

BPTK-Newsletter

D 67833

BundesPsychotherapeutenKammer

BAND I, AUSGABE I

FEBRUAR
2005

Themen dieser Ausgabe:

- *Flutkatastrophe in Südostasien*
- *HBA - alles auf eine Karte?*
- *KEG - entlastete Kommunen auf Kosten der Familien?*
- *Workshop Hausarztzentrierte Versorgung*

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie halten den ersten Newsletter der Bundespsychotherapeutenkammer in Händen. Unser Ziel ist es, Sie ab jetzt viermal jährlich – zeitversetzt zum Psychotherapeutenjournal – kurz und prägnant über unsere Arbeit zu informieren. Den Newsletter senden wir insbesondere den Mitgliedern der Kammergremien auf Bundes- und Landesebene.

Detlev Kommer

Inhalt:

Gesundheits- und Sozialpolitik

BPTK-Inside

- *Workshops*
- *Ausschüsse und Kommissionen*

BPTK-Focus

Zum Schluss

Termine

Je 3 Mitglieder des Stiftungsrates werden von Bundesregierung und Bundesrat vorgeschlagen, 1 von den kommunalen Spitzenverbänden und die übrigen von den Spitzenverbänden der Stifter. 7 Mitglieder des Kuratoriums werden vom Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung vorgeschlagen. Weitere vom RKI, der BZgA, der BÄK, dem DGB, der BDA sowie Bundesregierung und Bundesrat. Alle Kuratoriumsmitglieder sollen ausdrücklich aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz, nicht ihrer Funktion, gewählt werden. Der Vorstand besteht aus 3 Mitgliedern, die eine hauptamtliche Geschäftsführung bestellen.

Hehres Ziel, fehlende Mittel Das Präventionsgesetz kommt in den Bundestag

Erstaunlich, wenn eine Allereitsgesetzliche Gestalt annimmt. Die Erkenntnis, die 2005 in Paragraphenform gefasst werden soll, lautet: Viele Erkrankungen lassen sich durch gesündere Ernährung und mehr Bewegung vermeiden. Experten sehen erhebliche Potenziale bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, die jeder vierte Deutsche beklagt, und bei chronischen Rückenleiden, die jährlich rund 26 Milliarden Euro Kosten verursachen.

Mehr Prävention ist überfällig – wer wollte daran zweifeln. Die Bundesregierung nutzt die politisch korrekte Position und machte Prävention und Gesundheitsförderung bereits im rot-grünen Koalitionsvertrag vom 16.10.2002 zu einem zentralen Thema dieser Legislaturperiode. Auch die Agenda 2010 vom 14.03.2003 räumte der Prävention einen vorrangigen Platz ein und das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) verzichtete auf eine Novellierung des Paragraphen 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V, um die Gesundheitsförderung in einem eigenen Präventionsgesetz zu regeln. So weit, so nobel die Absicht.

Kurz vor dem legislativen Torschluss kommt das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) jetzt zur Sache: Mit dem „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ plant

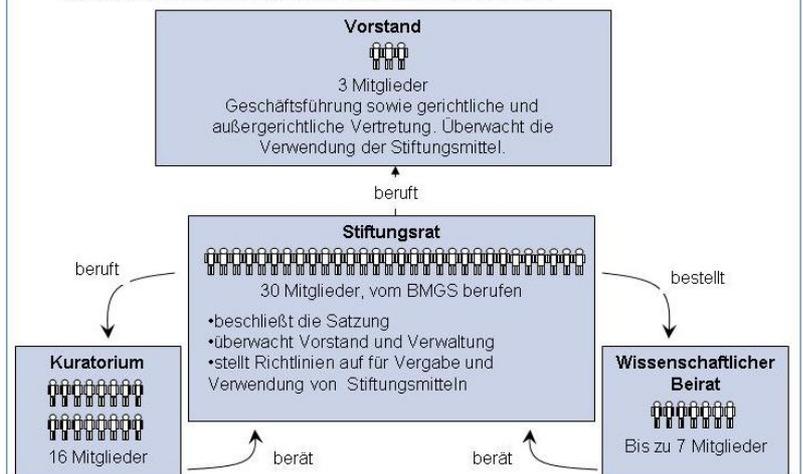
das BMGS die Prävention zur eigenständigen vierten Säule im Gesundheitswesen auszubauen. „Prävention muss zur nationalen Aufgabe werden“, verkündete Ministerin Ulla Schmidt und möchte „alle Bürgerinnen und Bürger mit nachhaltig wirkenden präventiven Angeboten erreichen“. Im Dezember legte das BMGS den Referentenentwurf vor, Anfang Februar folgte die Präsentation im Kabinett. Seither knirscht es im politischen Gebälk, denn die praktische Ausführung des hehren Ziel gerät schwieriger als gedacht, weil – wer hätte das gedacht – keiner Geld übrig hat.

„Herzstück“ (BMGS) des Gesetzes ist eine neu zu schaffende „Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung“, die die Kooperation der verschiedenen Träger verbessern soll. Ein Fond, in den jährlich 250 Millionen Euro fließen sollen, ist zur

Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Aufgaben:

- Präventionsziele und Qualitätsstandards erarbeiten und beschließen
- Leistungen zur Verhaltensprävention sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erarbeiten und beschließen, durchführen oder daran beteiligt sein
- Beteiligung an Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung
- Modellvorhaben fördern oder an der Durchführung beteiligt sein



Das Präventionsgesetz ist das wichtigste Vorhaben des BMGS für dieses Jahr. Ministerin Ulla Schmidt drückt deshalb aufs Tempo. Für den 18. Februar ist die erste Lesung im Bundestag geplant.

Quellen im Internet:

Der Referentenentwurf des Präventionsgesetzes mit Begründung:
http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges_6.cfm

Die Stellungnahme der BPTK:
<http://www.bundespsychotherapeutenkammer.org/download/Stellungnahme-BPraevG.pdf>

GKV-Stellungnahme Präventionsgesetz
http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/praev_ges_stellung_gkv.pdf

Die Kommission Notfallpsychologie der BPTK erarbeitet eine Empfehlung zu Qualifikationsanforderungen an Notfallpsychologen/ Leitende Notfallpsychologen. Der Kommission Notfallpsychologie gehören an: Dipl.-Psych. Werner W. Wilk, Dr. Regina Steil, Dr. Hedda Ribbert, Dr. Jens T. Kowalski und Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel.

Kontakt zu NOAH und zusätzliche Informationen:
<http://www.bva.bund.de/zivilschutz/krisenmanagement/noah/>

Finanzierung der Prävention vorgesehen. In den Fond zahlen bisher ausschließlich die Sozialversicherungen ein, insbesondere die Krankenkassen (GKV), die allein 180 Millionen beisteuern sollen. Bund und Länder halten sich bislang vornehm zurück. Von einer „nationalen“ Aufgabe, die alle gemeinsam lösen, kann keine Rede sein.

Die GKV bemängelte an dem Gesetzentwurf, dass dort ausschließlich die gesetzliche Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungen als Träger und Finanziere genannt werden. Da aber Maßnahmen in Lebenswelten (z.B. Schule) auch nicht sozialversicherungspflichtigen Versicherten zugute kommen, fordern sie eine finanzielle Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen.

Die Crux des Gesetzes besteht darin, dass mit einer Bundesstiftung zwar eine zentrale Stelle für Prävention geschaffen wird, die Ziele definieren und Qualität sichern kann. Doch Gesundheitsvorbeugung war

stets auch Aufgabe der Länder und Kommunen. Der öffentliche Gesundheitsdienst und die Kinder- und Jugendhilfe finanzieren bis jetzt ebenfalls wichtig präventive Leistungen, die nun allerdings in Frage gestellt werden könnten, weil Länder und Kommunen noch knapper bei Kasse sind als der Bund.

Die BPTK zeigte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des Präventionsgesetzes dessen Schwachstellen auf. Sie kritisierte insbesondere:

- dass „psychische Gesundheit“ als Präventionsziel bisher nicht vorgesehen ist;
- dass den Patienten vor allem Wissen vermittelt werden soll, statt auf einstellungs- und verhaltensändernde Maßnahmen zu setzen. „Den meisten Menschen ist bewusst, dass sie ihre Gesundheit schädigen, wenn sie rauchen, zuviel Alkohol trinken, sich falsch ernähren oder zu wenig bewegen. Doch sie haben vielfältige Gründe für ihr Verhalten. Primäre Präventi-

on muss an diesen Gründen ansetzen“;

- dass Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche eine herausragende Bedeutung zukommt, gerade für diese Zielgruppe aber „ein erhebliches Defizit“ an Präventivangeboten besteht;
- dass es fraglich ist, ob durch das Präventionsgesetz tatsächlich zusätzliche Mittel erschlossen werden, denn für bereits laufende oder geplante Projekte, die sich bisher aus Landesmitteln finanzierten, könnte zukünftig der Stiftungsfond beansprucht werden. Um Einspareffekte auf kommunaler Ebene zu verhindern, müssten gegenwärtig existierende Projekte und Maßnahmen offen gelegt und gesichert werden;
- dass präventive Maßnahmen bisher nicht ausreichend evaluiert werden;
- dass im Kuratorium der Bundesstiftung zwar die Bundesärztekammer, nicht jedoch die BPTK vertreten ist.

Flutkatastrophe in Südostasien

Die Seele reagierte bei den meisten Überlebenden mit Verspätung. Erst als die Opfer der Tsunami-Katastrophe in Südostasien aus dem Urlaub zurück in den eigenen vier Wänden waren, entfalteten die erlebten Bilder und Dramen ihre tatsächliche Kraft. Rund zehn Prozent der Menschen sind nach schweren Unglücken traumatisiert. In der Bundesrepublik übernahm die zentrale staatliche Koordinationsstelle NOAH die Aufgabe, psychosoziale Nothilfe für Opfer und Angehörige der Flutkatastrophe zu organisieren. Das BMGS beauftragte die BPTK mit der Unterstützung der NOAH-Nothilfe.

NOAH ist die zentrale Stelle, die die „Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe für schwere Unglücksfälle oder Terroranschläge von im Ausland betroffenen

Deutschen“ koordiniert. Angesiedelt ist sie beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Der Bund schuf mit NOAH im Jahr 2003 eine Stelle, die die Betreuungmaßnahmen im Ausland, die durch das Auswärtige Amt aufgrund des Konsulargesetzes veranlasst werden, verzugslos im Inland aufgreift und fortsetzt. Die Einrichtung bietet Hilfesuchenden neben der psychosozialen Nothilfe auch die Vermittlung einer psychotherapeutischen Behandlung.

Um dieser Aufgabe im Fall der Flutkatastrophe in Südostasien gerecht zu werden, benötigte NOAH Listen mit einschlägig qualifizierten Psychotherapeuten, die kurzfristig Behandlungsplätze für die Opfer zur Verfügung stellen konnten. Die Listen, die NOAH vorla-

gen, beruhten auf Selbstauskunft der Therapeuten, stellten also nicht sicher, dass ausschließlich approbierte Heilkundler vermittelt werden. Außerdem deckte diese Liste den Behandlungsbedarf unter regionalen Aspekten nicht ab.

Gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern gelang es der BPTK, zwei dringende Aufgaben kurzfristig zu erledigen:

- Prüfung, wer auf den bestehenden NOAH-Listen approbierter psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist;
- Vorbereitung eigener Listen, die über die BPTK an NOAH weitergeleitet werden und zukünftig eine wohnortnahe Vermittlung ermöglichen.

Elektronische Gesundheitskarte und elektronischer Heilberufsausweis

Die Befürworter sparen nicht an Applaus und Lob: die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gilt als „größtes Telematik-Projekt weltweit“, die Karte sei der „Auftakt zur elektronischen Revolution“. Der Grund für die administrative Hochstimmung ist: Alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten ab 1.01.2006 eine Chipkarte, die die bisherige Krankenversichertenkarte ersetzen und in ihrer Funktionalität erweitern wird. In der Anfangsphase dient die Karte als:

- Dokument für die Notfalldaten des Patienten (freiwillig),
- Auslandskrankenschein innerhalb der EU,
- Speicher für das elektronische Rezept (eRezept).

Mit fortschreitender Entwicklung der Telematik-Infrastruktur werden weitere Anwendungen hinzu kommen, beispielsweise der elektronische Arztbrief und die elektronische Patientenakte. Die elektronische Speicherung und Verfügbarkeit von Patientendaten bietet aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS) viele Vorteile. Das BMGS erhofft sich größere Transparenz des Leistungsgeschehens, höhere Wirtschaftlichkeit und eine verbesserte Kommunikation der Leistungserbringer untereinander.

Das Pendant zur Gesundheitskarte ist auf der Leistungserbringerseite der elektronische Heilberufsausweis (HBA). Der HBA ist ein personenbezogener Sichtungsausweis mit integrierter Chipkarte („SmartCard“). Diese erlaubt die elektronische Authentifikation des Heilberufers und bietet die Möglichkeit der digitalen Signatur (elektronische Unterschrift) und Verschlüsselung von Daten. Nur mit einem Heilberufsausweis wird es dem Leistungserbringer künftig möglich sein, auf die Daten der elektroni-

sehen Gesundheitskarte zuzugreifen.

Generell entscheidet nach dem Willen des Gesetzgebers ausschließlich der Patient, welche Daten auf seiner Karte gespeichert werden und wer Einsicht in diese Daten erhält. Ein sensibler Befund kann beispielsweise nur ausgewählten Leistungserbringern zugänglich gemacht werden. Auch eine Löschung der Daten durch den Patienten ist möglich. Die Kommunikation der Karten untereinander sowie mit den Datenservern wird dabei durch eine asymmetrische Verschlüsselung gesichert.

Im Gesetzestext (§291a SGBV) werden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als ausweisberechtigte Akteure nicht ausdrücklich genannt. Sie drohen damit, hinter den Ärzten und Zahnärzten zu Leistungsanbietern zweiter Klasse zu werden. Außerdem haben sie als Heilberuf, der in einer Kammer organisiert ist, zukünftig mit Patienten zu tun, die über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen. Die BpTK setzte sich deshalb intensiv für eine gleichberechtigte Berücksichtigung der Psychotherapeuten ein und konnte sich dafür bereits die Unterstützung der Selbstverwaltung sichern. Dies gelang, weil die BpTK bereits frühzeitig in den verschiedenen Fachgremien vertreten war.

Die Ärzteschaft befürchtet vor allem neue Kosten und zusätzlichen Verwaltungsaufwand in Praxen und stationären Einrichtungen. Das Gesamtprojekt zur Einführung von eGK und HBA wird sich schätzungsweise auf mindestens 1,8 Milliarden Euro belaufen. Ein Großteil dieser Kosten soll direkt durch die Krankenkas-

sen übernommen werden, dabei sind allerdings bestimmte Kosten (Kartengebühr, angepasste Praxis-EDV) durch die Leistungserbringer vorzufinanzieren. Als wahrscheinlichste Refinanzierungsmöglichkeit werden zurzeit extrabudgetäre Zuschläge diskutiert, die sich aber erst noch als tragfähige Lösung für alle Heilberufler erweisen müssen.

Der Zeitplan für die Ausgabe der eGK – gesetzlich festgelegt auf den 01.01.2006 – ist angesichts des Projektumfangs ausgesprochen ambitioniert. Ver-



treter der Selbstverwaltung mahnen daher immer wieder an, den Ausgabezeitpunkt zu verschieben. Inzwischen mehrten sich auch von Seiten des Gesetzgebers Zeichen, die eher auf eine über das Jahr 2006 verteilte Kartenausgabe schließen lassen. Die am 11.01.2005 gegründete Betriebsgesellschaft der Selbstverwaltung Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH („gematik“) soll die Einführung der eGK dabei begleiten und weiterentwickeln. Die BpTK wurde in den Beirat der Betriebsorganisation eingeladen und wird hier aktiv die Interessen der Psychotherapeuten und ihrer Patienten vertreten.

Mehr zur EGK und zum HBA erfahren Sie unter:

<http://www.dimdi.de/de/health/karte/index.htm>

<http://www.baek.de/30/eArzttausweis/index.html>

<http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheitskarte/index.cfm>

<http://www.heilberufsausweis.de>

Kinder- und Jugendhilfe in der Föderalismuskommission

Wo gehobelt wird, da fallen Späne. Der Hobel, dem die Kinder- und Jugendhilfe zum Opfer zu fallen drohte, war die Reform der deutschen föderalen Strukturen – wahrlich eine Aufgabe für politische Titanen, als die sich Edmund Stoiber und Franz Müntefering zu beweisen hatten. Doch kurz vor Weihnachten scheiterte die Föderalismuskommission, die die Kompetenzen zwischen Bund, Länder und Gemeinden modernisieren sollte, an nicht konsensfähigen Positionen in der Bildungspolitik. Zuvor hatte die BPTK sich engagiert in die Debatte eingebracht, weil die Kompetenzen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) vom Bund auf die Länder übergehen sollten.

Einzelne Bundesländer forderten für das SGB VIII größere gesetzgeberische Kompetenzen. Mit einer solchen erweiterten Länderkompetenz wäre aber nicht gleichzeitig eine entsprechende Gestaltung der Einnahmeseiten erfolgt. Ohne adäqua-

te finanzielle Ressourcen drohte angesichts der gegenwärtigen Haushaltsprobleme eine Austrocknung der Kinder- und Jugendhilfe. Die Länderforderung nach mehr Kompetenzen im Bereich SGB VIII war nur nachvollziehbar, wenn man als eigentliche Absicht unterstellte, dass die Länder eine finanzielle Entlastung durch Kürzungen bisher bundesrechtlich geregelter Leistungen anstrebten.

Die Delegierten des 4. Deutschen Psychotherapeutentages im Oktober hatten bereits Vorschläge der Föderalismuskommission kritisiert, weil Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe gekürzt und derselbe Lebenssachverhalt künftig je nach Bundesland rechtlich unterschiedlich behandelt werden könnte. In einer Stellungnahme an die Föderalismuskommission machte die BPTK auf diesen Sachverhalt aufmerksam. Sie stellte insbesondere dar, dass der Bedarf an Kinder- und Jugendhilfe in absehbarer Zeit noch steigen werde und

dass verlässliche länderübergreifende Mindeststandards unverzichtbar seien. Sie machte ferner deutlich, dass Länder und Kommunen bereits heute über erhebliche Gestaltungsspielräume im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe verfügten. Das SGB VIII bedürfe gar keiner Reform, sondern sei im Gegenteil bereits ein Modell für gelungenen Föderalismus. Die BPTK plädierte dafür, die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das SGB VIII zu erhalten, da sie verlässliche länderübergreifende Mindeststandards im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe für unverzichtbar hält.

Der grundsätzliche Streit zwischen Bund und Ländern in der Föderalismuskommission bewahrten die Kinder- und Jugendhilfe vorerst vor möglichen Mittelkürzungen. Aus den Reihen der Kommissionsmitglieder war zu hören, dass die Kinder- und Jugendhilfe bereits im Vorfeld von der Tagesordnung genommen wurde.



Gesetzentwürfe zur Kinder- und Jugendhilfe

Die Bundesratsinitiative eines Kommunalen Entlastungsgesetzes (KEG) wird am 17.02.2005 in die parlamentarischen Beratungen eingehen. Sie will u. a. die Zuständigkeit der Jugendhilfeträger für junge Menschen mit seelischen Behinderungen aufheben (§ 35a SGB VIII). Künftig soll diese Zielgruppe ebenso wie körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche Wiedereingliederungshilfe durch die Sozialhilfeträger erhalten (§ 53 SGB XII). Außerdem soll durch eine Änderung des § 90 Abs. 1 den Trägern der Jugendhilfe die Möglichkeit eröffnet werden, Teilnahmebeiträge für Beratungen und Hilfen im therapeutischen Bereich (§ 27–35 SGB VIII) zu erheben. Die

Ausgestaltung dieser Zuzahlung soll in ihrem Ermessen liegen, das heißt, es könnten pauschalierte Teilnahmebeiträge oder Beiträge im Sinne einer prozentualen Kostenbeteiligung erhoben werden.

Die Bundesregierung weist in ihrer Stellungnahme zur Gesetzesinitiative des Bundesrates darauf hin, dass zu diesem Thema bereits ein Gesetzentwurf der Bundesregierung anhängig ist. Der Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe ist ein Teil des Tagesbetreuungsausbaugesetzes (TAG). Dieses Gesetz regelt in erster Linie den qualitätsorientierten, bedarfsgerechten Ausbau der Kinderbetreuung. Da dieser Teil

nicht zustimmungspflichtig ist, wurde er im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens von den Regelungen, die das SGB VIII tangieren, abgetrennt. Das TAG hat das Parlament bereits passiert und ist seit 1. Januar 2005 in Kraft. Der Teil, der sich auf das SGB VIII bezieht, befindet sich noch im parlamentarischen Beratungsverfahren und macht Änderungsvorschläge weitestgehend zu den gleichen Sachverhalten, die auch im (KEG) geregelt werden sollen.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht keine Kostenbeteiligung für Erziehungsberatung oder andere therapeutische Hilfen vor. Er geht allerdings auch davon aus, dass im § 35a SGB VIII Änderungsbedarf be-

Der Gesetzentwurf und die Stellungnahme der Bundesregierung sind im Internet zu finden unter:

<http://dip.bundestag.de/btd/15/045/1504532.pdf>

steht. Eine Rückführung in das Sozialhilferecht lehnt er jedoch ab, da auf Grund der Wechselwirkungen von Erziehung und seelischer Entwicklung selten eindeutig festgestellt werden kann, ob der Grund für die Hilfe in einer seelischen Störung des Kindes oder der fehlenden Erziehungskompetenz der Eltern zu sehen ist. Diese Abgrenzungsschwierigkeiten würden zu massiven Zuständigkeitsstreitigkeiten zwi-

schen den Trägern der Jugendhilfe und den Trägern der Sozialhilfe führen, die zu Lasten der Familien gehen. Allerdings sollte nach Ansicht der Bundesregierung die Leistungsvoraussetzung für Eingliederungshilfe zielgenauer formuliert werden. Insbesondere sollte die Definition der drohenden seelischen Behinderung derjenigen im § 53 Abs. 2 SGB XII (Sozialhilfe) angepasst werden.

Nach der ersten Lesung des KEG liegen beide Gesetzentwürfe dem federführenden Ausschuss für Familie, Jugend und Senioren vor. Es bleibt abzuwarten, wie der Familienausschuss mit den beiden Gesetzentwürfen umgehen wird. Die BPtK wird die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen, um auf das anstehende Gesetzgebungsverfahren Einfluss zu nehmen.

Ethik verpflichtet zur Effizienz Professor Sawicki erläutert IQWiG-Ziele

Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem ist es gerade auch unter ethischen Aspekten unerlässlich, die Frage der Effizienz von Leistungen zu stellen – diese Grundhaltung präsentiert Prof. Dr. Peter Sawicki, Leiter des neuen „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) am 12. Januar in Berlin. Anlass war die Veranstaltung „Quality in Healthcare Systems – The British and German Perspectives“ des Berliner Forums „Epidemiologie und Sozialmedizin“.

Am Beispiel der Versorgung von Demenz-Patienten illustrierte Sawicki, dass die Überprüfung

von Über- und Fehlversorgung mit medizinisch-technischen Interventionen genauso zu den Aufgaben des IQWiG zu zählen ist wie die der Unterversorgung mit personalintensiven Interventionen. Die Behandlung mit Anti-Dementiva, die jährliche durchschnittlich Gesamtkosten in Höhe von 145 Millionen Euro verursachen, zeitige ausgesprochen bescheidene Effekte. Dagegen konnte eine britische Studie zeigen, dass sich durch kurze, jedoch personalintensivere verhaltenstherapeutische Interventionen beim Pflegepersonal substantielle Verbesserungen hinsichtlich der Morbidität und der kognitiven Fähigkeiten von Pfl-

gepatienten erzielen lassen (Lancet 1999, 354: 26-29).

Sawicki betonte, dass er die Aufgabe des IQWiG zur Prüfung von Wirtschaftlichkeitsaspekten bei diagnostischen und therapeutischen Verfahren durch den Generalauftrag vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hinreichend legitimiert sieht. Das IQWiG hat nach § 139 SGB V unter anderem den Auftrag, „wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen“ zu erstellen.

„In Anbetracht begrenzter finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen wäre es unethisch, nicht über Geld zu reden“

BPtK im Kuratorium des IQWiG

Es könnte die entscheidende Institution für wissenschaftliche Auseinandersetzungen werden: das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG), das Mitte 2004 unter Leitung von Prof. Dr. Peter T. Sawicki seine Arbeit in Köln aufgenommen hat. Die Bundesregierung sah bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz 2003 (GMG) ein neues staatsunabhängiges Institut vor, das den medizinischen Nutzens, die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen im Gesundheitssystem bewerten soll und die Entscheidungen des Gemeinsamen Bun-

desausschuss (G-BA) vorbereitet.

Zu den Gremien der Stiftung, die das Institut tragen, gehören neben Vorstand und Stiftungsrat auch ein Kuratorium. Das Kuratorium umfasst 30 Mitglieder, die von Organisationen des Gesundheitssystems entsandt werden. Es kann Stellungnahmen zu den Empfehlungen des Institutes abgeben. In der Satzung des IQWiG erhält auch die BPtK das Recht, einen Vertreter in das Kuratorium zu entsenden.

Zu den Aufgaben des IQWiG gehören insbesondere die Bewertung von Behandlungsleitlinien, die Abgabe von Empfehlungen

zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), die Nutzbewertung von Arzneimitteln sowie die Herausgabe von Patienteninformationen. Vom G-BA bekam das Institut zusätzlich den Auftrag, vergleichend auch nicht-medikamentöse Therapie zu bewerten (z.B. bei Demenz, bei Depression). Angesichts des zentralen Stellenwertes, den die Arbeit des Institutes für Entscheidungen des G-BA hat, eröffnet dies die Chance, den Beitrag der Psychotherapie zur Versorgung kranker Menschen verstärkt zum Thema zu machen.

BPtK-Inside



Die Entwicklung einer Muster-Weiterbildungsordnung schreitet voran

Die Kommission Muster-Weiterbildungsordnung arbeitet derzeit intensiv an einem konsensfähigen Konzept für Länder und Verbände. Bereits im vergangenen Herbst versandte sie das Eckpunktepapier zur Muster-Weiterbildungsordnung an die Landes-Psychotherapeutenkammern und die psychotherapeutischen Fachverbände und bat um Kommentierung. Derzeit wertet die Kommission die eingegangenen Rückmeldungen aus und

stellt diese in einer Synopse für den 5. Deutschen Psychotherapeutentag (DTP) in München zusammen.

Seit dem 4. DPT in Stuttgart führte die Kommission darüber hinaus zwei Expertenhearings zum Kompetenzbereich „Psychologische Heilkunde bei somatischen Erkrankungen“ durch. Daran beteiligten sich Experten aus Forschung und Praxis unter Einbezug der verschiedenen Therapieschulen.

Der Umfang des spezifischen Wissens in diesem Bereich lässt sich nicht mehr angemessen im Rahmen der Ausbildung vermitteln – darin scheinen sich Experten aus Forschung und Praxis einig zu sein. Zugleich wird sich in den nächsten Jahren in der Versorgung von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen ein wichtiges Handlungsfeld für Psychotherapeuten entwickeln, unter anderem im Rahmen der DMP.

Der PTI-Ausschuss empfiehlt

- Den Heilberufsausweis (HBA) sollten alle Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erhalten. Angestellte dürften nicht ausgeschlossen werden, selbst wenn sie den neuen elektronischen Ausweis für Heilberufe (s. S. 3) in Erziehungsberatungsstellen und Heimen nicht nutzen würden.
- Die Kinder- und Jugendhilfe darf nicht aus der Bundes- in die Länderkompetenz übergehen. Die Ausschussmitglieder kritisierten eine entsprechende bayerische Gesetzesinitiative und empfehlen der BPTK sich mit der bke hinsichtlich gemeinsamer Aktivitäten abzustimmen.
- Der PTI-Unterausschuss „Beratungsstellen/Jugendhilfe“ beschloss, sich an einer gesundheitsökonomischen Vorstudie zur Erziehungsberatung zu beteiligen, die klären soll, wie sich die Effizienz von Erziehungsberatung mit ökonomischen Werkzeugen und Kriterien erfassen lässt.

Bericht aus dem KJP-Ausschuss

Der Ausschuss sammelt Daten, um zu Aussagen über die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) in den einzelnen Bundesländern zu kommen. Dazu prüft er, welche Meldebögen zur KJP-Versorgung in den Ländern vorhanden sind und inwieweit sich die Befragungen

vergleichen lassen.

Der Ausschuss klärt, ob zukünftig der Bachelor (BA) einer Fachhochschule ausreichend sein wird, um eine Psychologieausbildung zu beginnen. Ferner beschäftigte ihn die Frage, ob es bei neuen Studiengängen zukünftig eine Mengensteuerung,

z.B. 80 Prozent BA und 20 Prozent Master, geben wird.

Der Ausschuss diskutierte, wie im geplanten Präventionsgesetz (siehe S. 1) das Präventionsziel „psychische Gesundheit“ verankert werden könnte.

Erster Entwurf zur Musterberufsordnung

Ein erster Entwurf zur Musterberufsordnung (MBO) liegt vor und wurde von der Lenkungsgruppe im Januar mit der Bitte um kritische Prüfung an die Länderkammern versandt. Um die Länderinteressen möglichst frühzeitig in die MBO einbinden zu können, hat die Lenkungsgruppe am 26. Februar 2005 die Vertreter der Lan-

deskammern und der Berufsordnungskommissionen der Länder zu einem Gespräch eingeladen. Hier wird sich für die Länder die Möglichkeit bieten, den vorgelegten Entwurf zu diskutieren und mögliche Ergänzungs- und Änderungswünsche einzubringen. Die endgültige Entscheidung treffen die Delegierten des 5. Deutschen

Psychotherapeutentags am 23. April 2005 im München.

Hausarztzentrierte Versorgung

Jeder zehnte Patient, der in eine Hausarztpraxis kommt, leidet an einer Depression, längst nicht jeder wird aber entsprechend diagnostiziert. Dabei liegt bereits ein breites, evidenzbasiertes Wissen vor, ist eine verbesserte Diagnostik und Therapie also durchaus möglich. Die BPtK veranstaltete deshalb am 14.12.2004 in Berlin einen Workshop „Neue Versorgungsformen – Ansatzpunkt für eine verbesserte Diagnostik und Therapie depressiver Patienten“, zu dem über 80 Gäste aus allen Bereichen des Gesundheitssystems kamen.

Dr. Frank Jacobi (TU Dresden) schilderte, dass viele Patienten, die aufgrund von Müdigkeit, Schlaflosigkeit oder Appetitmangel ihren Hausarzt aufsuchen, nicht wissen, dass sie an einer psychische Störung leiden. Hausärzte erkennen eine Depression zunehmend besser, immerhin 74 Prozent der Fälle werden richtig diagnostiziert. Dabei hängt die richtige Diagnostik entscheidend vom Engagement der Hausärzte in der Fortbildung ab. Praxiserfahrung allein führt nicht zu einem besseren Erkennen depressiver Patienten. Screening-Instrumente, die für den routinemäßigen Einsatz in der Hausarztpraxis konzipiert wurden, können das Erkennen depressiver Patienten weiter verbessern. Frau Dr. Vanadis Kamm-Kohl vom Praxisnetz Nürnberg-Nord schilderte, dass in einer normalen Hausarztpraxis, die durch Zeitmangel und bürokratische Belastung gekennzeichnet ist, der Einsatz eines solchen Fragebogens hilfreich ist und Patienten den Fragebogen gut annehmen.

Keine Zweifel können mehr darüber bestehen, dass sowohl die kurz- wie langfristige Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung evidenzbasiert zu belegen ist. Prof. Dr. Martin Hautzinger von der Universität Tübingen konnte aufgrund der Forschungen des

„Kompetenznetzes Depression“ aber auch anhand internationaler Ergebnisse deutlich machen, dass gemessen an einem kurzfristigen Behandlungserfolg es kaum Unterschiede zwischen Pharmakotherapie und z.B. einer kognitiven Verhaltenstherapie gibt. Langfristig zeige sich Psychotherapie bzw. eine Kombination zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie einer rein psychiatrischen Behandlung deutlich überlegen. Dies gelte für leichte, ganz besonders aber auch für mittelschwere wie für schwere Depressionen. Um die Forschungserkenntnisse im Versorgungsaltag umzusetzen, müssten Hausärzte, an die sich depressive Patienten in der Regel wenden, diese Ergebnisse mehr als bisher in ihr Handeln integrieren, müsste sich die Versorgungsdichte mit Psychotherapeuten ganz erheblich verbessern und eine stabile Kooperation zwischen Hausärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern aufgebaut werden.

Wie Versorgungsprozesse gestaltet werden könnten, schilderte PD Dr. Martin Härter von der Universitätsklinik Freiburg. Gemeinsam mit anderen Experten hat er ein Rahmenkonzept entwickelt, in dem beschrieben wird, wer was wann wo für depressive Patienten tun sollte, damit eine evidenzbasierte Behandlung möglich wird. Dr. Christian Graf von der Barmer Ersatzkasse (BEK) zeigte, dass unter qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten, insbesondere aufgrund von US-amerikanischen Erfahrungen, eine strukturierte Behandlung für Depressionen auch für deutschen Krankenkassen interessant ist. Entscheidende Voraussetzung für DMP sei, dass die Versorgungsprozesse evidenzbasiert beschrieben würden und dass die Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten verbindlich und darlegungsfähig vereinbart werden könnten. Dr. Burkhard John (Kassenärztlichen Ver-

einigung Sachsen-Anhalt) stellte den Hausarztvertrag seiner KV vor und machte deutlich, dass hier Raum zum Andocken spezifischer, strukturierter Versorgungsprogramme für depressive Patienten sei.

In der anschließenden Diskussion widersprachen die Referenten der Befürchtung, dass mit der Hausarztzentrierten Versorgung das Delegationsverfahren wieder eingeführt werde. Patienten, die Wert auf direkten Zugang zu Fachärzten und Psychotherapeuten legen, werden sich kaum für Hausarztmodelle entscheiden. Die ökonomischen Anreize für diese Patientengruppen müssten für einen Verzicht auf Wahlfreiheit so groß sein, dass sie sich für die Kassen nicht rechnen. Demgegenüber stünde die Mehrheit der Patienten, die bereits heute den Hausarzt als Berater und Lotsen im Gesundheitswesen nutzen und benötigen. Für solche Patienten seien Hausarztmodelle, wie sie die BEK und die KV Sachsen-Anhalt umgesetzt haben, durchaus attraktiv.

Eine strukturierte Behandlung für depressive Patienten, die frühestmöglich einsetzt und die ein Hausarzt unter Beachtung der Integrität einer Psychotherapie koordiniert, kann, so viele Stimmen zum Schluss der Veranstaltung, die Versorgung der Patienten erheblich verbessern. Dafür müsste insbesondere die Beschreibung der Versorgungsprozesse für depressive Patienten, eventuell im Kontext der BDA-Manuale, weiter verfeinert und die notwendigen Fortbildungsangebote für Hausärzte mit Unterstützung der Psychotherapeuten weiterentwickelt werden. Darauf aufbauend könnten Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung um das Modul „Depression“ erweitert werden und eine effektive Grundlage für eine patientengerechte interdisziplinäre Kooperation aller am ambulanten und stationären Versorgungsgeschehen beteiligten Gruppen und Institutionen geschaffen werden.

BPtK-Focus

Weiterführende Informationen finden Sie auf den folgenden Seiten der Presseagentur Gesundheit und des Kompetenznetzes Depression:

<http://www.pasgesund.de>

<http://www.kompetenznetz-depression.de>

Der „Barmer-Vertrag“ kann von der folgenden Adresse als PDF heruntergeladen werden:

http://www.barmer.de/barmer/web/Komponenten/Komponenten_20Pressecenter/pdf-Dokumente/Integrationsvertrag_20Haus_C3_A4rzte-Hausapotheke,property=Data.pdf

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Telefon: 030-278785-99
Fax: 030-278785-44
E-Mail: magazin@bptk.de
www.bptk.de

Psychodynamische Psychotherapie wissenschaftlich anerkannt

Die Psychodynamische Psychotherapie bei Erwachsenen kann für Behandlung in zehn von zwölf Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten – diese Stellungnahme verabschiedete der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) am 11. November 2004 (PTJ 1/2005; www.wbpsychotherapie.de).

Der WBP sah dabei keine wissenschaftliche Grundlage dafür, zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie als zwei getrennte Verfahren zu unterscheiden. Diese Unterscheidung sei eine sozialrechtlich bedingte deutsche Besonderheit und rechtfertige keine unterschiedlichen Ausbildungsgänge und -institute.

Zu den anerkannten Anwendungsbereichen gehören: Affektive Störungen, Angststörungen, Belastungsstörungen, Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen, Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch sowie Schizophrenie und wahnhafte Störungen. Der WBP bezog in seiner Stellungnahme Langzeittherapien mit mehr als 100 Stunden ausdrücklich nicht mit ein, da diese Behandlungen gesonderte Forschungsfragen aufwerfen, die in einer gesonderten Stellungnahme behandelt werden sollen.

Derzeit bearbeitet der WBP unter anderem die Anträge zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und zur Hypnotherapie sowie den Nachantrag zur Neuropsychologischen Therapie.

Der WBP beriet das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bei der Durchführung eines Symposiums im Juni 2003 zur inhaltlichen Ausgestaltung wünschenswerter Forschungsschwerpunkte. Diese Aktivitäten mündeten 2004 in ein Forschungsprogramm des BMBF zur Wirkung der Psychotherapie, das mit insgesamt 18 Millionen Euro ausgestattet ist. Am 14. Dezember 2004 veröffentlichte das BMBF die Richtlinien über die Förderung von Forschungsverbänden zur Psychotherapie im Rahmen des Programms "Gesundheitsforschung – Forschung für den Menschen" der Bundesregierung. Schwerpunktmäßig sollen patientenorientierte, klinische und versorgungsorientierte Forschungsvorhaben zu spezifischen Störungsbildern gefördert werden, die sich insbesondere mit den folgenden Themenbereichen befassen:

- Ergebnis- und Prozessforschung bei spezifischen Störungsbildern,
- Rahmenbedingungen und Praxistransfer,
- Interaktion von neurobiologischen und psychosozialen Faktoren,
- Entwicklungs- und geschlechtsspezifische Dimensionen der Psychotherapieforschung.

Länderrat zum elektronischen Heilberufsausweis: Psychotherapeuten gleichberechtigt berücksichtigen

Auf seiner Sitzung am 3. Dezember 2004 hat sich der Länderrat der Psychotherapeutenkammern ausführlich mit dem Thema „Elektronischer Heilberufsausweis“ befasst. Der Rat sieht in Übereinstimmung mit dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) die Notwendigkeit, Psychotherapeuten gleichberechtigt mit anderen, als eigenständige Kammer organisierten Heilberufen bei der Ausgabe der Heilberufsausweise (HBA) zu berücksichtigen. Um die materiellen und administrativen Kosten für die Kammermitglieder hierfür so gering wie möglich zu halten, empfiehlt der Länderrat eine Kooperation mit der Bundesärztekammer (BÄK) und bittet die BPTK entsprechende Gespräche mit der Ärztervertretung zu führen.

Als besondere Verantwortung der Psychotherapeuten sieht es der Länderrat, die ethischen und gesellschaftlichen Auswirkungen der Gesundheitskarte aufzuzeigen und zu diskutieren. Als geeigneter Ort wird hierfür die Kommission für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der BPTK – im engen inhaltlichen Austausch mit den Landeskammern – gesehen.

Eine aus Mitarbeitern der Landeskammern gebildete Projektgruppe HPC (Health Professional Card) wird die BPTK zukünftig in juristischen, administrativen und technischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Ausgabe des Heilberufsausweis ergeben werden, beraten. So sollen frühzeitig Interessen der Länder in der Planung berücksichtigt werden.

Nähere Informationen zu dem mit insgesamt 18 Millionen Euro ausgestatteten Forschungsprogramm finden sich unter:
http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/foerderung/bekanntmachungen_bmbf

Termine, Termine, Termine

28.02.05 - Vertreterversammlung Saarland
03.03.05 - Delegiertenversammlung Berlin
12.03.05 - 13. Kammerversammlung NRW
12.03.05 - Vertreterversammlung Baden-Württemberg
05.04.05 - Symposium „Evidenzbasierte Psychotherapie“, BPTK, Berlin

09.04.05 - Kammerversammlung Niedersachsen
13.04.05 - 14. Kammerversammlung Hamburg
18.04.05 - Vertreterversammlung Saarland
23.04.05 - 5. DPT, München
24.05.05 - Kammerversammlung Bremen
08.06.05 - 15. Kammerversammlung Hamburg

09.06.05 - Delegiertenversammlung Berlin
10.+11.06.05 - 11. Delegiertenversammlung Hessen
20.06.05 - Vertreterversammlung Saarland
23.06.05 - Delegiertenversammlung Bayern
25.06.05 - Vertreterversammlung Baden-Württemberg

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK
V.i.S.d.P.: Detlev Kommer
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
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.