

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2007

Mai
2007

Themen dieser Ausgabe:

- 10. Deutscher Psychotherapeutentag
- Die Zukunft des Krankenhauses
- VÄndG – Bedarfsplanungsrichtlinie geändert
- Morbi-RSA und psychische Erkrankungen
- Maßregelrecht und Führungsaufsicht
- Neues Institut: Was wirkt wie im Versorgungsalltag?
- Neustrukturierung des G-BA

- **BPTK-Focus:**
BPTK-Symposium
Prävention psychischer Erkrankungen

- **BPTK-Inside:**
Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

10. Deutscher Psychotherapeutentag

Der 10. Deutsche Psychotherapeutentag war der erste DPT, der sich als bundesweites Parlament der approbierten Psychotherapeuten in Deutschland verstehen durfte. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer hatte am 30. März 2007 ihre konstituierende Mitgliederversammlung und trat zum 1. April 2007 einstimmig der BPTK bei. Damit ist die Gründungsphase der Psychotherapeutenkammern endgültig abgeschlossen.

Prof. Dr. Rainer Richter wurde auf dem 10. Deutschen Psychotherapeutentag in Berlin mit großer Mehrheit in seinem Amt als Präsident der BPTK bestätigt. Vizepräsidentin wurde Monika Konitzer, Vizepräsident Dr. Dietrich Munz, Beisitzer Peter Lehdorfer und Beisitzerin Andrea Mrazek.

Die Delegierten haben außerdem eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge für die BPTK mit Zwei-Drittel-Mehrheit beschlossen. Damit bekommt der Vor-

stand die Möglichkeit, die personellen Ressourcen der BPTK-Geschäftsstelle so auszubauen, dass sie den wachsenden Anforderungen gerecht werden kann.

Durch die Beanstandung des Beschlusses des Gemeinsamen



Neuer Vorstand der BPTK (v. l.): Peter Lehdorfer, Andrea Mrazek, Prof. Dr. Rainer Richter, Monika Konitzer, Dr. Dietrich Munz

Bundesausschusses (G-BA) zur Gesprächspsychotherapie hat die BPTK die Möglichkeit erhalten, die Studienbewertung des G-BA nachzuvollziehen. Die Delegierten des 10. DPT begrüßten diese Chance. Die Profession könne so ihren Standpunkt zum Nachweis der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden erneut einbringen.

In einer einstimmig verabschiedeten Resolution dokumentierte der 10. DPT noch einmal seine Sorge um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Es sei an der Zeit, dass die Gesellschaft ihre Verantwortung für die nachwachsende Generation erkenne und endlich ausreichend finanzielle Mittel im Gesundheits-, Jugend- und Bildungssystem für die heranwachsende Generation zur Verfügung stelle. Eine Resolution zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll die große Sorge der Delegierten zum Ausdruck

bringen, dass durch ihre Einführung das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient gefährdet werden könne. Daher müssten zunächst datenschutzrechtliche Bedenken vor Beginn des Wirkbetriebs vollständig ausgeräumt sein. Zudem dürften die mit der Einführung verbundenen Kosten nicht auf die Heilberufe abgewälzt werden.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der 10. Deutsche Psychotherapeutentag hat am 12. Mai 2007 in Berlin mit großer Mehrheit einen neuen Vorstand gewählt. Das überzeugende Votum stärkt unsere Position bei den kommenden Auseinandersetzungen in der Gesundheitspolitik.

Die Aufgaben, die vor uns liegen, sind zahlreich. Der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet an einer Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien, mit dem Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie wird sich zeigen, wie neue psychotherapeutische Behandlungsverfahren zukünftig in die Versorgung integriert werden können, gleichzeitig strukturiert sich der G-BA neu, die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist entscheidend für eine qualitativ hochwertige Versorgung psychisch kranker Menschen, die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Institutionen und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten werden uns weiter beschäftigen.

Der neue Vorstand muss jetzt schnell zu einem Team zusammenwachsen. Ich bin sehr zuversichtlich, dass uns dies gelingt und freue mich auf die gemeinsame Arbeit. Die BPTK hat in den vergangenen Jahren die Psychotherapie erfolgreich und professionell in Berlin vertreten können. Daran wollen wir anknüpfen und werden Sie – wie bisher – u. a. mit dem BPTK-Newsletter auf dem Laufenden halten.

Mit besten Grüßen

Ihr Rainer Richter

Die Zukunft des Krankenhauses

In einer Sonderkonferenz haben sich die Gesundheitsminister der Länder am 8. März in Stuttgart mit der Zukunft der Krankenhausversorgung befasst. Ende 2008 läuft die Übergangsphase aus, mit der in Deutschland das DRG-System (Diagnosis Related Groups) umgesetzt sein muss. Ab 2009 erhalten die Krankenhäuser eines Bundeslandes von den Krankenkassen gleiche, pauschalierte Preise für bestimmte Behandlungen. Spätestens dann müssen Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung und Vertragsstrukturen im stationären Bereich dem neuen Preissystem angepasst sein.

Die Gesundheitsminister sprachen sich einstimmig dafür aus, dass die Gewährleistung der Krankenhausversorgung auch künftig eine staatliche Aufgabe sein wird, für die die Länder die Verantwortung tragen. Ein breites Meinungsspektrum herrscht allerdings bei der Frage, wie detailliert die Krankenhausplanung sein soll. Die Planung könnte sich zukünftig z. B. auf die Kran-

kenhausstandorte im Sinne einer Grund- und Notfallplanung konzentrieren. Strittig blieb außerdem, wie Krankenhausinvestitionen künftig finanziert werden sollen. Zur Diskussion steht, ob die Länder aus der Investitionsförderung (duale Finanzierung) aussteigen und den Krankenkassen die gesamte Finanzierung der Krankenhäuser inklusive der Investitionen (monistisch) überlassen. Auch Mischlösungen werden angedacht. Nur eins steht fest: Egal ob steuer- oder beitragsfinanziert – auf jeden Fall müssen den Krankenhäusern ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Die nächste Gesundheitsministerkonferenz im Juli 2007 wird weiter beraten.

Im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik gilt weiterhin die Bundespflegesatzverordnung und nicht das neue Preissystem. Die Veränderungen in der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung werden aber nicht ohne Konsequenzen auch für diesen Versorgungsbe-

reich bleiben. Außerdem stehen generell alle Krankenhäuser unter dem Druck, ihre Betriebsabläufe zu optimieren, ihre Leistungen transparenter zu machen und sich stärker mit ambulanten Leistungsanbietern zu vernetzen.

Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen haben im Nachgang zur Psychiatrie-Enquête ihre Angebote im ambulanten und tagesklinischen Bereich stetig ausgebaut. Anders als im somatischen Bereich existiert ein relativ ausgebautes Netz an tagesklinischen und ambulanten Behandlungsangeboten. Der Aufbau einer integrierten Versorgung im Sinne einer stärkeren Vernetzung mit ambulanten Leistungsanbietern trifft hier also auf differenzierte Versorgungsstrukturen. Zudem ist für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen nicht nur die Vernetzung im Gesundheitssystem, sondern auch die mit Anbietern und Kostenträgern der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation notwendig.

http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_80

VÄndG – Bedarfsplanungsrichtlinie geändert

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das am 1. Januar 2007 in Kraft trat, schafft die gesetzlichen Grundlagen für eine weitere Liberalisierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu gehören die Wahl zwischen freiberuflicher und angestellter Tätigkeit, die Differenzierung zwischen einem vollen und einem halben Versorgungsauftrag und die Wahl zwischen verschiedenen beruflichen Kooperationen (z. B. Praxisnetze, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), integrierte Versorgung), die jetzt auch die Region einer einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten können. Um das Gesetz umzusetzen, war allerdings

u. a. noch eine Neufassung der „Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte“ notwendig.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher am 15. Februar diese Bedarfsplanungsrichtlinie geändert. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Beschluss nicht beanstandet. Er ist damit seit dem 1. April gültig. Die BPTK hatte erst Mitte März Einblick in die neue Richtlinie erhalten und festgestellt, dass die Neufassung massiv die Belange Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berührt. Der G-BA hätte deshalb die BPTK vor der Novellierung anhören müssen.

In der Neufassung geht der G-BA wie bisher davon aus, dass

sich Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Planungsbereichen, die als überversorgt gelten, nicht gegenseitig in einer Vertragspsychotherapeutenpraxis anstellen können, da der Grundsatz der Fachgebietsidentität nicht gegeben sei. Das widerspricht jedoch der Logik des VÄndG. Der Gesetzgeber hat es im VÄndG Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nämlich nicht erlaubt, gemeinsam MVZ aufzubauen, gerade weil er von einer Fachgebietsidentität ausgeht.

Besonders problematisch sind auch die Regelungen des qualitätsbezogenen Sonderbedarfs.

Fortsetzung auf Seite 3



Morbi-RSA und psychische Erkrankungen

Für die Entwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen in den nächsten Jahren ist die geplante Reform des Risikostrukturausgleiches (RSA) von großer Bedeutung. Der RSA ist der zentrale finanzielle Ausgleichsmechanismus zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV), seit deren Mitglieder ihre Versicherung frei wählen können. Damit die Kassen sich nicht vor allem um Versicherte mit geringen Krankheitskosten bemühen, bezahlen Versicherte mit einer guten Risikostruktur Ausgleichszahlungen an Versicherer mit einer schlechten Risikostruktur.

Bisher berechnen sich die Ausgleichszahlungen im RSA vor allem nach Alter und Geschlecht der Versicherten. Jede Kasse erhält für jeden ihrer Versicherten alters- und geschlechtsbezogene RSA-Gutschriften, die den Durchschnittskosten in der GKV entsprechen. Alter und Geschlecht bilden das Gesundheitsrisiko der Versicherten aber nur sehr eingeschränkt ab. Krankenkassen, die eher gesunde Menschen versichern, haben daher Wettbewerbsvorteile. Im Kern geht es um eine einfache Rechnung, die für jeden Versicherten angestellt wird: Liegen die tatsächlichen Ausgaben für einen 50jährigen Mann höher als die Gutschrift aus dem RSA, ist dieser Mann damit ein „schlechtes Risiko“, liegen sie darunter, ist er ein „gutes Risiko“. An dieser RSA-Logik ändert letztlich auch der neue Morbi-RSA nichts.

Ab 2009 soll es einen stärker morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) geben. Dann soll es für 50 bis 80, insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zusätzliche Ausgleichszahlungen geben. Die Auswahl dieser Krankheiten übernimmt das Bundesversicherungsamt (BVA) auf der Basis eines Vorschlages, den ein speziell hierfür gebildeter Beirat bis Oktober dieses Jahres entwickeln wird.

Der Morbi-RSA verschärft das betriebswirtschaftliche Risiko der Krankenkassen insbesondere bei nicht ausgleichsfähigen Krankheiten, da für diese die RSA-Gutschriften sinken werden. Bei diesen Krankheiten werden die Kassen voraussichtlich ein spezielles Leistungs- und Vertragsmanagement entwickeln, das die Ausgaben möglichst gering hält. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 müssen Kassen nämlich Ausgaben, die nicht durch den bundeseinheitlich festgelegten Beitrag gedeckt sind, über eine so genannte „Prämie“ erheben. Die Prämie ist praktisch ein zusätzlicher Beitrag, der dem Versicherten genau beziffert, wie teuer oder günstig seine Kasse ist. Die Höhe dieser „Prämie“ wird also wettbewerbsentscheidend sein. Forderungen nach mehr Patientenorientierung oder dem Abbau von Unterversorgung bleiben deshalb bei

nicht ausgleichsfähigen Krankheiten aller Voraussicht nach ungehört.

Die künftigen Ausgleichszahlungen des Morbi-RSA setzen sich aus einem Sockelbeitrag, der von Alter und Geschlecht des Versicherten abhängig ist, und speziellen Zuschlägen für die ausgewählten Krankheiten zusammen. Auslöser für die Zuschläge werden nach dem derzeitigen Stand der Diskussion voraussichtlich stationäre Entlassungsdiagnosen und die Verordnung definierter Arzneimittelwirkstoffe sein.

Es gibt jedoch gerade im ambulanten Bereich kostenintensive psychische Erkrankungen, wie z. B. Angststörungen, bei denen i. d. R. weder eine Pharmakotherapie noch eine stationäre Behandlung indiziert sind. Es könnte also notwendig werden, auch ambulante Diagnosen als Auslöser für Zuschläge im Morbi-RSA heranzuziehen. Hierfür spricht auch, dass bei bestimmten psychischen Krankheiten Patienten unter Evidenzgesichtspunkten zwischen Pharmako- und Psychotherapie wählen können. Wenn ausschließlich Arzneimittelwirkstoffe Zuschläge im Morbi-RSA auslösen, gerät die Wahloption im Versorgungsalltag wahrscheinlich schnell ins Abseits. Problematisch ist außerdem, dass Arzneimittelwirkstoffe für eine Vielzahl von Krankheiten eingesetzt werden und sie damit nicht spezifisch auf bestimmte Diagnosen hinweisen.

Fortsetzung von Seite 2

Der G-BA bezieht sich dabei nur auf die Weiterbildungsordnung der Ärzte. Dies hat bereits in der Vergangenheit dazu geführt, dass in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kein qualitativer Versorgungsbedarf festgestellt werden konnte. Dies ist besonders ärgerlich, da in den Beratungen des VÄndG die von der BPTK

geforderte Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie abgelehnt wurde, und zwar mit dem Argument, dass bei speziellen Versorgungsdefiziten mit einem qualitativen Sonderbedarf gegengesteuert und mehr Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden könnten.

Die BPTK hat den G-BA und das BMG darauf aufmerksam ge-

macht, dass ihre Anhörungsrechte nicht berücksichtigt wurden. Das BMG hat die Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte deshalb nur mit der Auflage genehmigt, sowohl bei der qualitätsbezogenen Sonderbedarfsfeststellung als auch beim Punkt Fachgebietsidentität innerhalb kürzester Frist zu klärenden Regelungen zu kommen. Die BPTK ist inzwischen mit dem G-BA im Gespräch.

Maßregelrecht und Führungsaufsicht

<http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/283463.html>

Der Bundestag stimmte im März dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993) zu. Der Bundesrat verzichtete auf die Anrufung des Vermittlungsausschusses. Das Gesetz soll die Eingliederung jener Straftäter verbessern, die aus dem Straf- oder Maßregelvollzug entlassen werden und einer kontrollierenden Begleitung und Unterstützung bedürfen. In ihrer Stellungnahme kritisierte die BPTK insbesondere die beabsichtigte Lockerung der Schweigepflicht. Psychotherapeuten sollen sicherheitsrelevante Informationen von Patienten weitergeben müssen, wenn dies für die Aufga-

benerfüllung des Gerichts, der Führungsaufsicht oder des Bewährungshelfers erforderlich ist. Diese Regelung gefährdet aus BPTK-Sicht das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient und damit den Therapieerfolg. Das Gesetz wurde mit der Regelung zur eingeschränkten Schweigepflicht verabschiedet.

Ende April verabschiedete der Bundestag eine Reform des Maßregelrechts (BT-Drs. 16/1110). Die Gesetzesnovelle sieht Änderungen bei der Einweisung und der Entlassung im Maßregelvollzug vor mit dem Ziel, die Belegungszahlen deutlich zu reduzieren. Die BPTK stimmte einer Rei-

he von Änderungen aus fachlicher Sicht zu, wies aber darauf hin, dass an den Schlüsselstellen von Entscheidungen im Rahmen von Begutachtungen der erforderliche Sachverstand einzuholen ist. Dazu sollten Psychologische Psychotherapeuten mit Erfahrungen im Maßregelvollzug künftig deutlich mehr beitragen, da Psychotherapie bei den meisten Betroffenen die Behandlung der Wahl ist. Die oft fehlende Gutachtenqualität wurde auch in der Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages von verschiedenen Sachverständigen bemängelt, allerdings ohne Folgen für den verabschiedeten Gesetzentwurf.

Neues Institut: Was wirkt wie im Versorgungsalltag?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das am 1. April in Kraft trat, neben dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine zweite Tochter. Während der G-BA entscheidet, was von der GKV finanziert wird, und das IQWiG untersucht, was wirkt, soll das neue Institut beobachten, was sich wie im Versorgungsalltag bewährt. Nach § 137a SGB V entwickelt das Institut Qualitätsindikatoren und Vorgaben für Dokumentationen, es erhebt entsprechende Daten, wertet sie aus und veröffentlicht die Ergebnisse.

Im stationären Bereich hat die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) bereits eine ähnliche Aufgabe. Ihre Träger sind die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenkassen. Das neue Institut wäre allerdings sektorübergreifend sowie organisatorisch und wirtschaftlich unabhängig, sodass der Gesellschafterkreis der BQS zu erweitern wäre, z. B. um BPTK, Bundeszahnärztekammer, Deutschen Pflegerat, KBV und weitere Organisationen. Alternativ könnte die BQS die gleichen Träger erhalten wie der G-BA. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass die

Träger keinen Einfluss auf die inhaltliche Arbeit des neuen Instituts nehmen.

Trotz eindeutiger Vorgaben des Gesetzgebers sperren sich die Träger der BQS gegen eine solche Erweiterung des Gesellschafterkreises, derzeit ist nur die KBV willkommen. Der Gesetzgeber sieht für die inhaltliche Arbeit des neuen Instituts differenzierte Beteiligungsrechte der Gesundheitsprofessionen, der Kostenträger und vor allem der Patientenvertreter vor. Um Neutralität zu dokumentieren, müsste die Auswahl der Träger dem Entsprechenden oder die Selbstverwaltung ist souverän genug für eine trägerunabhängige, dem Institut eigentlich angemessene Lösung.

Neustrukturierung des G-BA

Mit dem GKV-WSG ist eine Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschlossen. Die gesetzlichen Vorgaben dafür sind eindeutig: Ein zentrales „Beschlussgremium“ wird künftig alle Entscheidungen sektorübergreifend treffen. Im Beschlussgremium werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit jeweils zwei sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) mit jeweils einem Vertreter sitzen.

Für den künftigen Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden fünf Vertreter benannt. Diese so genannte „vierseitige Besetzung“ wird ergänzt um fünf nicht stimmberechtigte Patientenvertreter. Je nach Thema können im höchsten Beschlussgremium des G-BA auch Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten als KBV-Stellvertreter benannt werden. Die Sitzungen werden künftig i. d. R. öffentlich sein.

Dagegen macht der Gesetzgeber nur wenige Vorgaben zu den Unterausschüssen. Sie sollen i. d.

R. sektorübergreifend arbeiten und durch die unabhängigen Vorsitzenden geleitet werden. Im G-BA wird zurzeit über die Zukunft der Unterausschüsse beraten. In der Diskussion ist, künftig nur noch einen Unterausschuss Methodenbewertung zu bilden, in dem der bisherige Unterausschuss Psychotherapie aufgehen würde. Dort würde dann nach einheitlichen methodischen Vorgaben z. B. über die Zulassung ärztlicher, zahnärztlicher und psychothera-

BPtK-Symposium Prävention psychischer Erkrankungen

„Prävention psychischer Erkrankungen: Best Practice in Europa“ lautete der Titel eines Symposiums der BPtK am 26. Februar anlässlich des 60. Geburtstags ihres Präsidenten, Prof. Dr. Rainer Richter.

Die Prävention psychischer Erkrankungen müsse endlich prioritäres Ziel der Sozial- und Gesundheitspolitik in Deutschland werden, forderte Dr. Lothar Wittmann, Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, in seinem Grußwort. Psychische Erkrankungen gehörten europaweit zu den häufigsten Ursachen von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Sie bedeuteten großes Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen und hätten zugleich gravierende gesellschaftspolitische und ökonomische Konsequenzen.

Der Blick nach Europa könne dabei der Prävention in Deutschland neue Impulse geben. Denn in Deutschland liege ein „Präventionsgesetz“ auf Eis und damit die gesetzliche Regelung einer Querschnittsaufgabe verschiedener Professionen, Kostenträger und Politikbereiche. Der Blick nach Europa mache aber Stärken der hiesigen Versorgung psychisch kranker Menschen deutlich. In Deutschland seien mit den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwei spezialisierte und zugleich approbierte Heilberufe in die Versorgung psychisch kranker Menschen einbezogen – das sei europaweit beispielhaft.

Psychische Störungen in Europa

Diagnosen psychischer Erkrankungen werden immer häufiger, das belegen Gesundheitsberichte und -surveys. Sind psychische und Verhaltensstörungen damit die neue Epidemie des 21. Jahrhunderts? Diese Frage versuchte Dr. Frank Jacobi, Epidemiologe an der TU Chemnitz, u. a. anhand der Daten des Projektes „Size and Burden of Mental Disorders in Europe“ zu beantworten. Danach zeigt sich, dass etwa jeder dritte bis vierte Erwachsene innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung erkrankt. Das Risiko, im

Laufe des Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung zu erkranken, liege sogar über 50 Prozent. In den vergangenen Jahren ist es dabei zu einer Zunahme an Krankschreibungen und Frühverrentungen gekommen. Da psychische Störungen in der Regel längere Behandlungen erfordern, seien sie durch Arbeitsausfall und Produktionsminderung auch mit hohen wirtschaftlichen Kosten verbunden.

Die dokumentierte Zunahme psychischer Störungen liegt nach Einschätzung von Jacobi auch an einer höheren Akzeptanz und besseren Diagnostik. Für eine tatsächliche Zunahme psychischer Störungen spreche ferner die zu beobachtende Zunahme von Risikofaktoren, insbesondere in der Arbeitswelt. Zwar könne aus diesen Indikatoren nicht unmittelbar auf einen allgemeinen Anstieg psychischer Störungen in der Bevölkerung geschlossen werden. Ihre große Verbreitung müsse allerdings bereits für sich genommen Anlass für verstärkte Prävention sein.

Prävention zwischen Medizin und Gesellschaftspolitik

Das Verhältnis von wissenschaftlicher Erkenntnis und politischem Handeln bei der Prävention psychischer Erkrankungen beleuchtete Prof. Dr. Johannes Siegrist, Medizinsoziologe an der Universität Düsseldorf. Wie eine erfolgreiche Prävention psychischer Erkrankungen aussehen kann, zeigte er an Beispielen prä- und postnataler Betreuung sozioökonomisch belasteter Eltern, verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen bei gefährdeten Jugendlichen und der Stressprävention im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Siegrist wies auf einen deutlichen sozialen Gradienten bei körperlichen und psychischen Erkrankungen hin: Je niedriger die soziale Schicht, desto höher seien Morbidität und Mortalität.

Er stellte allerdings auch fest, dass es gerade in Deutschland trotz des bestehenden Handlungsdrucks, trotz wissenschaftli-

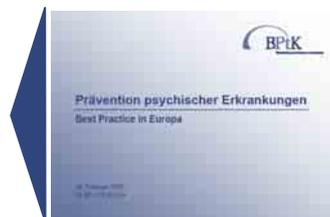
cher Fortschritte bei der Identifizierung von Risikogruppen und trotz der Verfügbarkeit erfolgreicher Präventionsprogramme weiterhin Schwierigkeiten gebe, der Prävention den ihr gebührenden Stellenwert im Gesundheitssystem einzuräumen. Einen wesentlichen Grund sah er in einem gestörten Verhältnis zwischen Wissenschaft und Politik. Im Gegensatz zum angelsächsischen Raum werde in Deutschland wissenschaftliche Evidenz zu wenig ernst genommen.

Externalisierende Störungen

Ein ähnliches Fazit zog Prof. Dr. Siegfried Lösel, Direktor des Kriminologischen Instituts der Universität Cambridge. Er stellte die internationale Forschungslage zur entwicklungsbezogenen Aggressionsprävention bei Kindern und Jugendlichen vor und beklagte auch für diesen Präventionsbereich eine deutliche Diskrepanz zwischen wissenschaftlich nachgewiesenem Nutzen und politischem Handeln. Während die Wissenschaft sich zunehmend der Präventionsforschung annehme und evidenzbasierte Resultate berichte, reagiere die Politik vorrangig tagesaktuell auf Berichte über spektakuläre Einzelfälle. Das führe häufig zu kurzfristigem Krisenmanagement und seltener zu langfristigen Konzepten.

Dabei gebe es insbesondere im Bereich der kind- und familienbezogenen Prävention eine Vielzahl positiv evaluierter Maßnahmen und Programme. Als konkretes Beispiel stelle Lösel dazu das Programm EFFEKT vor, das er mit seinen Mitarbeitern an der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelte. Ergebnis aller Studien sei, dass die besten Erfolge mit gut strukturierten, multimodalen Programmen zu erzielen seien. Entscheidend seien ferner eine qualitätsgesicherte Implementierung und die ressortübergreifende Kooperation, z. B. von Jugendhilfe, Schule und Öffentlichem Gesundheitsdienst. Hier seien auch Psychotherapeuten gefordert.

BPtK-Focus



*Fortsetzung von Seite 5***Psychische Gesundheit im Setting Schule**

Dass eine nachhaltigen Implementierung erfolgreicher Präventionsprogramme über ein Modellprojekt hinaus von einer sorgfältigen Anpassung von Programmen an die jeweilige Lebenswelt abhängt, zeigte Prof. Dr. Peter Paulus vom Institut für Psychologie der Universität Lüneburg am Beispiel „Gesundheitsförderung in der Schule“. Erfolgreiche Programme wie das australische MindMatters, das Paulus für Deutschland adaptierte, würden nur dann breit und langfristig eingesetzt, wenn sie Schulen helfen, deren Bildungs- und Erziehungsaufträge zu erfüllen. Gesundheitsförderung müsse sich in den Dienst von Schulen stellen, um dort akzeptiert und umgesetzt zu werden.

Dabei sei der Settingansatz zur Förderung psychischer Gesundheit in Deutschland noch wenig verbreitet. Es gebe zwar „Evidence based Practice“ in Modellvorhaben, aber kaum „Practice based Evidence“. Ständig neue Modellprojekte zu initiieren, helfe nicht weiter. Statt die zu beobachten, müssten gesundheitswissenschaftliche Kenntnisse in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrkräften und Leitungsebenen von Schule und Schuladministration verankert werden.

**Auf dem Weg zu einer europäischen Strategie**

Über den aktuellen Stand einer EU-Strategie für die Prävention psychischer Erkrankungen in berichtete Jürgen Schefflein von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission. Schefflein wies darauf hin, dass das Thema „Psychische Gesundheit“ in Europa an Bedeutung gewinne und erinnerte an die WHO-Deklaration zur psychischen Gesundheit und den Aktionsplan von Helsinki aus dem Jahr 2005.

Innerhalb der Europäischen Union gebe es jedoch eine große Heterogenität hinsichtlich der Bedeutung des Themas. In Großbritannien beispielsweise genieße das Thema psychische Gesundheit neben Krebs- und Herzkrankungen oberste Priorität im Bereich der öffentlichen Gesundheit, in Spanien sei die psychische Gesundheit oberstes Ziel bei der Erarbeitung der Strategie des nationalen Gesundheitsdienstes.

Mit dem Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“ stellte die EU-Kommission Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe und zum Schutz der Rechte psychisch kranker Menschen sowie zur Verbesserung der Information

und Forschung öffentlich zur Diskussion. Die starke Beteiligung an den Konsultationen zum Grünbuch werde dort als wichtiges Indiz für die Bedeutung des Themas gewertet. Man hoffe daher, dass es bis zum Sommer 2007 zur Veröffentlichung einer Kommissionsmitteilung zu einer europäischen Strategie zur psychischen Gesundheit komme.

Fazit: Mehr Früherkennung und Frühförderung

Ein Resümee der Veranstaltung zog Prof. Richter. Die Vorträge des Tages hätten gezeigt, dass zur Prävention psychischer Erkrankungen insbesondere eine verbesserte Früherkennung und mehr Frühförderung von Risikogruppen gehöre. Dazu müssten auch Psychotherapeuten selbst stärker initiativ werden, ihre Behandlungszimmer verlassen und in die Lebenswelten gehen, d. h. in die Familien, Krippen, Schulen, Betriebe und dabei insbesondere zu den sozial Benachteiligten. Doch sei die Prävention psychischer Krankheiten nicht die alleinige Aufgabe der Psychotherapeuten. Viele Professionen müssten dabei zusammenarbeiten. Gerade niedrigschwellige Beratungs- und Förderangebote, wie sie in den vergangenen Jahrzehnten geschaffen wurden, müssten ausgebaut werden, statt sie zu kürzen, wie dies derzeit in vielen Kommunen geschehe.

Fortsetzung von Seite 4

peutischer Verfahren und Methoden entschieden. Die Vereinheitlichung des Bewertungsverfahrens für so heterogene Beratungsgegenstände ist nur akzeptabel, wenn ausreichend Raum bleibt für die differenzierte Anwendung der Methodik. Im vierseitig besetzten Unterausschuss wären aber weder die Zeit noch die notwendige Fachkompetenz dafür verfügbar. Allein das Arbeitspensum würde den Unterausschuss Methodenbewertung zu einem politischen Gremium machen. Die Facharbeit würde demnach, noch stärker als heute, in Arbeits- bzw. Themengruppen geleistet.

Die Aufgabenverteilung im G-BA würde bei diesen Überlegungen vertikal tiefer gestaffelt, um horizontal auf der Unterausschuss-ebene Aufgaben zu bündeln. Das bringt per se nicht mehr Effizienz, aber mit Sicherheit eine Relativierung des Einflusses insbesondere der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Anders als z. B. die Zahnärzte, die über ihre KZBV im Unterausschuss auf jeden Fall vertreten sind, müssten Psychotherapeuten auf den „Good Will“ der KBV vertrauen. Die Expertise der Psychotherapeuten hätte voraussichtlich nur in den Arbeits- bzw. Themengruppen ihren Platz. Inwieweit aber Unterausschüsse und Beschlussgremium

bei ihren politischen Entscheidungen die fachliche Vorarbeit berücksichtigen, ist deren Sache. Psychotherapeuten werden dort nicht unbedingt sitzen, Ärzte und Zahnärzte schon. Insgesamt würde diese Umsortierung also dazu führen, dass Psychotherapeuten fachlich wie politisch deutlich schlechter repräsentiert wären. Unklar ist auch, welchem Ausschuss die Pflege und Weiterentwicklung der Richtlinie anvertraut würde. Außerdem ist psychotherapeutischer Sachverstand nicht nur bei der Methodenbewertung erforderlich, sondern ebenso in den Unterausschüssen „Bedarfsplanung“, „Qualitätssicherung“ und „Sektorübergreifende Versorgungskonzepte“.

Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Neuropsychologische Therapie

Das Zulassungsverfahren für die ambulante Neuropsychologie tritt im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in eine entscheidende Phase. Eine „Themengruppe“ prüft derzeit auf der Grundlage internationaler Literatur den Nutzen der ambulanten Neuropsychologie. Die Themengruppe wurde aus Mitgliedern der Unterausschüsse Heilmittel und Psychotherapie gebildet.

Der G-BA diskutiert allerdings, die ambulante Neuropsychologie nur als Heilmittel zuzulassen. Heilmittel sind ärztlich verordnete Dienstleistungen. Sie werden in den Heilmittelrichtlinien des G-BA, soweit es um eine Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geht, näher definiert. Derzeit werden in den Heilmittelrichtlinien bei den Maßnahmen zur Ergotherapie u. a. auch Hirnleistungstraining und neuropsychologisch orientierte Behandlung aufgeführt. Dies war vielleicht Anlass für die irrtümliche Zuordnung der Neuropsychologie zu den Heilmitteln.

Die Neuropsychologische Therapie ist ausweislich des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) eine psychotherapeutische Methode. Zusammenfassend stellte der WBP fest, dass die Neuropsychologische Therapie für den Anwendungsbereich „Hirnorganische Störungen“ bei Erwachsenen als ein theoretisch und empirisch hinreichend fundiertes und damit wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren anzusehen ist. Neuropsychologische Therapie stelle für das Funktionstraining bei cerebralen Insulten und Traumata eine wichtige und nicht durch andere Maßnahmen zu ersetzende Therapieoption dar. Der Bedarf an Neuropsychologischer Therapie, insbesondere im Bereich der Rehabilitation, sei unstrittig.

Die BPtK hat frühzeitig in einem Schreiben an den G-BA darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Neuropsychologischen Therapie Qualifikationen voraussetzt, die im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten und darauf aufbauend im Kontext der Weiterbildung erworben werden, u. a. über eine zweijährige klinische Tätigkeit und mindestens 400 Stunden Theorie. Ein Arztvorbehalt, wie er bei der Erbringung von Heilmitteln konstitutiv ist, wäre nicht angemessen, da die Psychologischen Psychotherapeuten in diesem Bereich über eine Qualifikation verfügen, die mit der von betreffenden Fachärzten vergleichbar ist. Der 8. DPT im Mai 2006 verabschiedete mit großer Mehrheit eine Musterweiterbildungsordnung mit einem Weiterbildungsbereich in „Klinischer Neuropsychologie“.

Der Antrag zur Bewertung der Neuropsychologie erfolgte 2003. Seit 2004 laufen im G-BA die Beratungen zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Neuropsychologischen Therapie.

Gesprächspsychotherapie

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat – wie berichtet – den Beschluss des G-BA zur Gesprächspsychotherapie Anfang Februar beanstandet. Inhaltlich folgte das BMG der Kritik der BPtK an der Definition der Gesprächspsychotherapie und hob hervor, dass die Auswertungen des G-BA „teilweise in Widerspruch zu den Bewertungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) stehen“. Das BMG forderte den G-BA auf, vor einer erneuten Beschlussfassung der BPtK den gesamten HTA-Bericht für eine Stellungnahme zur Verfügung zu stellen. Der Begriff Health Technology Assessment (HTA) bezeichnet einen Prozess mit dem medizinische Verfahren und Technologien systematisch bewertet werden.

Damit steht die BPtK vor der Aufgabe, eine umfassende Definition der Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund des Votums des WBP und der Curricula zugelassener Ausbildungsstätten zu entwickeln. Außerdem muss sie die dem G-BA vorliegenden Studien in einem transparenten und nachvollziehbaren Verfahren erneut bewerten. Notwendig ist zudem eine ergänzende Literaturrecherche, da seit der Literaturrecherche des G-BA bereits wieder einige Zeit verstrichen ist.

Für diese Aufgaben hat die BPtK eine Expertenkommission gebildet. Mitglieder sind: Prof. Dr. Jochen Eckert, Prof. Dr. Harald J. Freyberger, Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Bernhard Strauß und für den Vorstand der BPtK Prof. Dr. Rainer Richter. Die Expertenkommission wird die Studienbewertung zur Gesprächspsychotherapie durch den G-BA nachvollziehen, ergänzt um die oben aufgeführten Aspekte. Sie wird dabei durch vier externe Mitarbeiter unterstützt, die die Studienbewertung vorbereiten. Die Verantwortung für die Qualitätssicherung dieses Verfahrens wird genauso wie jede weitere Zuarbeit zur Expertenkommission in der Verantwortung der BPtK liegen.

Wie bereits bei der Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien wird der Vorstand der BPtK den Bericht der Expertenkommission diskutieren und nach intensiver Rücksprache mit den Landeskammern seine Stellungnahme an den G-BA abgeben. Dies kann unter erheblichem Einsatz aller Beteiligten im Oktober der Fall sein.

Ziel der BPtK ist es, mit diesem mehrstufigen Verfahren in einer für die Profession, aber auch für den G-BA nachvollziehbaren Weise ihre Position zur Gesprächspsychotherapie zu bekräftigen.



Schädigung von Blutgefäßen und Depression

Depressive Symptome gehen mit der Schädigung von Blutgefäßen einher und erhöhen das Herzinfarkttrisiko deutlich. US-Medizinern gelang es jetzt, dies mit Ultraschalluntersuchungen zu belegen.

Das Herzinfarkttrisiko ist bei depressiv kranken doppelt so hoch wie bei gesunden Menschen. Für diese epidemiologischen Erkenntnisse konnte Jesse Stewart von der Universität Pittsburg zum ersten Mal einen biologischen Nachweis erbringen. Der US-Forscher untersuchte in einer prospektiven Kohortenstudie bei rund 300 Erwachsenen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren über drei Jahre

die Wanddicke der Halsschlagader, einem Indikator für das individuelle Herzinfarkttrisiko.

Bei depressiv Erkrankten nahm die Gefäßdicke deutlich schneller zu als bei psychisch Gesunden. Auch wenn die Wirkungskette für diesen Befund im Einzelnen noch nicht geklärt ist, empfehlen die Wissenschaftler, Depressionen zukünftig stärker in die Infarktprävention einzubeziehen.

Stewart, J.C. et al. (2007). Negative Emotions and 3-Year Progression of Subclinical Atherosclerosis. Arch Gen Psychiatry, 64, 225-233.

Paul Watzlawick gestorben



Im Alter von 85 Jahren starb am 31. März der Psychotherapeut und Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick. Der in Villach (Kärnten) geborene Wissenschaftler studierte in Venedig Fremdsprachen und Psychologie. Nach seiner Promotion 1949 schloss er eine Ausbildung zum Psychotherapeuten am C.G.-Jung-Institut in Zürich ab. 1960 siedelte er ins kalifornische Palo Alto über und entwickelte dort am „Mental Research Institute“ u. a. die mit seinem Namen verbundene Kommunikationstheorie. Watzlawick war ein Vertreter des "radikalen Konstruktivismus", wonach alles Wissen nur in den Köpfen von Individuen existiert, sodass es zahllose Wirklichkeitsauffassungen gibt, die sehr widersprüchlich sein können. International bekannt wurde Watzlawick durch seinen Bestseller „Anleitung zum Unglücklichsein“. Darin parodiert er die These populärer Ratgeberliteratur, nach der es das höchste menschliche Ziel ist, glücklich zu sein.

Langzeitfolgen psychischer Gewalt

Psychische Gewalt hat ähnliche Langzeitfolgen wie körperliche Misshandlung. Opfer von Bedrohung, Isolation, Erniedrigung und extremem Stress leiden noch Jahre später an ähnlich starken posttraumatischen Belastungsstörungen, wie sie von körperlicher Folter bekannt sind. Dies ist das Ergebnis einer Befragung von 279 Opfern von Folter und Gewalt aus den Bürgerkriegen im ehemaligen Jugoslawien, die der Psychologe Metin Basoglu gemeinsam mit Kollegen von der Univer-

sität London durchgeführt hat (Archives of General Psychiatry [Bd. 64, S. 277, März 2007]). Danach litten auch die Opfer psychischer Folter noch jahrelang an Alpträumen, Flashbacks und Schlafstörungen. Selbst körperliche Schmerzen, Panik oder plötzliche Bewusstlosigkeit traten auf. „Eine Unterscheidung zwischen Folter und erniedrigender Behandlung ist nicht nur nutzlos, sondern auch gefährlich“, urteilte Steven Miles von der Universität Minnesota in dem Magazin.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer gegründet

Auf ihrer konstituierenden Kammerversammlung wählte die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) am 30. März in Leipzig Andrea Mrazek zu ihrer ersten Präsidentin und Dr. Wolfram Rosendahl zum Vizepräsidenten. Beisitzer sind Dr. Helga Bernt, Dietmar Schröder, Johannes Weisang und Gregor Peikert.

Einstimmig sprach sich die Kammerversammlung für einen Beitritt zur BPTK aus, die damit zukünftig die Interessen von rund 30.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland vertritt. Auf dem 10. Deutschen Psychotherapeutentag am 12. Mai in Berlin war die OPK erstmals mit 13 Delegierten vertreten.

Die OPK ist die erste landesübergreifende Psychotherapeutenkammer in Deutschland. Die Kammermitglieder stammen aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Sitz der Kammer wird Leipzig sein.

Weitere Infos: www.ihre-opk.de

Impressum

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

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

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