05 - Kammerversammlung NRW
13.01.06 - 7. Deutscher Psychotherapeutentag, außerordentlicher DPT Dortmund

01.02.06 - Delegiertenversammlung Hamburg
24.03.06 - Kammerversammlung Schleswig-Holstein
01.04.06 - Kammerversammlung NRW
22.04.06 - Kammerversammlung Niedersachsen
26.04.06 - Delegiertenversammlung Hamburg

Impressum

BPtK-Newsletter

Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Rainer Richter

Redaktion: Kay Funke-Kaiser

Layout: Dr. J. Klein-Heßling

Verlag: Verlagsgruppe Hüthig

Jehle Rehm, Im Weiher 10,

69121 Heidelberg.

Druck: Kessler Verlagsdruckerei, Bobingen

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

www.bptk.de