



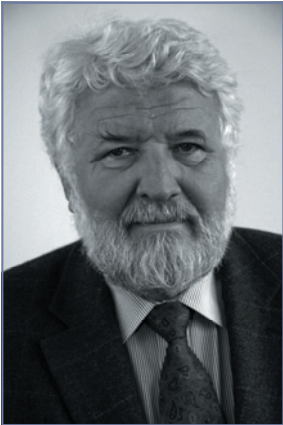
# Tätigkeitsbericht 2003 - 2007



BundesPsychotherapeutenKammer



## Editorial



Seit der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer konnten wir Einiges erreichen: Wir sind für einen sachlichen Dialog in der Gesundheitspolitik eingetreten. Wer gute Argumente hat, kann auf populistischen Protest verzichten. Zentrale Anliegen psychisch kranker Menschen konnten wir differenziert und fachlich fundiert erläutern und deshalb Entscheidungen mitprägen, zu-

letzt recht erfolgreich beim GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.

Wir haben unsere Anhörungsrechte beim Gemeinsamen Bundesausschuss ausgebaut und intensiv genutzt. Das war aufgrund der vielschichtigen Debatte innerhalb der Profession und in der Wissenschaft kein einfacher Weg - aber ein aussichtsreicher. Unser Kurs sollte auch in Zukunft auf einer realistischen Einschätzung der Handlungsalternativen basieren und der Wissenschaft und der Versorgungspraxis gleichermaßen verpflichtet bleiben.

In den vergangenen vier Jahren haben wir auch wichtige Hausaufgaben erledigt. Die Psychotherapeuten verfügen jetzt über eine Musterfortbildungs-, eine Musterweiterbildungs- und eine Musterberufsordnung.

In der nächsten Legislaturperiode warten neue Herausforderungen. Psychotherapie ist nicht allein ein Thema in der Gesundheitspolitik. Häufig sind auch Jugend- und Familienpolitik sowie Rechtspolitik berührt. Europa gewinnt auch für die Gesundheitspolitik an Bedeutung. Wir haben uns auf diesen Feldern bereits engagiert, aber wir sollten deutlich mehr tun.

Prävention psychischer Erkrankungen ist ein prioritäres Gesundheitsziel - darin sind sich fast alle gesundheitspolitischen Akteure einig. Aber wie sich dieses wichtige Ziel mit einem Präventionsgesetz erreichen lässt, ist weiter unklar, weil hier politische Verantwortung und Kostenträgerschaft in verschiedenen Händen liegen. Wann ist wo welche psychotherapeutische Kompetenz notwendig? Diese Frage sollten wir anderen überzeugend beantworten können.

Die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Kuration und Rehabilitation, zwischen Gesundheitssystem und Gemeindepsychiatrie bzw. Jugendhilfe erschweren die Versorgung psychisch kranker Menschen. Daher werden sich die gewohnten Versorgungsstrukturen zukünftig gravierend verändern müssen. Die Kooperation zwischen den Professionen und Sektoren wird sich anders gestalten und neue Finanzierungsmodelle notwendig machen. Die Gesundheitspolitik räumt allen

Akteuren große Spielräume ein, um diesem Anpassungsbedarf gerecht zu werden. In diese Entwicklung sollten sich Psychotherapeuten aktiv einbringen. Wer hinterherläuft, kommt selten an den Ball.

Mehr als die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist älter als 50 Jahre. Eine attraktive Ausbildung zum Beruf des Psychotherapeuten, insbesondere eine Finanzierung während der praktischen Tätigkeit und die Weiterentwicklung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, gehört deshalb auf die Tagesordnung.

Die Ausgabe des geplanten Heilberufsausweises wird BPTK und Landespsychotherapeutenkammern Einiges abverlangen. Wir sollten uns auf die wichtigen Fragen konzentrieren und pragmatische und datenschutzrechtlich sichere Lösungen verlangen: Wie sind psychisch kranke Menschen geschützt, deren Selbstbestimmung u. U. nicht oder nicht in vollem Umfang gegeben ist? Welche Daten der psychotherapeutischen Behandlung sind in der elektronischen Patientenakte sinnvoll? Welche Daten anderer Leistungserbringer sollten den Psychotherapeuten zugänglich sein? Wie wirken sich die neuen Technologien auf die Patienten-Psychotherapeutenbeziehung aus?

Wer den gesundheitspolitischen Diskurs mitgestalten möchte, braucht fachliches Profil bei vielen Themen. Die meisten Themen geben andere Akteure vor - das wird auch in der nächsten Legislaturperiode so bleiben. Wir wollen aber nicht nur reagieren, sondern selbst Akzente setzen.

Psychotherapeuten sollten verstärkt von sich aus Debatten anstoßen. Die BPTK sollte Plattformen bieten für Diskussionen über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bzw. älteren Menschen, die Versorgung von Patienten mit Depressionen oder Angststörungen und die Integration des wissenschaftlichen Fortschritts in den Versorgungsalltag. Wir sollten die Kommunikation mit Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen intensivieren und gesicherte Patienteninformation bieten. Wir brauchen den Austausch und die Kooperation mit Patientenvertretern, anderen Professionen, Organisationen und den Hochschulen. Wir wollen das Netzwerk, das wir in den letzten Jahren aufbauen konnten, erweitern und pflegen.

Der Blick auf die ersten vier Jahre BPTK stimmt uns zuversichtlich. Wie in der Vergangenheit werden wir die enge Kooperation und Abstimmung mit den Berufs- und Fachverbänden und den Landespsychotherapeutenkammern suchen. Gemeinsam werden wir unsere jeweils spezifische Sichtweise und Kompetenz einbringen. Unsere Maxime dabei lautet: In der Diskussion möglichst viele Stimmen, aber in der Kommunikation nach außen - eine Botschaft.

## Inhaltsverzeichnis

BPTK 2003 - 2007 S. 4 - 6

Wo arbeiten Psychotherapeuten S. 7

### Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen S. 8 - 11



Versorgungsdichte KJP S. 9  
 Stellungnahmen S. 10  
 Positionspapiere S. 11

Steigender Bedarf an qualifiziertem Nachwuchs S. 12

Europäische Gesundheitspolitik S. 13

### Volkskrankheit Depression S. 14 - 16

Häufigkeit depressiver Erkrankungen  
 in den letzten 12 Monaten S. 15



Maßregelrecht und Führungsaufsicht S. 17

### Gesundheitspolitik: Schwimmen lernen im Haifischbecken S. 18 - 21



Vertragsarztrechtsänderungsgesetz -  
 Was ändert sich für Psychotherapeuten? S. 19  
 Selektivvertragssystem S. 20  
 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz -  
 Die wichtigsten Neuerungen S. 21

Telematik im Gesundheitswesen	S. 22 - 23
Musterordnungen der BPtK	S. 24 - 26
Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall	S. 27
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie	S. 28 - 29

### **Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien S. 30 - 34**



Liste der Stellungnahmen an den G-BA	S. 30
Neuropsychologische Therapie	S. 31
12-Monats- und Lifetime-Prävalenzen	S. 32
Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen	S. 33
Gesprächspsychotherapie	S. 34

Öffentlichkeitsarbeit	S. 35
-----------------------	-------

### **Anhang S. 36 - 43**

Bundesdelegierte der Deutschen Psychotherapeutentage	S. 36
Vorstand/Länderrat/Vorstandsbeauftragte	S. 37
Kommissionen/Ausschüsse	S. 37
Landespsychotherapeutenkammern	S. 38
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie	S. 39
Fachbeirat Psychotherapeutenjournal	S. 39
Mitgliedschaften der BPtK	S. 39
Veranstaltungen	S. 40
Stellungnahmen/Positionspapiere	S. 41
Geschäftsstelle der BPtK	S. 42
Organigramm der BPtK	S. 43
Impressum	S. 44

## BPTK 2003 - 2007

2003	2004	2005	2006	2007
------	------	------	------	------

Das deutsche Gesundheitssystem ist eine politische Daueraufgabe. Seine finanziellen und strukturellen Krisen ziehen sich durch die Wahlperioden. Seit dem 17./18. Mai 2003 sind auch die Psychotherapeuten mit einer „Bundeskammer“ auf dem bundespolitischen Parkett vertreten. Psychotherapeuten verfügen damit erstmals auf Bundesebene über eine berufspolitische Vertretung, die von allen Psychotherapeuten gewählt ist und ihre Interessen mit einer abgestimmten Stimme vertreten kann. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung dafür geschaffen, in Ministerien und bei Abgeordneten Gehör zu finden. Nach Jahren, in denen die beruflichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Standards der Profession weitgehend von anderen bestimmt wurden, nehmen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jetzt verstärkt selbst das bundespolitische Heft in die Hand.

Die Delegierten des 1. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) wählen den ersten Vorstand der BPTK: Detlev Kommer, Präsident der PtK Baden-Württemberg, wird erster Präsident

der BPTK; Vizepräsidenten werden Monika Konitzer, Präsidentin der PtK Nordrhein-Westfalen, und Dr. Lothar Wittmann, Präsident der PtK Niedersachsen; Beisitzer werden Peter Lehdorfer, Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, und Hermann Schürmann, Vertreter der Psychotherapeuten in Institutionen. Als Versammlungsleiterin der Deutschen Psychotherapeutentage bestimmen die Delegierten Friederike Wetzorke, Jürgen Hardt und Wolfgang Schreck werden stellvertretende Versammlungsleiter.

Die von den Delegierten des 2. DPT eingesetzten Ausschüsse und Kommissionen der BPTK orientieren sich an der Notwendigkeit, möglichst rasch Rahmenordnungen für die Bereiche Fortbildung und Weiterbildung zu entwickeln. Für die Delegierten ebenfalls wichtig: die Schaffung einer eigenen Kommission für den Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychotherapeuten in Institutionen erhalten ebenfalls eigene Ausschüsse.

Die neu gegründete Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein tritt der BPTK offiziell zum 01.11.2003 bei.

2003	2004	2005	2006	2007
------	------	------	------	------

Die Geschäftsstelle der BPTK nimmt am 1. Januar 2004 ihre Tätigkeit in Berlin auf. Die Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ist ein bundespolitischer Schwerpunkt der Vorstandsarbeit. Hinzu kommen die politischen Beratungen zum Präventionsgesetz, das Tagesbetreuungsausbaugesetz sowie das Fallpauschalenänderungsgesetz. In den Gesprächen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geht es im Schwerpunkt um Geschäfts- und Verfahrensordnung sowie die inhaltlichen Grundlagen der Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ II und Asthma/COPD. Ebenfalls Thema in 2004: Wie positioniert sich die BPTK zu den Konzepten von Bürgerversicherung und Kopfpauschale? Antrittsbesuche



H. Schürmann, P. Lehdorfer, M. Konitzer, D. Kommer, Dr. L. Wittmann

des Bundesvorstandes bei der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, und Gespräche mit verschiedenen Bundestagsabgeordneten etablieren die BPTK als Ansprechpartner im Gesundheitssystem.

Die Fortbildungskommission der BPTK legt bereits zum 3. DPT am 15. Mai

2004 einen Entwurf für eine Musterfortbildungsordnung vor, den die Delegierten nach intensiver Diskussion und einigen Änderungen verabschieden. Die Weiterbildungskommission stellt auf dem 4. DPT am 9. Oktober 2004 ein detailliertes Eckpunktepapier zur Musterweiterbildungsordnung vor. Eine Lenkungsgruppe MBO beginnt die Arbeit an einer Musterberufsordnung.

Die neu gegründete Psychotherapeutenkammer des Saarlandes tritt der BPTK offiziell zum 01.10.2004 bei.

2003	2004	2005	2006	2007
------	------	------	------	------

Der Jahreswechsel 2004/2005 steht im Zeichen der Flutkatastrophe in Südostasien. Die von der Bundesregierung gegründete zentrale Anlaufstelle zur Koordination psychosozialer Unterstützung für im Ausland von schweren Unglücksfällen oder Terroranschlägen betroffene Bundesbürger NOAH bittet die BPTK um eine Liste einschlägig qualifizierter Psychotherapeuten zur Behandlung der Flutopfer. Trotz Feiertagen und unter großem Zeitdruck

stellen die Landespsychotherapeutenkammern kurzfristig entsprechende Behandlerlisten zusammen, die qualifizierte und wohnortnahe psychotherapeutische Behandlung bieten.

Der Vorstand der BPtK nimmt die Flutkatastrophe zum Anlass, durch eine Vorstandskommission Eckpunkte für die psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall erarbeiten zu lassen. Weitere Themen des Vorstands sind die Stellung der Kinder- und Jugendhilfe im Entwurf zum kommunalen Entlastungsgesetz, die Überarbeitung der Kinderrichtlinie durch den G-BA sowie in der zweiten Jahreshälfte die gesundheitspolitischen Wahlprogramme der Parteien für die vorgezogene Bundestagswahl im September 2005.

Die Delegierten des 5. DPT am 23. April 2005 überprüfen zur Halbzeit der ersten Wahlperiode Satzung und Struktur der BPtK. Nach intensiver und kontroverser Diskussion verständigen sie sich darauf, mögliche Satzungs- und Strukturänderungen der BPtK durch einen neu eingesetzten Ausschuss für Satzung und Struktur erarbeiten zu lassen. Auch über die Chancen und Risiken einer Weiterbildungsordnung besteht in der Profession großer Diskussionsbedarf. Der BPtK-Vorstand und

die Weiterbildungskommission veranstalten deshalb dazu ein Expertenhearing am 15. Juni 2005 in Berlin.

Am 24. Juli 2005 stirbt BPtK-Präsident Detlev Kommer nach kurzer schwerer Krankheit. Detlev Kommer hat die Gründung und Anfangsjahre der BPtK maßgeblich mitgeprägt. Sein Tod stellt für die BPtK und die Profession der Psychotherapeuten einen großen Verlust dar. Wegbegleiter aus den Landeskammern und den Berufs- und Fachverbänden sowie Vertreter aus Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft würdigen Detlev Kommer mit einer Gedenkfeier am 25. September 2005 in Stuttgart.

Der 6. DPT steht ganz im Zeichen der Nachwahlen des Vorstandes der BPtK. Kurz vorher muss der bisherige Vizepräsident der BPtK, Dr. Lothar Wittmann, aus gesundheitlichen Gründen sein Amt niederlegen. Damit sind das Amt des Präsidenten und eines Vizepräsidenten im Vorstand der BPtK neu zu besetzen. Die Delegierten wählen mit großer Mehrheit Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg, zum neuen Präsidenten der BPtK. Neuer Vizepräsident der BPtK wird Hans Bauer, Vizepräsident der Psycho-

therapeutenkammer Hessen. Monika Konitzer, Peter Lehdorfer und Hermann Schürmann bleiben in ihren jeweiligen Positionen im Amt.

Ebenfalls neu besetzt wird das Amt der Versammlungsleitung: Friederike Wetzorke scheidet aus dem Amt als Versammlungsleiterin aus. Jürgen Hardt übernimmt fortan die Versammlungsleitung, neue stellvertretende Versammlungsleiterin ist Inge Berns. Wolfgang Schreck behält sein Amt als stellvertretender Versammlungsleiter.

2003	2004	2005	2006	2007
------	------	------	------	------

Die auf dem 6. DPT notwendigen Wahlen ließen zu wenig Zeit, die von der Lenkungsgruppe MBO der BPtK vorgelegte Musterberufsordnung ausreichend zu diskutieren und machen einen Sonder-DPT (7. DPT) erforderlich. Dieser findet am 13. Januar 2006 in Dortmund statt und führt nach breiter Diskussion mit großer Mehrheit

zur Verabschiedung der Musterberufsordnung der BPtK.

Auf dem 8. DPT am 16. Mai 2006 können die Delegierten die letzte noch ausstehende Musterordnung verabschieden. Die von der Weiterbildungskommission mit großer Sorgfalt

und regelmäßiger Rückkopplung zu den Landeskammern erarbeitete Musterweiterbildungsordnung wird mit großer Mehrheit verabschiedet. Erste mögliche Zusatzqualifikation ist die „Klinische Neuropsychologie“. Gut zwei Jahre nachdem die BPtK ihre Arbeit aufgenommen hat, liegen den Landeskammern und ihren Mitgliedern damit drei Musterordnungen der BPtK zu den wichtigen Bereichen Fortbildung, Weiterbildung und Berufsordnung vor.

Der Ausschuss Satzung und Struktur legt einen umfassenden Vorschlagskatalog zur Satzungsänderung vor. Verabschiedet wird eine Reihe von Änderungen, die die Satzung der BPtK an vielen Stellen präzisiert und verschlankt. Die Diskussion um die vorgeschlagenen Neuregelungen im Bereich Länderrat, Ausschüsse und Kommissionen sowie Psychotherapeuten in Ausbildung werden vertagt.

Die Anpassungen der Psychotherapie-Richtlinien sind Schwerpunktthema der Vorstandsarbeit in der ersten Jahreshälfte. Ein breit angelegter Diskurs mit den Landeskammern und den Berufs und Fachverbänden, die Vorschläge eines eigens einberufenen Expertengremiums sowie ein Symposium liefern die Grundlage für die Stel-



*„Um als gesellschaftlicher Anwalt der psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit öffentlichkeits- und veränderungswirksam handeln zu können, bedarf es einer bundesweiten Vernetzung der Profession in der Forschung, in der Praxis und in den Organisationen der Psychotherapeuten.“*

Detlev Kommer, Präsident der BPtK im September 2004



Prof. Dr. Rainer Richter

Hans Bauer

Monika Konitzer

Hermann Schürmann

Peter Lehndorfer

lungnahme des Vorstandes an den G-BA. Weitere Themen sind das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, die Sicherung des Masterabschlusses als Zugangsqualifikation zur Psychotherapieausbildung, die Beschlussempfehlung des G-BA zur Gesprächspsychotherapie sowie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.

Auch der am 18. November 2006 in Köln stattfindende 9. DPT beschäftigt sich intensiv mit der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und den Auswirkungen der kommenden Gesundheitsreform. Die vom Vorstand der BPTK vorgeschlagenen Resolutionen zu beiden Themen werden von den Delegierten mit großer Mehrheit verabschiedet.

Die bereits seit Längerem geführte Satzungsdiskussion kann weitgehend abgeschlossen werden. Dem Vorschlag der Satzungskommission, dem Länderrat das Recht auf bindende Beschlüsse gegenüber dem Bundesvorstand einzuräumen, folgten die Delegierten nicht. Die Kompetenzen von Vorstand und Länderrat bleiben unverändert. Die Delegierten bekräftigten ihre Auffassung, dass die Delegiertenversammlung die Grundlinien der Politik des Bundesvorstandes bestimmen.

Auf große Resonanz bei den Delegierten stoßen Vorschläge für eine ständige Vertretungsregel der Psychotherapeuten in Ausbildung auf Bundesebene. Der Ausschuss Satzung und Struktur wird gebeten, einen Regelungsvorschlag zu erarbeiten.

2003	2004	2005	2006	2007
------	------	------	------	------

Auch im Jahr 2007 ist die Gesprächspsychotherapie wichtiges Thema der Vorstandsarbeit. Außerdem gewinnt die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gerade auch für die Psychotherapie an Bedeutung. Neue Vertragsformen eröffnen neue Möglichkeiten in der Gestaltung der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Der am 1. April 2006 in Kraft getretene Staatsvertrag schafft die Voraussetzungen für die Gründung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK). Die Kammer mit Sitz in Leipzig beschließt am 1. April 2007 auf

ihrer konstituierenden Sitzung den Beitritt zur Bundespsychotherapeutenkammer. Damit vertritt die BPtK nun alle Landespsychotherapeutenkammern und ihre Mitglieder, die approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auf Bundesebene.

Die Zusammenarbeit zwischen Landeskammern und Bundeskammer hat sich in den vergangenen Jahren bewährt. Diese Kooperation - mit dem Länderrat als vermittelndem, beratendem und koordinierendem Element - wird in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Angesichts der Fülle von Aufgaben, die der Psychotherapeutenchaft in 2007 und darüber hinaus bevorstehen, ist eine geeinte Interessenvertretung auf Landes- und Bundesebene wichtiger denn je.

Beitrittsdatum	Kammer
17.05.03	Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
	Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
	Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
	Psychotherapeutenkammer Bremen
	Psychotherapeutenkammer Hamburg
	Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
	Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
	Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
	Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
01.11.03	Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
01.10.04	Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
01.04.07	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer



## Wo arbeiten Psychotherapeuten?

In Deutschland arbeiten rund 30.000 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Nahezu 80 Prozent von ihnen sind Psychologische Psychotherapeuten, fast ein Fünftel Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Circa drei Prozent haben eine Approbation als PP *und* KJP.

### Psychotherapeutische Praxis

Eine knappe Mehrheit der Psychotherapeuten arbeitet in eigener Praxis: etwa 15.000 als Vertragspsychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung, die übrigen für privat Versicherte oder Selbstzahler. Von den Vertragspsychotherapeuten sind etwa 12.500 PP und 2.500 KJP.

### BPTK-Positionspapiere

**12/2005:** Zur Rechtsstellung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen

**01/2006:** Tarifliche Eingruppierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im TVöD

**05/2006:** Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung

### Krankenhäuser und Rehabilitation

Ein Drittel der Psychotherapeuten in Institutionen arbeitet in Kliniken. Darunter fallen psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen (Allgemeine Psychiatrie, Suchtkliniken, Gerontopsychiatrie), Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosomatische Kliniken im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich, somatische Rehabilitationskliniken und (somatische) Akutkrankenhäuser. (Genauere Zahlen über den Anteil der Beschäftigten in den Institutionen liegen nicht vor. Die Angaben beruhen auf Mitgliederbefragungen einzelner Landeskammern.)

### Psychosoziale Beratungsstellen

Ein weiteres Drittel der PP und KJP ist in Beratungsstellen tätig: in Erziehungsberatung, Suchtberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, schulpsychologischer Beratung, Krisentelefondiensten, Drogenberatung, Sexual- und Schwangerschaftsberatung.

### Weitere Einrichtungen

Die übrigen Psychotherapeuten in Institutionen arbeiten in Einrichtungen wie den Frühförderstellen/sozial-

pädiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, Diensten der komplementären psychiatrischen Versorgung, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten, Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen der forensischen Psychiatrie, klinisch-psychologischen Instituten und psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen.

### BPTK-Stellungnahmen

**09/2004:** Gesetzentwurf für ein zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz) (BT-Drs. 15/3672)

**11/2004:** Neuordnung der Gesetzgebungskompetenz im Bereich Kinder- und Jugendhilfe durch die Kommission zur Modernisierung der Bundesstaatlichen Ordnung (Föderalismusreform)

**02/2005:** Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention - Präventionsgesetz (BT-Drs. 15/4833)

**03/2005:** Entwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) (BT-Drs. 15/3676)/Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch (BT-Drs. 15/4158)/Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG) (BT-Drs. 15/4532)

**10/2005:** Expertenbefragung zur Revision der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL-Revision 2006)

**06/2006:** EU-Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (KOM (2005) 484)

**08/2006:** „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen“ (Anhörung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)

**09/2006:** Gesetzentwürfe von Bundesregierung (BT-Drs. 16/1110) und Bundesrat (BT-Drs. 16/1344) zur Reform des Maßregelrechts: Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt

**10/2006:** Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

**11/2006:** Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993)

**11/2006:** Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“ (BT-Drs. 16/3100)



Deutscher Bundestag, 2007

## Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in den zurückliegenden 100 Jahren in Deutschland gravierend verändert. Klassische Infektionskrankheiten spielen heute keine große Rolle mehr. Psychische und psychosomatische Erkrankungen gewinnen dagegen an Bedeutung. Jedes zwanzigste Kind und jeder zwanzigste Jugendliche in Deutschland hat heute eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit. Etwa jedes fünfte Kind klagt über psychosomatische Beschwerden. Insgesamt sind etwa 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig.

Die hohe Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter führt langfristig zu hohen sozialen Folgekosten. Dazu gehören Krankheitskosten, schulische Misserfolge, fehlende Berufschancen und Arbeitslosigkeit, Heimaufenthalte und Inhaftierung.

### Behandlung und Beratung

Viele psychisch kranke Kinder und Jugendliche können ambulant behandelt werden. Bei schweren Beeinträchtigungen benötigen manche zumindest zeitweise eine stationäre oder teilstationäre Behandlung.

### Massive Unterversorgung

Etwa 20 Prozent der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist heute 18 Jahre oder jünger. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist mit etwa 20 Prozent ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Dennoch erreicht der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern nur einen Anteil von 12,2 Prozent. Eine Studie im

Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahre 2000 zeigt, dass nur rund 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die eine Psychotherapie suchten bzw. für die eine Psychotherapie gesucht wurde, ein Therapieangebot fanden. Ergebnis der BELLA-Studie aus dem Jahr 2006 ist, dass nicht einmal die Hälfte der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen psychotherapeutisch oder psychiatrisch versorgt wird.

Die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch Verringerung der massiven psychotherapeutischen Unterversorgung gehörte daher zu den Kernthemen der BPTK in den vergangenen vier Jahren. Gestützt auf die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, ergänzt durch Ergebnisse von Studien der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen, die die regionale Versorgungssituation detaillierter analysierten, wurden in Gesprächen mit dem zuständigen Bundesministerium, den Bundestagsfraktionen, in Pressemitteilungen, Stellungnahmen, Workshops und Resolutionen die Versorgungsdefizite thematisiert und Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen.

### Mindestversorgungsquote

Ein zentraler Hebel zur Verbesserung der Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher liegt nach Einschätzung der BPTK in der Bedarfsplanung. In ihr wird der Zugang zum GKV-finanzierten Gesundheitsmarkt geregelt, indem für die Niederlassung Höchstgrenzen festgelegt werden. Die BPTK setzte sich dafür ein, eine Anpassung der Bedarfsplanung im Kontext des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes

(VÄndG) zur realisieren, um die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu verbessern.

In ihrer Stellungnahme zum VÄndG wies die BPTK darauf hin, dass für die gravierende Unterversorgung auch der geringe Anteil der speziell für die Behandlung von Kindern qualifizierten Leistungserbringer mitverantwortlich ist. Die BPTK schlug deshalb vor, in der Bedarfsplanung mindestens 20 Prozent der Praxissitze Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder überwiegend und ausschließlich Kinder behandelnden Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten vorzubehalten. Eine Mindestquote von 20 Prozent würde bundesweit bis zu 800 zusätzliche Niederlassungen für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie ermöglichen. Dieser Vorschlag fand keine Berücksichtigung im VÄndG, das am 1. Januar 2007 in Kraft trat.

### *Kinder- und Jugendhilfe*

Die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist in der Regel eine komplexe Leistung, die eine qualifizierte Kooperation verschiedener Institutionen, Leistungserbringer und Kostenträger erfordert. In der Jugendhilfe bieten Erziehungsberatungsstellen Beratung und Therapie an, z. B. bei Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen und psychosomatischen Beschwerden.

Mit der Kinder- und Jugendhilfe haben sich Bundestag und Bundesrat in der vergangenen Legislaturperiode in mehreren Gesetzesvorhaben befasst. Die Initiative des Bundesrates, das Gesetz zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG), sah empfindliche Einsparungen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe vor, beispielsweise durch die Schaffung einer „Eintrittsgebühr in die Jugendhilfe“. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) der Bundesregierung strebte an, durch vorsichtige Justierungen eine qualitätsorientierte Begradigung der Leistungen zu erreichen.

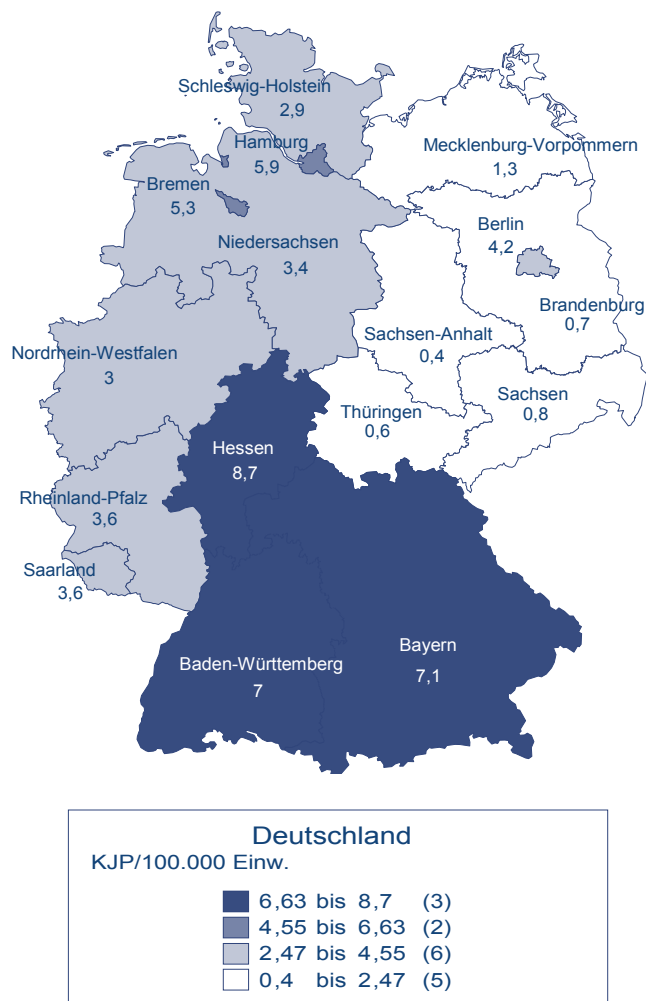
Die BPTK kritisierte in ihrer Stellungnahme das KEG scharf. Moderne Erziehungsberatung helfe Eltern und Kindern, ihr Leben besser zu meistern, um Drogensucht, Kriminalität und psychischen Erkrankungen zu begegnen. Gerade bei den besonders hilfsbedürftigen Familien zu sparen, sei gesamtgesellschaftlich verantwortungslos. Im KICK erkannte die BPTK dagegen positive Regelungen, insbesondere aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Denn das KICK präziserte, von welchen Berufsgruppen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe Stellungnahmen zur Beurteilung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einholen können. Es bestimmte, dass diese Stellungnahmen zukünftig nicht nur von entsprechenden Fachärzten, sondern auch von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychologischen Psychotherapeuten, die über besondere Erfahrun-

gen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügen, erstellt werden können.

Das KEG scheiterte im Bundestag und viele gingen deshalb davon aus, dass der Bundesrat deshalb das KICK der Bundesregierung nicht passieren werde. Wider Erwarten stimmte der Bundesrat dem Gesetz aber am 8. Juli 2005 zu. Grundsätzlich plädierte die BPTK im Zuge der Diskussionen um eine Neuordnung der Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Föderalismusreform bereits 2004 für den Erhalt der Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Sozialgesetzbuch VIII. Bundesweit verlässliche Mindeststandards sind in Zeiten eines wachsenden Hilfebedarfs im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe unerlässlich.

Unter Mitwirkung des BPTK-Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ wird zurzeit eine Pilotstudie durchgeführt, die den gesundheitsökonomischen Nutzen von Erziehungsberatungsstellen untersucht. Damit soll eine Argumentationsgrundlage auch für zukünftige Reformen der Kinder- und Jugendhilfe geschaffen werden.

**Abbildung: Versorgungsdichte KJP**



Bundesarztregister zum Stichtag des 31.12.2003 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2004)

## BPTK-Stellungnahmen

**11/2004:** Neuordnung der Gesetzgebungskompetenz im Bereich Kinder- und Jugendhilfe durch die Kommission zur Modernisierung der Bundesstaatlichen Ordnung (Föderalismusreform)

**02/2005:** Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention - Präventionsgesetz (BT-Drs. 15/4833)

**03/2005:** Entwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) (BT-Drs. 15/3676)/Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch (BT-Drs. 15/4158)/Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG) (BT-Drs. 15/4532)

**07/2005:** Fragenkatalog „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

**05/2006:** Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

**06/2006:** EU-Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (KOM (2005) 484)

**09/2006:** Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG) (BT-Drs. 16/2474)

## Prävention

Das Ziel von Prävention ist, körperliche und seelische Erkrankungen zu vermeiden oder eine sich anbahnende Krankheitsentwicklung so frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren, dass eine Erkrankung und Langzeitschäden vermieden werden können.

### Präventionsgesetz

Mit einem Präventionsgesetz wollte die vorige rot-grüne Bundesregierung die Gesundheitsprävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausbauen, die Kooperation und Koordination der Prävention regeln sowie die Qualität der Präventionsmaßnahmen verbessern. In ihrer Stellungnahme bemängelte die BPTK im Frühjahr 2005, dass für die Förderung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit der Gesetzesinitiative der Bundesregierung keine positiveren Impulse gesetzt werden. Sie kritisierte außerdem, dass ein Gesetz, das auf psychotherapeutischen Sachverstand verzichtet und stattdessen ausschließlich auf ärztlichen Sachverstand setzt, der Komplexität der Entstehung von Gesundheitsrisiken nicht gerecht wird.

Wie dieser psychotherapeutische Sachverstand erfolgreich bei Kindern und Jugendlichen zur Prävention psychischer Erkrankungen genutzt werden kann, wurde u. a. auf einem BPTK-Workshop zur Prävention 2004 und auf ei-

nem von der BPTK mitorganisierten Workshop auf dem Kongress des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung 2005 deutlich. Das Gesetz wurde später im Bundesrat abgelehnt. Die neue rot-schwarze Bundesregierung hat einen neuen Gesetzentwurf angekündigt.

### Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9, § 26 SGB V) haben zum Ziel, körperliche, psychische oder geistige Fehlentwicklungen so rechtzeitig zu erkennen, dass ihnen vorgebeugt oder sie ggf. frühzeitig therapiert werden können. Allerdings wird der psychosoziale, emotionale und kognitive Entwicklungsstand eines Kindes bislang noch nicht systematisch, zuverlässig und valide erfasst. Spezifität und Sensitivität von Früherkennungsuntersuchungen können erhöht werden, wenn der Untersuchungsgegenstand erweitert und systematisch evaluiert wird.

Die bisherigen U-Untersuchungen weisen einen geringen Operationalisierungs- und Standardisierungsgrad auf, sodass es in der vertragsärztlichen Praxis eine hohe Varianz in den Untersuchungen und ihren Ergebnissen gibt, was die Aussagen der Screenings in Frage stellt. Eine Überarbeitung der Kinderrichtlinien sollte daher mit begleitenden Evaluationen verbunden werden, um verlässliche Daten über die Wirksamkeit verschiedener Screeningverfahren und ihrer Optimierungspotenziale zu erhalten. Dies hat die BPTK 2005 in einer umfangreichen Stellungnahme zur „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen“ gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) deutlich gemacht.

Im vergangenen Jahr bekamen die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen erneut höchste politische Priorität. Eine Initiative des Bundesrates (BR-Drs. 56/06) forderte, die Akzeptanz und Effektivität von Früherkennungsuntersuchungen zu steigern, um dadurch insbesondere auch Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zu verhindern. Eine Entschliebung des Bundesrates (BR-Drs. 823/06) verlangte dazu eine verpflichtende Teilnahme an den U-Untersuchungen.

### Soziale Frühwarnsysteme

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) startete 2006 die Initiative "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme". Kern der Überlegungen sind so genannte „soziale Frühwarnsysteme“, mit denen besonders gefährdete Familien frühzeitig erkannt und stabilisiert werden sollen. Laufende regionale Modelle, aber auch neue Ansätze sollen daraufhin evaluiert werden, ob sie geeignet sind, Vernachlässigung und Misshandlung frühzeitig zu erfassen und zu verhindern. Bereits während der Schwangerschaft sowie vor und nach der Geburt sollen durch eine bessere Vernet-

zung von Gesundheitssystem und Jugendhilfe familiäre Risiken identifiziert und rechtzeitig Hilfen eingeleitet werden. Aktivitäten in den Ländern sollen vom Bund koordiniert, begleitet und ausgewertet werden.

#### *Die BPtK-Position*

Die BPtK nahm in ihrem Positionspapier „Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung“ zu den Initiativen von Bundesrat und BMFSFJ ausführlich Stellung. Erfolgreiche Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung setzen hohe professionelle Qualifikation der Akteure, ausreichende Ressourcen und eine funktionierende Vernetzung von GKV-System, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Jugendhilfe voraus. Soziale Frühwarnsysteme können dann einen wichtigen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen leisten.

Eine verpflichtende Teilnahme an U-Untersuchungen könnte dagegen kontraproduktiv wirken, ein Zwangscharakter das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Kinderarzt und Eltern gefährden. Eltern, die ihre Kinder misshandeln, bleiben außerdem ausreichend Spielräume, die U-Untersuchungen so zu terminieren, dass ihre Kinder nicht auffallen. Verpflichtende U-Untersuchungen wären zudem sehr verwaltungsaufwändig und kostenintensiv, wenn sie tatsächlich alle Eltern erfassen sollen.

Bis zur U6 (Ende des ersten Lebensjahres) beteiligen sich in Deutschland weit über 90 Prozent der Eltern am Vorsorgeangebot. Danach beträgt die Quote immer noch 80 bis 90 Prozent. Ein Vergleich mit anderen EU-Staaten schärft den Blick dafür, inwieweit eine weitere Steigerung dieser Zahlen noch möglich ist. Österreich macht beispielsweise die Höhe seines „Kinderbetreuungsgeldes“ von dem Nachweis abhängig, dass ärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen werden. Trotzdem liegen die Teilnehmeraten in Österreich unter den deutschen Werten: In Österreich beteiligen sich im ersten und zweiten Lebensjahr 85 Prozent, im dritten Lebensjahr rund 80 Prozent, im vierten Lebensjahr etwa 65 Prozent und im fünften Lebensjahr noch 35 Prozent.

Dänemark kennt ein freiwilliges Programm, das dem deutschen System ähnelt: Die Raten liegen im ersten Lebensjahr des Kindes bei 93 bis 95 Prozent und sinken dann bis auf 65 Prozent. In Finnland nehmen freiwillig zwischen 96 und 97 Prozent teil. In Belgien übernimmt teilweise der schulärztliche Dienst verpflichtende Untersuchungen ab dem Alter von 2,5 Jahren und erreicht damit bis zum Alter von 18 Jahren Quoten von 95 Prozent. In den Niederlanden sind „Beratungsbüros“ der Gemeinden damit beauftragt, Eltern in den ersten vier Jahren regelmäßig zu Gesundheitschecks einzuladen. Rund 96 Prozent der Eltern beteiligen sich dort im ersten Jahr an den Untersuchungen, bei den nachfolgenden sind es noch etwa 85 Prozent.

#### **BPtK-Positionspapiere**

**01/2006:** Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

**05/2006:** Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung

**05/2006:** Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Bestandsaufnahme/Handlungsbedarf

**01/2007:** Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik (Kinderkommission des Deutschen Bundestages)

Kontrolle und Zwang sind kaum geeignet, um Eltern stärker zu motivieren, häufiger Gesundheitschecks für ihre Kinder zu nutzen. Eine sinnvolle Ergänzung zu den U-Untersuchungen ist vielmehr der Ausbau bevölkerungsbezogener Untersuchungen durch den ÖGD. Bereits etablierte Maßnahmen, wie Schuleingangsuntersuchungen bzw. Kindergartenuntersuchungen, könnten systematischer ausgebaut werden. Eine stärkere Kooperation zwischen Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst und Psychotherapeuten könnte dafür sorgen, dass in diesen Screenings auch psychosoziale, emotionale und kognitive Entwicklungsrisiken entdeckt und im Bedarfsfall differenzialdiagnostisch abgeklärt werden. Die BPtK stimmt zurzeit Eckpunkte für eine Kooperation mit dem Bundesverband der Ärzte des ÖGD ab.

Liegen eindeutige Belege für Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung vor, ist die Jugendhilfe gefordert. Eine Beurteilung der elterlichen Erziehungskompetenz und Fürsorge fällt nicht in den Aufgabenbereich des Gesundheitssystems. Daher sollte das etablierte System der Jugendhilfe mit seinen spezifischen multiprofessionellen Kompetenzen genutzt und weiter ausgebaut werden. Tatsächlich wird jedoch in vielen Kommunen und Ländern ausgerechnet bei der Jugendhilfe gespart. In ihren Stellungnahmen zu den Gesetzesinitiativen KICK und KEG hat die BPtK davor gewarnt, bestehende Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote weiter zu beschneiden.

Ein Fazit zog Prof. Dr. Rainer Richter im Februar 2007 auf dem BPtK-Symposium „Prävention psychischer Erkrankungen: Best Practice in Europa“. Die Prävention psychischer Erkrankungen brauche insbesondere eine verbesserte Früherkennung und mehr Frühförderung von Risikogruppen. Dazu sei erforderlich, dass auch Psychotherapeuten selbst stärker initiativ würden in Familien, Krippen, Schulen, Betrieben und dass sie dabei insbesondere zu den sozial Benachteiligten gehen. Prävention psychischer Krankheiten sei allerdings nicht die alleinige Aufgabe der Psychotherapeuten. Viele Professionen müssen dabei zusammenarbeiten.

## Steigender Bedarf an qualifiziertem Nachwuchs

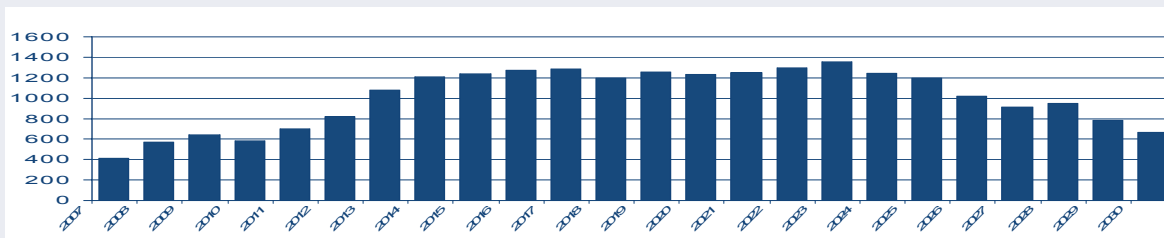
In den kommenden 20 Jahren geht mehr als die Hälfte der heute aktiven Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in den Ruhestand. Dies zeigt eine Auswertung der Mitgliederdaten der Psychotherapeutenkammern aus dem Dezember 2005.

Die Kammermitglieder waren zum Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt 51 Jahre alt, wobei die Hälfte der Mitglieder zwischen 1949 und 1960 geboren wurde und damit in einem Zeitraum von nur elf Jahren. Mittelfristig wird es dadurch zu einem stark steigenden Nachwuchsbedarf kommen, wenn das Ausscheiden von aktiven älteren Mitgliedern vollständig kompensiert werden soll. Die Gra-

Die Ausübung eines akademischen Heilberufes erfordert wissenschaftlich fundierte Methodenkompetenz, um während und nach der Ausbildung eine kontinuierliche Rezeption des wissenschaftlichen Fortschritts zu ermöglichen. Diese Kompetenzen werden nur in einem Masterstudiengang vermittelt.

Nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ist ein Masterabschluss jedoch nur für Absolventen eines Psychologiestudiums vorgesehen. In der Ausbildung der KJP mit ihren qualifizierenden pädagogischen Studiengängen, in denen das Psychotherapeutengesetz bisher auch ein Fachhochschuldiplom zulässt, reiche zukünftig ein Bachelorabschluss aus.

Neuapprobationen von PP und KJP: Bedarf 2007-2030<sup>1)</sup>



<sup>1)</sup> Der gezeigte Bedarf entspricht der Anzahl von PP und KJP, die in dem jeweiligen Jahr 65 Jahre alt werden (ohne Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch in Gründung befand). Die Altersgrenze von 65 Jahren ist grob vereinfachend. Der aktuelle Altersdurchschnitt beim Renteneinstieg der angestellten und beamteten Mitglieder ist niedriger, die Altersgrenze bei Kassenzulassungen mit 68 Jahren höher. Da sich die daraus ergebenden Abweichungen allerdings in etwa gegenseitig aufheben - die Hälfte der Kammermitglieder ist abhängig beschäftigt, die andere Hälfte niedergelassen - scheint diese Altersgrenze für eine Schätzung des Nachwuchsbedarfs gerechtfertigt.

fik zeigt, dass dazu ab 2013 jährlich über 1.000 Neuapprobationen notwendig werden.

Im Jahr 2006 bestanden etwa 800 PP und KJP die Prüfung. Das Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungen (IMPP) sieht einen steigenden Trend, sodass in den nächsten Jahren mit über 1.000 gerechnet werden kann.

Neuapprobationen in diesem Umfang erfordern jedoch auch zukünftig ausreichend viele Absolventen in den qualifizierenden Studiengängen. Die BPTK hat sich deshalb mit Nachdruck dafür eingesetzt, dass es im Rahmen des so genannten Bologna-Prozesses und der damit verbundenen Umstellung von Diplomstudiengängen auf die zweistufigen Bachelor- und Masterabschlüsse nicht zu einer Verringerung der Studienplatzkapazitäten kommt. Eine Quotierung in den entsprechenden Masterstudiengängen lehnte sie ab.

Die BPTK und die Landespsychotherapeutenkammern haben gemeinsam einen Vorschlag zur Änderung des Psychotherapeutengesetzes vorgelegt, mit dem das bisherige hohe Qualitätsniveau erhalten werden soll. Danach soll für die Ausbildung zum PP und KJP nur ein Masterabschluss in den entsprechenden Studiengängen qualifizierend sein.

Hintergrund dieser Interpretation sind Vorgaben der Kultusministerkonferenz zur Vergleichbarkeit neuer und alter Studienabschlüsse. Ein Bachelorabschluss ist danach einem Fachhochschuldiplom gleichwertig. Ein Masterabschluss wäre eine erhöhte Anforderung an die KJP-Ausbildung und damit eine unzulässige Einschränkung des Berufszugangs. Die wissenschaftliche Basisqualifikation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wäre damit jedoch zukünftig gravierend niedriger als die von PP. Das BMG hat angekündigt, diese und andere Fragen der Qualitätssicherung der Ausbildung in einem Forschungsgutachten zu untersuchen. Über mögliche Fragestellungen und Inhalte dieses Gutachtens finden Gespräche zwischen dem BMG und der BPTK statt.

Eine weitere wirksame Maßnahme zur Sicherung der Ausbildungsqualität des psychotherapeutischen Nachwuchses liegt nach Einschätzung des Akkreditierungsrates in der Mitwirkung von Berufsvertretern an der Akkreditierung von Studiengängen, an die sich eine postgraduale Ausbildung anschließen kann. Eine Arbeitsgruppe unter Federführung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat hierzu 2006 ihre Arbeit aufgenommen.

## Europäische Gesundheitspolitik

Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik gewinnt für Psychotherapeuten immer stärker an Bedeutung. Ein Beispiel ist die europaweite Einführung der zweistufigen Bachelor- und Masterabschlüsse (Bologna-Prozess). Weitere Europathemen, die die BPTK in den vergangenen vier Jahren beschäftigt haben, waren die EU-Richtlinien zur Anerkennung von Berufsqualifikationen und zur grenzüberschreitenden Erbringungen von Dienstleistungen sowie das EU-Grünbuch zur psychischen Gesundheit.

Am 7. September 2005 trat die EU-Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen in Kraft. Sie gilt für alle Beschäftigten und Selbstständigen, die einen reglementierten Beruf in einem anderen EU-Mitgliedsstaat ausüben wollen. Berufliche Qualifikationen werden danach von den Mitgliedsstaaten grundsätzlich gegenseitig anerkannt. Bei deutlichem Unterschreiten der geforderten Qualifikation kann jedoch ein Ausgleichslehrgang oder eine Eignungsprüfung verlangt werden. Für die Ausübung des Berufes in einem anderen Mitgliedsland gilt das so genannte Bestimmungslandprinzip, nach dem das Berufs- und Aufsichtsrecht des Landes angewendet wird, in dem der Beruf ausgeübt wird.

Die Berufsanerkenntnisrichtlinie ist bis zum 20. Oktober 2007 in nationales Recht umzusetzen. Anfang Dezember 2006 legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dazu einen Referentenentwurf vor. Regelungsbedarf gibt es bei Psychotherapeuten insbesondere für solche Dienstleister, die nur vorübergehend und gelegentlich in Deutschland arbeiten. Das BMG hat sich hier für eine Pro-forma-Mitgliedschaft in einer deutschen Psychotherapeutenkammer ausgesprochen. Die BPTK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass eine solche Pro-forma-Mitgliedschaft jedoch nur in den Heilberufsgesetzen der einzelnen Bundesländer festgeschrieben und nicht in einem Bundesgesetz geregelt werden kann. Außerdem ergäben sich aus einer solchen Regelung finanzielle Lasten für die Psychotherapeutenkammern, da sie für diese EU-Bürger u. a. disziplinarrechtliche Aufgaben wahrnehmen müssten, ohne dafür Mitgliedsbeiträge erheben zu dürfen.

Die EU-Dienstleistungsrichtlinie, die am 15.11.2006 verabschiedet wurde, beschäftigte die BPTK ebenfalls in ihrer ersten Legislatur. In ersten Entwürfen war eine größtmögliche Liberalisierung des Marktes auch für

Dienstleistungen im Gesundheitswesen vorgesehen. Dienstleistungen sollten in der EU unter den Bedingungen des Herkunftslandes erbracht werden können. Die verabschiedete Richtlinie klammert nun vorerst den Gesundheitssektor aus. Dieser unterliegt bis auf Weiteres dem Bestimmungslandprinzip. Wer in Deutschland psychotherapeutisch tätig sein will, muss deshalb weiterhin die deutschen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Eine systematische Aushöhlung der hohen deutschen Ausbildungs- und Qualitätsstandards von Psychotherapeuten konnte damit verhindert werden. Die EU-Kommission

hat Ende 2006 weitere Konsultationen zu „Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ begonnen.

Psychische Erkrankungen stellen eine Herausforderung für die Gesundheits- und Sozialpolitik in ganz Europa dar, das betonte die EU-Kommission mit dem am 14. Oktober 2005 vorgelegten Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“.

Das Grünbuch betont die gravierenden sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Störungen. Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und Invalidität. Bei Kindern sind sie zudem oft mit geringeren Bildungschancen verbunden.

In einer gemeinsamen Stellungnahme begrüßten BPTK und Bundesärztekammer die EU-Initiative ausdrücklich, wiesen aber auch darauf hin, dass eine umfassende EU-Strategie nicht auf die Mitwirkung der Professionen verzichten kann, die für die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen verantwortlich sind. Eine Beschränkung auf Public-Health-Maßnahmen, wie im Grünbuch vorgeschlagen, greife zu kurz. Für eine erfolgreiche Gesamtstrategie wesentlich seien ebenso Maßnahmen zur frühen Erkennung und wirksamen Behandlung von Störungen sowie zur psychosozialen und beruflichen Rehabilitation bei chronischen Krankheitsverläufen. Notwendig sei daher ein stärkerer Einbezug der Heilberufe. Dies war auch ein Ergebnis des BPTK-Symposiums „Prävention psychischer Erkrankungen: Best Practice in Europa“ im Februar 2007. Die EU-Kommission will bis zum Sommer 2007 eine Strategie zum Thema psychische Gesundheit entwickeln.





Paul-Löbe-Haus, 2007

## Volkskrankheit Depression

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit. In Deutschland erkranken innerhalb eines Jahres circa elf Prozent der Erwachsenen an einer depressiven Störung.

Depressionen treten in allen Lebensphasen auf. Im Kindes- und Jugendalter leidet circa jedes zwanzigste Kind an einer depressiven Störung. Bis in die Pubertät hinein ist das Risiko, an einer Depression zu erkranken, für beide Geschlechter etwa gleich hoch. Für Mädchen steigt das Erkrankungsrisiko in der Spätadoleszenz. Im Erwachsenenalter erkranken Frauen (14 Prozent) jährlich fast doppelt so häufig wie Männer (acht Prozent) an einer Depression.

Im Verlauf des Lebens leiden gut 17 Prozent aller Deutschen mindestens einmal an einer depressiven Störung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass Depressionen im Jahr 2020 in den westlichen Industrienationen neben Herz-Gefäß-Erkrankungen die häufigste Volkskrankheit sein werden.

Depressionen sind komplexe Krankheiten. Was im allgemeinen Sprachgebrauch als „niedergeschlagene, traurige Stimmung“ beschrieben wird, ist in der Praxis ein sehr vielschichtiges Krankheitsbild. Depressionen treten in sehr unterschiedlichen Formen auf und variieren in ihren Ausprägungen und Verläufen. Das Spektrum reicht von kurzfristigen Verstimmungen über länger andauernde Reaktionen nach belas-

tenden Ereignissen und Krisen bis hin zu chronischen psychischen Erkrankungen.

Leitsymptome einer depressiven Erkrankung sind: gedrückte Grundstimmung, Freudlosigkeit und Interessenverlust sowie eine Antriebshemmung. Weitere Symptome sind: Selbstwertverlust, Schuldgefühle, Suizidgedanken, Störung der Konzentration und des Denkens, Grübeln, Appetitstörungen mit Gewichtsverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Hemmung (z. B. verlangsamte Bewegungen) oder Agitiertheit (nervöse Unruhe).

Depressionen schränken das Leben in Beruf und Familie dramatisch ein. Die Patienten leiden und sind häufig nur eingeschränkt oder völlig arbeitsunfähig sowie in ihren gesellschaftlichen Aktivitäten gelähmt. Entsprechend sind depressive Erkrankungen mit erheblichen Kosten für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft insgesamt verbunden.

Depressionen treten in der Regel in Phasen auf (episodischer Verlauf). Die akute Phase einer unbehandelten Depression („Major Depression“) dauert durchschnittlich drei bis vier Monate. In den meisten Fällen wird der Patient wieder vollständig gesund, bei zwanzig bis dreißig Prozent bleiben depressive Symptome bestehen - teilweise über Monate und sogar Jahre. Das Risiko, im weiteren Verlauf des Lebens erneut zu erkranken, ist bei Depressionen gene-



rell hoch. Bei einem Teil der Patienten entwickelt sich eine chronische Erkrankung, bei der die Symptome nicht vollständig abklingen und der Patient seine frühere Leistungsfähigkeit nicht wieder erreicht.

Depressive Erkrankungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf. Sie sind ein wichtiger Risikofaktor, der bei chronischen körperlichen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus oder koronarer Herzkrankheit, Morbidität und Mortalität erheblich erhöhen kann. Dabei werden depressive Erkrankungen häufig erst spät erkannt und insbesondere bei chronischen somatischen Erkrankungen häufig nicht diagnostiziert. Selbst bei einer korrekt diagnostizierten Depression erhält nur ein Teil der Patienten eine adäquate Behandlung.

Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys belegen, dass nur circa die Hälfte der Kinder, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert und ein Behandlungsbedarf festgestellt wurde, auch tatsächlich eine Behandlung erhalten. Im Vergleich zu Erwachsenen ist für Kinder und Jugendliche die Wahrscheinlichkeit, dass eine depressive Erkrankung erkannt und eine Behandlung innerhalb des ersten Jahres eingeleitet wird, noch einmal um ein Fünffach geringere.

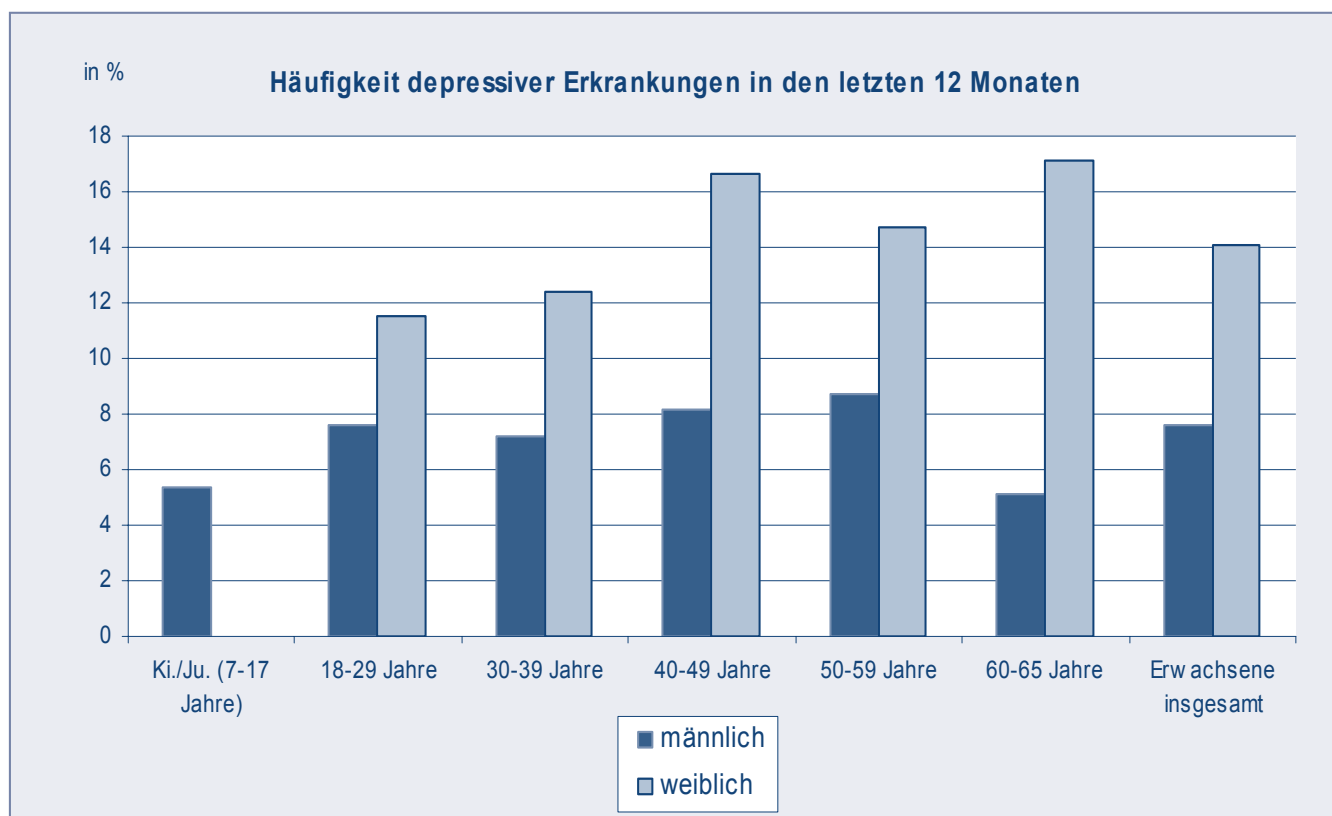
Nur jeder zehnte Erwachsene mit einer depressiven Störung gibt sich innerhalb eines Jahres in eine

ambulante psychotherapeutische Behandlung. Nur gut die Hälfte aller Erwachsenen, die an einer depressiven Störung erkranken, beansprucht deshalb wenigstens einmal im gesamten Leben professionelle Hilfe.

### Nationales Gesundheitsziel: „Depressive Erkrankungen“

Aufgrund der Versorgungsrelevanz depressiver Erkrankungen und ihrer Versorgungsdefizite hat gesundheitsziele.de die Prävention und Behandlung depressiver Störungen zu einem vordringlichen Gesundheitsziel in Deutschland erklärt. Seit Dezember 2000 arbeiten mehr als 70 Organisationen an der Entwicklung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele. Gesundheitsziele.de ist ein Kooperationsprojekt der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Unter Mitwirkung der BPTK wurden im April 2006 depressive Erkrankungen als sechstes nationales Gesundheitsziel veröffentlicht. Die Akteure aus Politik, Selbstverwaltung, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Fachverbänden haben auf der Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse im Konsens konkrete Schritte zur Umsetzung entwickelt. Ein zentrales Anliegen ist die Stärkung der Pa-



tienten und Angehörigen. Erste konkrete Vorschläge, z. B. zur indizierten Prävention depressiver Störungen bei Risikogruppen, sollen den Akteuren Impulse für die Umsetzung des Gesundheitsziels Depression in ihren jeweiligen Handlungsfeldern geben.

### Nationale Versorgungsleitlinie Depression

Parallel zur Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels Depression begann im Sommer 2005 die Arbeit an einer Nationalen Versorgungsleitlinie Depression, getragen von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. Die Koordination liegt beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Den Nationalen Versorgungsleitlinien kommt insbesondere bei der Entwicklung evidenzbasierter, medizinischer Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische Versorgung von Patienten eine zentrale Bedeutung zu. Die Entwicklung der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression wurde dabei mit der Entwicklung der S-3-Leitlinie des Leitlinienprogramms der AWMF zusammengeführt. Die BPTK wirkt zusammen mit psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowohl in der Konsensgruppe als auch dem Steuergremium an der Leitlinienentwicklung mit. Die Fertigstellung der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression ist für den Spätsommer 2007 geplant. Dabei werden neben den medizinischen Handlungsempfehlungen auch Patientenleitlinien erarbeitet.

#### Depressionen – „Stepped Care“ in der integrierten Versorgung

Integrierte Versorgung bietet die Möglichkeit, die Behandlung für depressiv Erkrankte deutlich zu verbessern. In § 140b Abs. 3 SGB V sieht der Gesetzgeber ausdrücklich vor, dass integrierte Versorgungsverträge auch für solche Leistungen abgeschlossen werden können, die noch nicht zur GKV-Regelversorgung gehören. In der integrierten Versorgung könnten neue Behandlungskonzepte erprobt werden, die je nach Schweregrad der Depression spezielle Interventionen vorsehen und so die Versorgungseffizienz maßgeblich steigern. Die verbesserte Kooperation und Zuweisung in vernetzten Versorgungsstrukturen ermöglicht die erfolgreiche Nutzung effizienter Behandlungsangebote wie die Gruppenpsychotherapie. Für die Lösung der Versorgungsengpässe wäre dies ein erster wichtiger Schritt.

Für die integrierte Versorgung Depression bietet sich z. B. das Modell des „Stepped Care“ an (Bower & Gilbody, 2005), das vier Interventionsstufen vorsieht:

- angeleitete Selbsthilfe,
- Therapie in Gruppen mit begrenzter Stundenzahl (bis zu 15 Terminen),
- Einzelpsychotherapie (bis zu 25 Terminen),
- Langzeit- und Intervalltherapie.

Inwieweit die psychotherapeutischen Interventionen mit einer Pharmakotherapie kombiniert werden, hängt neben der Schwere der Erkrankung insbesondere von der Patientenpräferenz ab. Die erste Behandlungsstufe lässt sich in die hausärztliche Versorgung integrieren. Die Durchführung der intensiveren Stufen erfordert die spezifische Qualifikation von Psychologischen Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch weitergebildeten Ärzten. Grundsätzlich ist es wichtig, den vollständigen Rückgang der Krankheitssymptome (Remission) anzustreben, da sonst ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko besteht.

Die ersten beiden Behandlungsstufen bieten sich insbesondere für Patienten mit einer leichten depressiven Störung oder mit subklinischen Symptomen an. Diese Gruppe macht den Großteil der Patienten in der Primärversorgung aus. Bei Patienten mit mittleren und schweren depressiven Phasen, mit Rückfällen oder chronischen Verläufen der Erkrankung sind intensivere Interventionen bis hin zur stationären Behandlung indiziert.

Integrierte Versorgung könnte nachweisen, wie wichtig nach einer intensiven Therapiephase weitere ergänzende Interventionen sind, die den Behandlungserfolg stabilisieren und Rückfällen vorbeugen. Das Rezidivrisiko beträgt nach der dritten depressiven Phase bereits 90 Prozent. Sinnvoll wären weitere Sitzungen in größeren Abständen, kurze intensive Kompakttherapien („Booster Sessions“) oder bei chronischen Verläufen begrenzte Intervalltherapien, die in der Regel nicht mehr die Länge der anfänglichen Einzel- und Gruppentherapien haben müssen.

Weiterhin könnte ein fortgesetztes aktives Monitoring das Rückfallrisiko verringern. Durch eine regelmäßige Erhebung des Krankheitsverlaufs ist es möglich, frühzeitig eine Verschlechterung zu erkennen, angemessen therapeutisch zu reagieren und dadurch ggf. eine erneute stationäre Behandlung zu vermeiden.

Begleitend ist es erforderlich, die Einführung eines solchen integrierten Versorgungskonzepts im deutschen Gesundheitssystem und die Akzeptanz auf Seiten der Patienten zu evaluieren.

## Maßregelrecht und Führungsaufsicht

Zwei laufende Reformvorhaben im Strafrecht werden großen Einfluss auf die Behandlung psychisch kranker Straftäter haben: die Reform des Maßregelrechts und die Reform der Führungsaufsicht. Zu beiden Gesetzentwürfen gab die BPTK 2006 Stellungnahmen ab. Beide Gesetzgebungsverfahren sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

Bei psychisch kranken oder suchtkranken Straftätern kann die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt bzw. Entziehungsanstalt an die Stelle von Strafe treten bzw. können diese Maßregeln neben einer Strafe verhängt werden. Ziel ist im ersten Fall die Heilung oder Besserung, so dass keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit besteht. Die Zahl der Inhaftierten in diesem Maßregelvollzug ist in den zurückliegenden Jahren stark angestiegen. Die Ursachen liegen in einem Anstieg der Einweisungen und der Verweildauer sowie einem deutlichen Rückgang der Entlassungen. Die Unterbringungs- und Therapiebedingungen haben sich dadurch deutlich verschlechtert. Die Gesetzentwürfe von Bundesregierung und Bundesrat sehen einen effizienteren Einsatz des Maßregelvollzuges vor. Ziel beider Entwürfe ist es, den „Belegungsdruck“ zu verringern und ungerechtfertigt lange Aufenthalte zu vermeiden.

Die BPTK unterstützt in ihrer Stellungnahme zur Reform des Maßregelrechts diese Zielsetzung, wenn sie zu einer Verbesserung der Therapiebedingungen führt. Die Lösung könne allerdings nicht darin bestehen, einen Behandlungserfolg bei bestimmten „schwierigen Patienten“ a priori auszuschließen, wie es beide Gesetzentwürfe planen. Straftäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen würden dadurch im Strafvollzug untergebracht, der dafür jedoch nicht angemessen ausgestattet ist.

Anderen Änderungsvorschlägen kann die BPTK aus fachlicher Sicht zustimmen, wenn sichergestellt wird, dass bei Diagnosen, Prognosen und Entscheidungen der erforderliche fachliche Sachverstand im Rahmen von Begutachtungen eingeholt wird. Dazu sollten Psychologische Psychotherapeuten mit Erfahrungen im Maßregelvollzug zukünftig deutlich mehr beitragen, da Psychotherapie bei den meisten Patienten die Behandlung der Wahl ist. Die oftmals mangelnde Qualität von Prognosegutachten wurde auch in der Anhörung des Rechtsausschusses von den geladenen Sachverständigen kritisiert.

Im Anschluss an den Straf- oder Maßregelvollzug kann Führungsaufsicht angeordnet werden, um Verurteilte, die ihre Strafe voll verbüßt haben oder aus einer Klinik für psychisch oder suchtkranke Straftäter entlassen werden, zu überwachen und zu betreuen. Nach Schätzungen handelt es sich dabei um etwa 15.000 bis 20.000 Straftäter in Deutschland, deren gesellschaftliche Wiedereingliederung als gefährdet beurteilt wird. Die Bundesregierung verspricht sich von der Reform der Führungsaufsicht eine straffere und effizientere Kontrolle der Lebensführung von Straftätern und eine geringere Rückfallkriminalität. Dazu ist geplant, den Katalog strafbewehrter Weisungen, z. B. um die Anweisung für den Entlassenen, zu ergänzen, sich in bestimmten Abständen bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder in einer forensischen Ambulanz vorzustellen. Verstöße

dagegen sollen künftig mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren geahndet werden können.

In ihrer Stellungnahme kritisiert die BPTK insbesondere die beabsichtigte Lockerung der Schweigepflicht, u. a. für Psychotherapeuten. Psychotherapeuten sollen Informationen von Patienten, die ihnen

während der Behandlung bekannt geworden sind, weitergeben müssen, wenn dies für die Aufgabenerfüllung des Gerichts, der Führungsaufsicht oder des Bewährungshelfers erforderlich ist. Diese Formulierung ist nach Einschätzung der BPTK viel zu pauschal und öffnet Tür und Tor für Missbrauch und Willkür. Psychotherapie kann außerdem nur erfolgreich sein, wenn der Patient nicht befürchten muss, dass vertrauliche Gesprächsinhalte gegen ihn verwendet werden. Die Regierungskoalition machte bei der Anhörung im Rechtsausschuss allerdings deutlich, dass für sie das Sicherheitsinteresse der Bevölkerung vor den Patientenrechten und Heilungschancen des Straftäters Vorrang hat. Die Lockerung der Schweigepflicht sei der Preis für seine Freiheit, den der Straftäter zu zahlen habe.

Dagegen begrüßt die BPTK die vorgesehene Flexibilisierung der Nachsorge. Bei einer akuten Krankheitsverschlechterung soll ein Patient zukünftig vorübergehend in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden können. Außerdem unterstützt die BPTK den Ausbau von forensischen Ambulanzen, deren Erfolg jedoch entscheidend von der Verfügbarkeit entsprechend spezialisierter Fachkräfte abhängen wird.

*„Bevor ein für den Therapieprozess und -erfolg so wichtiges Gut wie die vertrauensbildende Schweigepflicht verwässert wird, sollten zunächst die Wirkungen der anderen vorgeschlagenen Maßnahmen evaluiert werden.“*

Aus der BPTK-Stellungnahme zur Reform der Führungsaufsicht



Blick auf den Deutschen Bundestag, Paul-Löbe-Haus, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, 2007

## Gesundheitspolitik: Schwimmen lernen im Haifischbecken

Das Gesundheitssystem reagiert zu langsam und unzureichend auf Veränderungen im Versorgungsbedarf der Bevölkerung. In dieser Diagnose sind sich die meisten Experten einig - wie auch im Ziel: mehr Patientenorientierung, integrierte Versorgung und mehr Effizienz. Auch an der notwendigen Therapie bestehen kaum Zweifel. Seit Jahren setzt die Gesundheitspolitik auf mehr Wettbewerb. Vom Gesundheitsstrukturgesetz 1992, über die Gesundheitsreform 2000, das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2003, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2006 bis hin zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 verstärkte der Gesetzgeber ständig die marktwirtschaftlichen Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Krankenkassen bekamen den reformerischen Willen des Gesetzgeber besonders mit dem GKV-WSG zu spüren: Einführung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, kassenartenübergreifende Fusionen, Entmachtung der alten Spitzenverbände. In den Details nicht ausformuliert ist, wie die Versichertenbeiträge durch den Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen verteilt werden. Die Einschätzung dessen, was richtig ist, variiert erheblich zwischen den Kassen. Wer viele kranke Menschen in seinen Reihen hat, will ein anderes Verfahren als Kassen, die vorrangig gesunde versichern. Für Psychotherapeuten stellen sich vor allem zwei Fragen:

- Werden psychische Krankheiten im RSA adäquat abgebildet?
- Ist der RSA versorgungsneutral oder setzt er An-

reize, z. B. für mehr Pharmakotherapie statt Psychotherapie?

Der wissenschaftliche Fortschritt hat das diagnostische und therapeutische Wissen erheblich erweitert. In der Konsequenz kam es zu neuen Berufsbildern oder zu Spezialisierungen in bereits bestehenden Gesundheitsberufen. Eine Folge der Ausdifferenzierung der Tätigkeitsprofile ist eine stärkere Arbeitsteilung. Aus dieser grundsätzlich positiven Entwicklung resultiert insbesondere für schwer und chronisch kranke Menschen eine Zersplitterung der Behandlungsprozesse - im ambulanten Bereich, aber insbesondere an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Qualitätsgesicherte Kooperation erfordert deshalb weit mehr als informelle, regionale Versorgungsnetze. Kooperation wird künftig auf der Basis evidenzbasierter, multidisziplinärer Leitlinien stattfinden müssen. Die häufig noch aus rein ärztlicher Perspektive entwickelten Leitlinien bilden aber das diagnostische und therapeutische Wissen längst nicht ausreichend und differenziert ab. So mancher Arzt bzw. Psychotherapeut reagiert sensibel auf die mit dieser Entwicklung verbundene Relativierung seines Status.

Die klassische Einzelpraxis galt lange Zeit als unantastbar. Noch Anfang der 90er Jahre wurden in den neuen Bundesländern die Polikliniken bis auf wenige Ausnahmen zerschlagen. Inzwischen hat die Gesundheitspolitik dazugelernt. Mit dem GMG 2003 setzte sie die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch - eine Wiederbelebung der Po-

likliniken unter neuem Namen. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffnet sie außerdem weitere zahlreiche Möglichkeiten, kooperativ ausgerichtete Anbieterstrukturen aufzubauen. Der Übergang zwischen ambulantem und stationärem Bereich wird damit zunehmend durchlässiger.

Gerade der letzte Punkt ist kontrovers. Wie weit dürfen Krankenhäuser als Wettbewerber in der ambulanten Versorgung auftreten und insbesondere Fachärzten Marktanteile streitig machen? Wer findet in Zukunft mehr Akzeptanz bei den Patienten? Einzelpraxen oder ambulante Versorgungsnetze? Oder entwickeln sich Krankenhäuser über ihre MVZ zu umfassenden Versorgungsunternehmen?

Präferenzen lässt der Gesetzgeber nicht erkennen, er gibt allen Beteiligten nur größere Spielräume. Über die sektor- und berufsspezifische Gestaltung von Anbieter- und Finanzierungsstrukturen legitimieren sich allerdings, insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Zukunft wird zeigen, inwieweit Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in der Lage sind, diese für sie wichtigen Organi-

sationen weiterzuentwickeln. Entscheidend ist, ob das herkömmliche Kollektivvertragssystem seine Chancen gegenüber Selektivverträgen nutzen kann. Wenn nicht, könnten die KVen zum fünften Rad am Wagen werden.

Mehr Wettbewerb bietet auch für psychisch kranke Menschen und für Psychotherapeuten durchaus Chancen. Psychische Krankheiten werden häufig gar nicht oder zu spät erkannt oder falsch behandelt. Die Versorgung psychisch kranker Menschen ließe sich dadurch verbessern,

- dass die Versorgung durch multiprofessionelle Teams entlang evidenzbasierter, multidisziplinär entwickelter Leitlinien organisiert wird,
- dass die beteiligten Professionen - je nach Aufgabenschwerpunkt und Zusammensetzung der Behandlungsteams - die Leitung der Teams und die Case-Management-Funktion übernehmen,
- dass Krankenhausabteilungen, Medizinische Versorgungszentren, Tageskliniken und Institutsambulanzen auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen,

## Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - Was ändert sich für Psychotherapeuten?

### Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinische Versorgungszentren, in denen Psychotherapeuten und Ärzte zusammenarbeiten, können kooperativ geleitet werden.

### Anstellung in Vertragspsychotherapeutenpraxen

In Planungsbereichen ohne Zulassungsbeschränkung können Vertragspsychotherapeuten mehrere Psychotherapeuten in ihrer Praxis anstellen. Psychotherapeuten ist auch die Anstellung bei einem Arzt möglich. Umgekehrt verhindert die ärztliche Musterberufsordnung weiterhin, dass sich Ärzte von anderen Professionen anstellen lassen können.

### Weitere Tätigkeitsorte

Vertragspsychotherapeuten können künftig außerhalb ihres Vertragsarztsitzes auch KV-übergreifend tätig sein. Die Tätigkeit an weiteren Orten kann mit Unterstützung von angestellten Psychotherapeuten erfolgen. Die Vorgaben der Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern sind zu berücksichtigen.

### Berufsausübungsgemeinschaften

Vertragspsychotherapeuten, Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren können künftig gemeinsam örtliche oder überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden, auch über die Grenzen einer KV hinaus und auf einzelne Leistungsbereiche beschränkt. Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnärzten sind nicht möglich.

### Inkompatibilitätsregelung

Die Tätigkeit im Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik ist künftig mit der Tätigkeit als Vertragspsychothera-

peut vereinbar. Dies gilt nicht für Vertragspsychotherapeuten, die in Erziehungsberatungsstellen oder im Strafvollzug arbeiten, obwohl auch hier eine engere Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich im Interesse der Patienten läge.

### Teilzulassung

Mit ihrer Zulassung übernehmen Vertragspsychotherapeuten einen Versorgungsauftrag, der bisher eine vollzeitige Tätigkeit voraussetzte. Künftig ist es möglich, diesen Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit zu beschränken. Darüber hinaus können die Zulassungsausschüsse entscheiden, eine Zulassung hälftig ruhen zu lassen oder auch hälftig zu entziehen. Nach Auskunft des BMG ist die Nachbesetzungsregelung des § 103 Abs. 4 SGB V darauf anwendbar. Die KBV interpretiert die gesetzlichen Regelungen anders. Bevor Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag einschränken, sollten sie unbedingt die Position der zuständigen Zulassungsausschüsse erfragen.

### Altersgrenze

Die Altersgrenze von 55 Jahren für eine Erstzulassung oder Ermächtigung wird aufgehoben. Gleichzeitig wird die gesetzliche Altersgrenze für das Ende der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit von derzeit 68 Jahren in unterversorgten Gebieten flexibilisiert.

### Lokaler Versorgungsbedarf

Die Landesauschüsse für Ärzte und Krankenkassen können künftig einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen und zusätzliche Zulassungen ermöglichen. Die Kriterien, nach denen ein lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wird, legt der G-BA noch fest.

## Selektivvertragssystem

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eröffnet ein neues Selektivvertragssystem, in dem Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, aber auch Krankenhäuser und andere Leistungserbringer Versorgungsverträge mit den Krankenkassen vereinbaren. Die Selektivverträge sind eine Alternative zum bestehenden Kollektivvertragssystem, in dem Kassenärztliche Vereinigungen mit gesetzlichen Krankenkassen für alle bindenden Verträge zur ambulanten Versorgung schließen. Die Einbeziehung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen macht zukünftig erstmals auch kostenträgerübergreifende Verträge möglich.

### Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)

Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Versicherte, die sich für solche Versorgungsangebote entscheiden, sind mindestens ein Jahr lang auf eine Überweisung ihres Hausarztes angewiesen, wenn sie einen Facharzt konsultieren wollen. Ausnahmen von diesem Überweisungsgebot regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

Die in der hausarztzentrierten Versorgung tätigen Hausärzte müssen an Qualitätszirkeln teilnehmen, evidenzbasierte Leitlinien berücksichtigen, ihre Fortbildungspflicht erfüllen und ein Qualitätsmanagement in ihrer Praxis einführen.

Vertragspartner können neben den Hausärzten und Gemeinschaften der Hausärzte auch Kassenärztliche Vereinigungen sein, wenn sie von den Hausärzten damit beauftragt werden. Gegenstand der Verträge können alle Leistungen sein, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die KVen können auf Wunsch der Vertragsbeteiligten Dienstleistungen zur Qualitätssicherung erbringen.

Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird durch die hausarztzentrierte Versorgung eingeschränkt. Der Gesetzgeber gibt Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung vor. Er macht diese Vereinbarungen schiedsamtstfähig.

### Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)

Krankenkassen können ihren Versicherten auch Verträge anbieten, die nur einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. In Analogie zu den Hausarztverträgen kann dabei von Facharztverträgen gesprochen werden. Eine indikationsspezifische Aus-

richtung dieser Verträge ist wahrscheinlich. Auch hier ist die Teilnahme der Versicherten freiwillig, aber ein Jahr bindend. Neben den Leistungserbringern können wiederum auch die KVen Vertragspartner sein. Alle Leistungen, die der G-BA nicht ausdrücklich abgelehnt hat, können Bestandteil der Verträge sein. Der Sicherstellungsauftrag wird ebenfalls eingeschränkt. Bereinigungsregelungen für die Gesamtvergütung werden vorgegeben. Sie sind schiedsamtstfähig.

### Integrierte Versorgung (§ 140a - d SGB V)

Die Regelungen zur integrierten Versorgung wurden erweitert und präzisiert. Im Rahmen der integrierten Versorgung sind jetzt auch Rabattverträge zu Arzneimitteln, Verträge zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf sowie Versorgungsverträge für pflegebedürftige Menschen möglich.

Durch die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen können bei der integrierten Versorgung nun auch kostenträgerübergreifende Vereinbarungen getroffen werden. Der Gesetzgeber macht deutlich, dass Ziel der integrierten Versorgung vor allem populationsbezogene Versorgungsnetze sind. Indikationsspezifische Verträge bleiben aber im Rahmen der Anschubfinanzierung förderfähig. Die Mittel der Anschubfinanzierung können auch für besondere Integrationsaufwendungen, z. B. Case-Management, verwendet werden. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Anschubfinanzierung bis zum 1. Januar 2008 verlängert. Jährlich stehen etwa 680 Mio. Euro zur Verfügung, dafür werden die Gesamtvergütung und die Budgets der Kliniken um ein Prozent gekürzt.

### Modellvorhaben (§ 63 SGB V) und strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V)

Diese beiden Varianten neuer Vertragsformen bleiben weitgehend unverändert.

### Wahltarife (§ 53 SGB V)

Krankenkassen können Versicherten, die sich für neue Versorgungsformen entscheiden, spezielle Tarife anbieten. Sie können z. B. eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorsehen. Die Mindestlaufzeit für diese Wahltarife beträgt nur ein Jahr - abweichend von der sonst vorgesehenen dreijährigen Laufzeit.

- dass Ärzte und Psychotherapeuten unter Wahrung von Qualitätssicherungsaspekten (fachliche Leitung) einander in Arzt- bzw. Psychotherapeutenpraxen anstellen,
- dass die Tätigkeit in komplementären Diensten mit einer vertragspsychotherapeutischen Niederlassung vereinbar ist,
- dass Psychotherapeuten ein Einweisungsrecht in stationäre Einrichtungen erhalten sowie die Verordnungsbefugnis für Heilmittel, z. B. Ergotherapie, logopädi-

sche Behandlung, Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege.

Vor allem populationsbezogene Versorgungsnetze bieten Vorteile für die Versorgung psychisch kranker Menschen, da sie Komorbiditäten einbeziehen, Stigmatisierung vermeiden und ein breites Spektrum präventiver Interventionen einsetzen, wie z. B. Psychoedukation und Remindersysteme. Auch neue Behandlungsansätze, z. B. Stepped Care, die insbesondere auf chronisch psychisch kranke Menschen zugeschnitten sind, wären umsetzbar.

Was die Zukunft bringt, hängt auch davon ab, ob und wie sich Psychotherapeuten in die fachliche Debatte mit Politik und anderen Akteuren einbringen. Die Zukunft hängt davon ab, wie u. a. folgende Fragen beantwortet werden:

- Wird das fragmentierte Versorgungssystem in der Lage sein, die für eine verbindliche, qualitätsgesicherte Kooperation notwendigen Anbieter- und Finanzierungsstrukturen zu entwickeln und umzusetzen?
- Entwickeln sich vielleicht gerade für psychisch kranke Menschen die Krankenhäuser zu einem umfassenden Versorger, der die bisherigen ambulanten Versorgungsstrukturen ersetzt?
- Wie werden sich Patienten in einem Versorgungssystem zurechtfinden, das künftig nach Kassenzugehörigkeit und Wahltarif gesplittet sein könnte?
- Wird der neue Risikostrukturausgleich die Anreize für Krankenkassen im Wettbewerb so setzen, dass diese ein Interesse an neuen Versorgungsformen für psychisch kranke Menschen haben, oder

müssen sie sich ganz auf einen Wettbewerb um die Gesunden jeder Altersgruppe konzentrieren?

Angesichts der Komplexität dieser Fragen ist ein Stoßseufzer nur zu verständlich. „Ich möchte nur ein guter Psychotherapeut sein und meinen Patienten helfen“, mag der Praktiker antworten. Doch die sich verändernden Rahmenbedingungen, insbesondere sich wandelnde Finanzierungs- und Vertragsstrukturen, werden die Möglichkeiten des einzelnen Psychotherapeuten prägen, etwas für seine Patienten zu tun - im ambulanten wie im stationären Bereich. Wer sich nicht beteiligt, ist dem ausgeliefert, was andere in ihrem Interesse gestalten.

Die Devise lautet also: Schwimmen lernen im Haifischbecken! Politische Entscheidungen in Berlin sind relevant für jeden einzelnen Psychotherapeuten und für seine Patienten. Durch die Landespsychotherapeutenkammern und die BPTK besteht die Chance, die Erfahrungen der klinischen Praxis in die politischen Entscheidungsprozesse auf Landes- und Bundesebene einzubringen. Die Zukunft bringt viele Veränderungen. Einige von ihnen sollten von Psychotherapeuten mit entworfen sein.

## GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - Die wichtigsten Neuerungen

### Neu in der PKV - Versicherungsschutz für psychisch kranke Menschen

Ab dem 1. Januar 2009 besteht eine Krankenversicherungspflicht für alle. Private Krankenkassen müssen künftig auch psychisch kranke Menschen versichern. Dies ist ein erster Schritt, um die Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der privaten Krankenversicherung zu beenden.

### Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sachgerecht geregelt

GKV und KBV erhalten die Vorgabe, Psychotherapeuten auch künftig eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.

Das Gesetz sieht eine stärkere pauschalierte Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen vor. Als mögliche Ausnahme wird die Einzelleistungsvergütung psychotherapeutischer Leistungen genannt.

Für psychotherapeutische Leistungen verzichtet der Gesetzgeber auf die Mengensteuerung über arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen.

Bei den Verhandlungen um die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erhalten die Vertragspartner auf Landesebene die Möglichkeit, für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen auf die Mengensteuerung zu verzichten.

### G-BA: Psychotherapeutischer Sachverstand einbezogen

Im Beschlussgremium, dem wichtigsten Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses, werden künftig für die KBV zwei ehrenamtliche Vertreter sitzen. Diese ehrenamtlichen Vertreter werden Stellvertreter haben. Es ist daher auch künftig möglich, dass die

KBV bei für die Psychotherapie relevanten Themen durch Psychotherapeuten repräsentiert wird.

Der G-BA erhält im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement deutlich mehr Kompetenzen. Gleichzeitig erhält die BPTK zu diesen zentralen Themen ein Stellungnahmerecht.

### Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation

Grundsätzliche Kriterien des Qualitätsmanagements und einrichtungsübergreifender Maßnahmen der Qualitätssicherung werden zwischen den Verbänden der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart. Die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und künftig auch die BPTK haben ein Stellungnahmerecht.

### Fortbildungspflicht im stationären Bereich

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht künftig, genauso wie für Fachärzte, auch im stationären Bereich eine Fortbildungspflicht. Wie diese Fortbildungspflicht nachzuweisen ist, legt der G-BA noch fest. Der Nachweis ist im Abstand von fünf Jahren zu erbringen. Die BPTK hat auch hier ein Stellungnahmerecht.

### Kein Sanierungsbeitrag für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Der Gesetzgeber hat psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser (0,5 Prozent Abschlag von der Krankenhausrechnung) ausgenommen.

## Telematik im Gesundheitswesen: Psychotherapeutenausweis durchgesetzt

Der Startschuss war das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das am 1. Januar 2004 in Kraft trat: Der Gesetzgeber schuf damit die rechtlichen Grundlagen für eine umfassende elektronische Vernetzung im deutschen Gesundheitssystem. Sein Ziel war es, Gesundheitsdaten dort verfügbar zu machen, wo sie für eine optimale Versorgung notwendig sind.

Voraussetzung dafür ist eine neue bundesweite elektronische Datenverarbeitung, auch Telematik genannt. (Telematik = Kurzwort aus Telekommunikation und Informatik). Dieses gigantische EDV-Projekt muss rund 80 Millionen gesetzlich und privat Versicherte, über 200.000 niedergelassene Heilberufler, 21.000 Apotheken, 2.200 Krankenhäuser sowie die gesetzlichen und privaten Krankenkassen miteinander vernetzen.

### Elektronische Gesundheitskarte: Multifunktionaler Nachfolger der KVK

Die Patienten erhalten eine neue elektronische Gesundheitskarte (eGK), die die bisherige Krankenversicherungskarte (KVK) ablöst. Alle Leistungsanbieter bekommen einen neuen elektronischen Heilberufsausweis (HBA, englisch: Health Professional Card/HPC). Mit beiden Karten können z. B. Ärzte auf die Daten ihres Patienten zugreifen (Zwei-Schlüssel-Prinzip). Die Karten sind nicht größer als eine Scheckkarte. Während jedoch die bisherige Krankenversicherungskarte des Patienten nur einen Speicherchip enthielt, bekommen die neue Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis einen Mikroprozessorchip, der zahlreiche Aufgaben erfüllen kann. Auf der Gesundheitskarte sind nicht mehr nur die so genannten administrativen Daten gespeichert, zu denen Patientenna- me, Geburtsdatum, Versicherten- und Zuzahlungsstatus, Anschrift und die Krankenkasse gehören. Mit der Gesundheitskarte kann beispielsweise auch ein papierloses Rezept realisiert werden, das die Verwaltung und Abrechnung von jährlich rund 700 Millionen Rezepten erleichtert.

### Berücksichtigung der Psychotherapeuten im GMG

Während Ärzte, Zahnärzte und Apotheker von Beginn an im Gesetzentwurf des GMG berücksichtigt wurden (§ 291a SGB V), blieben die Psychotherapeuten zunächst außen vor. Damit war es eine der Aufgaben der BPTK, bereits mit Aufnahme ihrer Tätigkeit Anfang 2004 eine angemessene Berücksichtigung der Psychotherapeuten in der Gesundheitstelematik zu erreichen. Die BPTK erläuterte in einer Vielzahl von Gesprächen mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), Parlamentariern sowie Vertretern der Selbstverwaltung die Notwendigkeit, Psychotherapeuten als gleichberechtigten Heilberuf im Gesetz zu verankern - mit Erfolg. Nach der Stellungnahme der BPTK zum Verwaltungsverfahrenvereinfachungsgesetz im Dezember 2004 wurden Psychotherapeuten in den § 291a aufgenommen. Die Gesetzesbegründung folgt der Argumentation der BPTK und definierte Zugriffsrechte der Psychotherapeuten auf die Gesundheitskarte sowie die Mitwirkung der BPTK im Beirat der Betreibergesellschaft gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH). Eine direkte Beteiligung der BPTK als Gesellschafter der gematik scheiterte jedoch letztlich an der divergenten Interessenslage der übrigen Gesellschafter.

Die Gesetzesnovelle schuf die Grundlagen für einen eigenen Psychotherapeutenausweis, der von den Landespsychotherapeutenkammern ausgegeben wird. Der neue Heilberufsausweis stellt die BPTK und die Landeskammern vor große technische und organisatorische Herausforderungen. Die BPTK suchte daher von

*"Die Delegierten des 5. Deutschen Psychotherapeutentages sehen in neuen Formen der elektronischen Kommunikation eine Chance für eine verbesserte interdisziplinäre und sektorübergreifende Kooperation. Dies ist ein Fortschritt für Patienten und Heilberufler. Allerdings nur, wenn das Recht zur informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Patientendaten gesichert bleibt.*

*Der Psychotherapeut muss seinen Patienten zusichern können, dass auch elektronisch gespeicherte Informationen über seine Gesundheit absolut vertraulich sind. Der Patient muss sicher sein, dass nur er selbst entscheidet, wem eine Information, die er dem Psychotherapeuten gegeben hat, offenbart wird. Dieser Grundsatz geht allen Anforderungen Dritter an die Verfügbarkeit der Daten vor. Wenn Informationen die Praxis des Psychotherapeuten verlassen oder außerhalb der Praxis gespeichert werden, muss die dabei verwendete Technologie so gestaltet sein, dass sie für den Psychotherapeuten überschaubar und im Berufsalltag beherrschbar ist."*

Resolution des 5. DPT (Auszug), 23. April 2005



Beginn an die Zusammenarbeit mit den anderen Heilberufen. Sie ist zwischenzeitlich in einer Vielzahl gemeinsamer Arbeitsgruppen der Leistungserbringer, aber auch übergeordneter Gremien mit Vertretern der Selbstverwaltung, der Landesministerien und der Industrie vertreten.

### Kooperation aller Heilberufe beim HBA

Die Heilberufskammern haben eine gemeinsame Spezifikation für den Heilberufsausweis durch das Fraunhofer Institut/SIT entwickeln lassen (HPC-Spec), die ständig weiterentwickelt und durch die gematik auf Interoperabilität mit der Gesundheitskarte geprüft wird. Gemeinschaftlich wurde ebenfalls ein Kriterienkatalog (Policy) erarbeitet, der gemeinsame Standards für Anbieter von Zertifizierungsdiensten (ZDA) festlegt.

Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten streben an, dass die ZDA über einen Rahmenvertrag an die Kammern gebunden werden. Die Auswahl der Anbieter erfolgt auf der Basis der gemeinsamen Policy der Heilberufskammern. Damit werden zum einen Mindeststandards für die Leistungen der ZDA gegenüber dem Kammermitglied garantiert, zum anderen erlaubt die Zulassung mehrerer ZDA wettbewerbsfähige Konditionen für die Heilberufler. Gleichzeitig ist in diesem Modell die hoheitliche Kontrolle der Kammern über die Ausgabe jedes Psychotherapeutenausweises mit seiner Ausweisfunktion (Authentisierung) sichergestellt.

2007 erfolgten erste praktische Erprobungen in sieben Testregionen. In Schleswig-Holstein und Sachsen begann die dritte Teststufe, in der bis zu 10.000 Versicherte beteiligt sind. In der abschließenden vierten Teststufe mit 100.000 Versicherten wird die flächendeckende Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten beginnen. Ziel der BPTK ist es, dass die Landespsychotherapeutenkammern in dieser Phase eigene Testkarten ausgeben und so den Psychotherapeutenausweis selbst sorgfältig auf Funktionsfähigkeit und Kompatibilität prüfen können.

### Expertise der Psychotherapeuten notwendig

Außerdem arbeitet die BPTK 2007 an zwei weiteren Schwerpunktthemen. Zum einen begleitet sie die Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Finanzierung der neuen Telematik. Die Investitionen, die in jeder Praxis für den Einsatz der Gesundheitskarte und des Heilberufsausweises notwendig werden, sollen durch die Krankenkassen angemessen refinanziert werden. Dabei muss den spezifischen

Voraussetzungen der niedergelassenen Psychotherapeuten Rechnung getragen werden. Zum anderen rücken in absehbarer Zukunft die freiwilligen Anwendungen der Gesundheitskarte in den Fokus aller Beteiligten. Dazu gehören vor allem die Anwendungen der Gesundheitskarte: Patienten sollen zukünftig alle Informationen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, in einer elektronischen Patientenakte aufbewahren können. Gerade im Bereich der Psychotherapie ist jedoch die damit angestrebte größere Patientenautonomie oftmals nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Auch der Einfluss auf die Patienten-Psychotherapeuten-Beziehung ist noch nicht ausreichend bekannt

und erfordert weitere Diskussion. Daher ist die Expertise der Psychotherapeuten bei der Spezifizierung der elektronischen Patientenakte und ihrer Inhalte, dem Schutz der Daten und Mechanismen zur Verhinderung von Missbrauch dieser Daten besonders wichtig.

Der angestrebte Termin für die Ausgabe der Gesundheitskarte am 1. Januar 2006 ist inzwischen verstrichen. Der Gesetzgeber hatte die zu klärenden technischen, organisatorischen und rechtlichen Fragen unterschätzt. Trotz vieler kritischer Stimmen werden die elektronische Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis jedoch von niemandem im Gesundheitssystem ernsthaft in Frage gestellt. Die BPTK wird deshalb im Interesse der Profession und insbesondere der Patienten weiterhin an der Gestaltung der beiden neuen Karten mitwirken.



## Musterordnungen der BPtK

Bereits bei ihrer Gründung war es eine erklärte Aufgabe der BPtK, Musterordnungen für die Profession zu erarbeiten. Die Delegierten des 2. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) beauftragten zwei Kommissionen, die Entwürfe für eine Musterfortbildungs- und eine Musterweiterbildungsordnung zu erstellen. Eine Lenkungsgruppe für die Entwicklung der Musterberufsordnung wurde auf dem 4. DPT benannt.

In den meisten Landeskammern waren zu diesem Zeitpunkt bereits entsprechende Landesordnungen im Bereich Fortbildung und Berufsordnung verabschiedet. Im Gegensatz zu den Landesordnungen entfalten die Musterordnungen keine unmittelbare Rechtswirkung. Die Intention war daher nicht, konkurrierende Bundesordnungen zu schaffen, sondern in den Musterordnungen die Regelungsinhalte der Landesordnungen aufzugreifen, Anreize zur Harmonisierung zu geben und eine konsensfähige Rahmenordnung zu entwickeln.

Eine von allen Landeskammern getragene Referenz zu den Rechten und Pflichten der Profession in den Bereichen Fortbildung, Weiterbildung und Berufsrecht ist nicht nur für die Profession selbst von hoher Bedeutung, sondern auch für Politik, Öffentlichkeit und Patienten. Eine solche einheitliche Übersicht können die Musterordnungen der BPtK bieten.

Auf den Deutschen Psychotherapeutentagen waren die Musterordnungen immer ein Thema, das besondere Aufmerksamkeit erhielt. Die Delegierten diskutierten die Entwürfe intensiv, fachkundig und durchaus kontrovers. Die Verabschiedung der Musterordnungen schärfte auf diese Weise weiter das professionelle Selbstverständnis der Psychotherapeuten. Auch, wenn die „großen Drei“ nun verabschiedet sind, werden die nötigen Anpassungen und Aktualisierungen der Musterordnungen weiterhin für Diskussionen sorgen.

### Musterfortbildungsordnung

Die Delegierten des 2. Deutschen Psychotherapeutentages benannten am 1. November 2003 die Fortbildungskommission der BPtK. Arbeitsauftrag war die Erarbeitung einer Entwurfsvorlage für eine Musterfortbildungsordnung. Mitglieder der Kommission waren Mi-

chael Krenz (PtK Berlin, Sprecher der Kommission), Harald Barchmann (OPK), Anni Michelmann (PtK NRW), Gerhard Müller (PtK Bayern) und Sabine Schlippe-Weinberger (PtK Bayern). Vertreter des Vorstandes der BPtK in der Kommission war Dr. Lothar Wittmann. Nachfolger wurde Hans Bauer, Vizepräsident der BPtK. Die juristische Beratung übernahm der Justiziar der BPtK, Dr. Martin Stellpflug.

Eine von der Fortbildungskommission erstellte Synopse der Landesfortbildungsordnungen erlaubte einen ersten Überblick über die notwendigen Regelungsinhalte. Darauf aufbauend erarbeitete die Kommission den ersten Entwurf einer Musterfortbildungsordnung. Kontinuierliche Rückmeldungen der Landeskammern und

der Landesfortbildungskommissionen zu den Entwürfen wurden innerhalb der Kommission erörtert und - wo sinnvoll - eingearbeitet. Im Interesse der Patienten sollte die Musterfortbildungsordnung einen Beitrag dazu leisten, dass Psychotherapeuten nach dem neusten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandeln. Wichtig war der Kommission außerdem, ein breites Spektrum an Fortbildungsarten und -inhalten abzustecken. Die Delegierten des 3. DPT würdigten die intensive Vorarbeit und Abstimmungsprozesse der Kommission und verabschiedeten die Musterfortbildungsordnung mit großer Mehrheit.

Die Kommission nutzte die folgenden Monate, die Musterfortbildungsordnung zu pflegen und die Umsetzung der Fortbildungsregeln in den Landeskammern zu begleiten. In einer ersten Novellierung aktualisierte sie die Punktbewertung von Fortbildungsveranstaltungen. Dies war notwendig geworden, da Landespsychotherapeutenkammern und Landesärztekammern ihre Fortbildungsveranstaltungen gegenseitig anerkennen. Eine Harmonisierung der Fortbildungskategorien und der Punktbewertung war daher erforderlich geworden. Die Delegierten verabschiedeten die Änderungen auf dem 5. DPT.

Auf Anfrage der Landeskammern erarbeitete die Fortbildungskommission im Folgenden Empfehlungen zur strukturierten interaktiven Fortbildung, die von den Delegierten des 9. DPT als Anlage 3 zur Musterfortbildungsordnung verabschiedet wurden.

*Zur Erreichung ihres Zweckes übernimmt es die Arbeitsgemeinschaft insbesondere auf eine möglichst einheitliche Regelung der psychotherapeutischen Berufspflichten und der Grundsätze für die psychotherapeutische Tätigkeit auf allen Gebieten, sei es im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses oder in selbständiger Tätigkeit, hinzuwirken.*

§ 2 (2e) der Satzung der BPtK

### Musterberufsordnung

Die Musterberufsordnung wurde von der Lenkungsgruppe MBO, die der 4. Deutsche Psychotherapeutentag eingesetzt hat, entwickelt. Der Lenkungsgruppe gehörten Inge Berns (Sprecherin der Lenkungsgruppe, Vertreterin der KJP, PtK Niedersachsen), Ellen Bruckmayer (PtK Bayern), Dirk Fiedler (LPK Hessen) sowie Bernhard Morsch (Vertreter der Angestelltenbelange, PtK Saarland) an. Aus dem Vorstand der BPTK arbeitete bis zu seinem Tod im Juli 2005 der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Detlev Kommer, mit. Ihm folgte als Vertreterin des Vorstands Frau Monika Konitzer, Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer. Die juristische Beratung übernahm der Justiziar der BPTK, Dr. Martin Stellpflug.

Die Musterberufsordnung beschreibt im Einzelnen, wie sich Psychotherapeuten berufswürdiges Verhalten gegenüber Patienten, Kollegen u. a. Partnern im Gesundheitswesen vorstellen. Die Musterberufsordnung ist darüber hinaus eine wichtige Orientierung für die Weiterentwicklung des Sozialrechts auf Bundesebene, z. B. in Bezug auf die Regelungen zur Berufstätigkeit, zur Niederlassung, zur fachlichen Selbstständigkeit und zu den Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Berufen.

Die Lenkungsgruppe MBO hat von Beginn an den stetigen Meinungs- und Informationsaustausch mit den Landeskammern und den Berufs- und Fachverbänden gesucht. Die Mitglieder der Lenkungsgruppe selbst diskutierten in zwei Anhörungen mit Vertretern der Landeskammern und der Profession. Auf Grundlage dieser Diskussionen erarbeitete die Lenkungsgruppe den Entwurf einer Musterberufsordnung. Besonders kontroversen Themen, wie beispielsweise die psychotherapeutische Behandlung mittels elektronischer Kommunikationsmedien, trug die Lenkungsgruppe durch das Angebot von Alternativformulierungen („Sondervoten“) Rechnung. Die ur-



Abstimmung Musterberufsordnung auf dem 7. DPT in Dortmund

### Deutsche Psychotherapeutentage (DPT)

#### 1. DPT am 17./18.05.2003 in Berlin:

Wahl des Vorstandes und der Versammlungsleitung, Verabschiedung der Satzung und Geschäftsordnung

#### 2. DPT am 01.11.2003 in Düsseldorf:

Bildung und Besetzung von Ausschüssen und Kommissionen

#### 3. DPT am 15.05.2004 in Hannover:

Beratung und Verabschiedung der Musterfortbildungsordnung der BPTK

#### 4. DPT am 09.10.2004 in Stuttgart:

Diskussion der Musterweiterbildungsordnung, Beschluss zur Entwicklung einer Musterberufsordnung

#### 5. DPT am 23.04.2005 in München:

1. Lesung und Beratung der Musterberufsordnung

#### 6. DPT am 15.10.2005 in Hamburg:

Beratung der Musterberufsordnung der BPTK

#### 7. DPT am 13.01.2006 in Dortmund:

Beratung und Beschlussfassung zur Musterberufsordnung der BPTK

#### 8. DPT am 13.05.2006 in Frankfurt:

Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung der BPTK

#### 9. DPT am 18.11.2006 in Köln:

Beratung und Beschlussfassung zur Änderung der Musterfortbildungsordnung der BPTK

sprünglich für den 6. DPT vorgesehene Diskussion und Beschlussfassung zur MBO musste jedoch vertagt werden - zu wichtig erschien den Delegierten das Thema, zu zeitintensiv der noch notwendige Diskurs. Die Delegierten beschlossen daher, für die abschließende Diskussion und Verabschiedung der MBO einen Sonder-DPT einzuberufen. Auf diesem 7. DPT am 13. Januar 2006 erörterten die Delegierten neben dem Entwurf der Lenkungsgruppe über 40 Änderungsanträge. Letztlich fand der Entwurf der Lenkungsgruppe - nach verschiedenen Präzisierungen im Entwurfstext - die breite Unterstützung der Delegierten, die die Musterberufsordnung der BPTK mit großer Mehrheit verabschiedeten.

### Musterweiterbildungsordnung

Die Delegierten des 2. DPT beauftragten am 1. November 2003 die Weiterbildungskommission der BPTK, Grundsatzfragen zu klären, insbesondere Fort- und Weiterbildung abzugrenzen und den Entwurf einer Musterweiterbildungsordnung zu erarbeiten. Mit-

glieder der Kommission waren Dr. Walter Ströhm (Sprecher der Kommission, PtK NRW), Uta Cramer-Düncher (LPK Hessen), Martin Klett (PtK Baden-Württemberg), Prof. Dr. Dietmar Schulte und Ulrich Wirth (PtK Hamburg). Vertreter des Vorstandes der BPTK in der Kommission war Detlev Kommer, Nachfolger Prof. Dr. Rainer Richter. Die juristische Beratung übernahm der Justiziar der BPTK, Dr. Martin Stellpflug.

In einem über zweijährigen Beratungsprozess wurden mehrere Expertenanhörungen und Diskussionsveranstaltungen mit den psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden durchgeführt. Großen Raum nahm die Klärung der Grundsatzfragen zu Chancen und Risiken einer Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für den psychotherapeutischen Berufsstand ein. Die Skeptiker formulierten die Sorge, dass eine MWBO zu einer Abwertung von Aus- und Fortbildung sowie mittelfristig zu einem eingeschränkten Tätigkeitsspektrum von Psychotherapeuten führen könnte. Die Befürworter sahen dieses Risiko, betonten aber, dass die Profession dieses durch die Ausgestaltung der MWBO selber kontrollieren könne. Nach ihrer Auffassung sollte es eine Weiterbildungsregelung nur für solche Bereiche geben, die im Rahmen der Ausbildung nicht vermittelt werden können, die aber eine spezifische Qualifikation erfordern und für die es nachweisbar einen Versorgungsbedarf gebe.

Die Kommission erarbeitete Vorschläge für Weiterbildungsregelungen in den Bereichen Klinische Neuropsychologie, Klinische Somatopsychologie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Qualifikation in weiteren psychotherapeutischen Verfahren. Vor dem Hintergrund des besonderen Versorgungsbedarfs im Bereich der organisch bedingten psychischen Störungen sowie der Beratungen des G-BA zur ambulanten Neuropsychologie beschloss der 8. DPT im Mai 2006 nach einer intensiven, teils kontroversen Diskussion mit großer Mehrheit eine Musterweiterbildungsordnung mit einem Weiterbildungsbereich in Klinischer Neuropsychologie. Die Beratungen zu den anderen Weiterbildungsbereichen wurden auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

Wird die MWBO in den Landeskammern bundeseinheitlich umgesetzt und die Klinische Neuropsychologie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, ist es jetzt möglich, die Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer im Sinne der MWBO durch die Profession selbst zu definieren. Im Umkehrschluss müssen Kassenärztliche Bundesvereinigung, gesetzliche Krankenkassen und insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss diese berücksichtigen.

## Patientenrechte

Das Wohl und die Rechte des Patienten finden Berücksichtigung in allen Musterordnungen der BPTK. Bei Musterfortbildungs- und Musterweiterbildungsordnung geschieht dies indirekt dadurch, dass sichergestellt ist, dass Psychotherapeuten ihre Patienten nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandeln. Die Musterberufsordnung regelt dagegen direkt die Pflichten des Therapeuten gegenüber dem Patienten und die Rechte des Patienten während und nach der Behandlung.

Psychotherapeuten haben sich u. a. auf folgende Regeln der Berufsausübung geeinigt:

**Einwilligung:** Jede Behandlung bedarf grundsätzlich der Einwilligung des Patienten.

**Sorgfaltspflichten:** Psychotherapeuten dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit, die Hilflosigkeit oder die wirtschaftliche Notlage von Patienten ausnutzen noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilerfolg machen.

**Information über die Behandlung:** Psychotherapeuten klären ihre Patienten auf über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, mögliche Behandlungsalternativen und -risiken, die Honorarregelung, die Dauer und Häufigkeit der Sitzungen und die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung.

**Schweigepflicht:** Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über das verpflichtet, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch Patienten oder Dritte anvertraut und bekannt geworden ist.

**Dokumentation:** Psychotherapeuten sind verpflichtet, die Behandlung und Beratung zu dokumentieren. Diese Dokumentation muss mindestens Datum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen sowie ggf. Ergebnisse psychometrischer Erhebungen enthalten. Nach Abschluss der Behandlung ist Patienten auf deren Verlangen Einsicht in die sie betreffenden Dokumentationen zu gewähren.

**Abstinenzgebot:** Psychotherapeuten dürfen die therapeutische Vertrauensbeziehung nicht zur Befriedigung eigener Interessen, Wünsche und Bedürfnisse nutzen. Ein professionell arbeitender Psychotherapeut kommt dem Wunsch des Patienten nach einem privaten Kontakt nicht nach. Er schreibt keine privaten Briefe an den Patienten, er verabredet sich nicht mit ihm zum Essen, er nimmt keine Geschenke an und jeder sexuelle Kontakt ist unzulässig.

Die Diskussionen zu weiteren Bereichen der MWBO auf dem 9. DPT machten deutlich, dass es in der Profession, u. a. wegen der problematischen Lage bei den Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung und des Wunsches, die Potenziale der curricularen Fortbildung weiter auszuloten, derzeit keine Mehrheit für die Verabschiedung zusätzlicher Weiterbildungsbereiche gibt. Auch die Weiterbildungskommission befürwortete deshalb eine behutsame weitere Entwicklung der MWBO.

## Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall

Katastrophen, schwere Unglücke oder Gewalterlebnisse können psychische Notfälle mit traumatischen Krisen und psychische Störungen auslösen. Opfer, Täter, Angehörige, Augenzeugen, Helfer sowie Rettungskräfte brauchen in vielen Fällen eine rasche Untersuchung und Behandlung durch Psychotherapeuten. Im Zusammenhang mit der Tsunami-Katastrophe Ende 2004 in Südostasien haben Psychotherapeuten gezeigt, dass sie auch bei großen Katastrophen schnell und professionell Hilfe organisieren können. BPTK und Landespsychotherapeutenkammern vermittelten der Koordinierungsstelle NOAH des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe auf unbürokratische Weise die erforderlichen Psychotherapieplätze in Deutschland. Mit der Erstellung von Psychotherapeutenlisten wurden über den damaligen Anlass hinaus Weichen für eine psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall gestellt.

Eine verlässliche psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall macht aber nicht nur rasches Handeln nach unvorhersehbaren Ereignissen notwendig, sondern auch eine vorausschauende Notfallplanung. Bei Großveranstaltungen, wie der Fußballweltmeisterschaft 2006 in Deutschland, mit mehreren hunderttausend Besuchern in verschiedenen Stadien oder an Public-Viewing-Plätzen kann es zu einer Kumulation akuter Belastungen durch klassische Stressoren (z. B. Lärm, Enge), Missbrauch von psychotropen Substanzen (z. B. Alkohol) oder die Trennung von Kindern und Eltern kommen, aus denen akute Belastungsreaktionen entstehen können. Verwirrtheit mit Desorientierung, übertriebene Besorgnis und Angst, phobische Reaktionen oder psychische Dekompensationen erfordern eine sofortige angemessene Versorgung. Deshalb ist es erforderlich, eine Akutversorgung durch Psychotherapeuten zu institutionalisieren, die analog zum notärztlichen Dienst bereits vor Ort eine erste „Akutversorgung“ leistet.

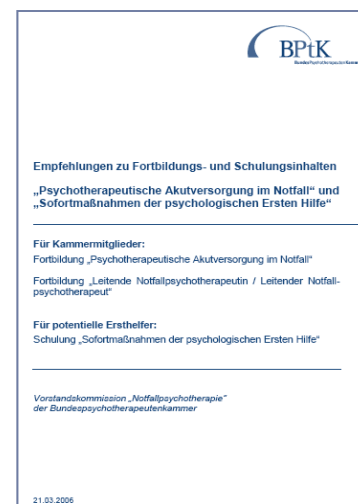
Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall ist heute bereits Teil der Psychotherapieausbildung. Für die Versorgung „vor Ort“ brauchen Psychotherapeuten jedoch nicht nur Fachkompetenzen. Insbesondere, wenn sie in Einsatzpläne für Notfälle bei Großveranstaltungen eingebunden sind, benötigen sie darüber hinaus setting- und feldbezogene Kompetenzen. Eine BPTK-Vorstandskommission legte im vergangenen Jahr Empfehlungen für zwei entsprechende Fortbildungskonzepte vor: „Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall“ und „Leitender Notfallpsychotherapeut bzw. leitende Notfallpsychotherapeutin“. Zentrale Inhalte dieser Konzepte sind eine der Situation angemessene Diagnostik, stützende und stabilisierende Interventionen, therapeutische Kurzinterventionen, administrative bzw. organisatorische Kenntnisse und praktische Erfahrungen. Darüber hinaus schlug die BPTK-Kom-

mission Empfehlungen für „Sofortmaßnahmen der Psychologischen Ersten Hilfe“ vor, die für Laienschulungen gedacht sind. Potenzielle Ersthelfer sollen hier einfache Verhaltensregeln kennen lernen, um in Notfällen richtig zu reagieren.

Die Empfehlungen der Vorstandskommission wurden mit den Landespsychotherapeutenkammern diskutiert. Vor der Fußballweltmeisterschaft 2006 fanden auf Grundlage der BPTK-Empfehlungen bereits erste Fortbildungsveranstaltungen statt. Anlass war der Einbezug von Psychotherapeuten in die behördlichen Einsatzplanungen an verschiedenen Spielstätten und Public-Viewing-Plätzen.

Psychotherapeuten treffen in der Akutversorgung „vor Ort“ auf verschiedene Akteure der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) mit unterschiedlichen Qualifikationen. Die Nahtstellen zu den Akteuren der PSNV (Helfer, Notfallseelsorger, Notfallpsychologen) und innerhalb der PSNV sind derzeit sehr unscharf. Darüber hinaus gibt es eine sehr große Heterogenität von Anbietern und Akteuren in der Psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland.

Im Auftrag des Bundesministeriums des Innern (BMI) sollten daher im Rahmen eines bundesweiten Netzwerkprojektes Mindeststandards für Qualifikationen und Empfehlungen für ein wissenschaftlich fundiertes Fach- und Organisationskonzept der Psychosozialen Notfallversorgung entwickelt werden. Die aus dem Projekt abgeleiteten Organisationsempfehlungen für die Strukturierung der PSNV in Deutschland wurden 2006 in der Reihe „Zivilschutzforschung“, einer Schriftenreihe der Schutzkommission des BMI, publiziert. In einer Stellungnahme an den Herausgeber der Schriftenreihe begrüßte die BPTK die Intention des Projektes ausdrücklich, wies aber auch darauf hin, dass in Bezug auf die Aufgaben von Psychotherapeuten falsche Schlussfolgerungen gezogen würden, die nicht Gegenstand zukünftiger Standards werden dürften. Anders als bei den Akteuren der Psychosozialen Notfallversorgung sind Aufgaben, Kompetenzen und Ausbildung von Psychotherapeuten gesetzlich bereits eindeutig geregelt ebenso wie ihre Berufsaufsicht, die den jeweiligen Heilberufskammern obliegt.



## Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

### Rechtsgrundlage und Aufgaben

Die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) ist zum einen die in § 11 PsychThG niedergelegte, gutachterliche Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren und - daraus resultierend - bei der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten. Zum anderen befasst sich der WBP mit Anfragen psychotherapeutischer Fachverbände zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Methoden. Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiative wissenschaftliche Fragen der Psychotherapieforschung auf und setzt Impulse für eine Förderung der Psychotherapie- und Versorgungsforschung.

### Geschäftsordnung

Am 1. November 2003 schlossen Bundesärztekammer (BÄK) und BPTK eine Vereinbarung zur Arbeit des WBP. In der zweiten Amtsperiode (2004 bis 2008) lag die Geschäftsführung des WBP bei der BPTK. Im November 2004 beschloss der WBP eine Überarbeitung und Aktualisierung seiner Geschäftsordnung.

Der Beirat setzt sich paritätisch aus sechs Vertretern der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und sechs Fachärzten aus den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie zusammen. Alle zwölf ordentlichen Mitglieder haben jeweils einen persönlichen Stellvertreter. Die Mitglieder des Beirates und deren Stellvertreter werden durch die Trägerorganisationen BÄK und BPTK benannt. Die Berufungsdauer bezieht sich auf eine fünfjährige Amtsperiode des WBP.

Für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten wurde Prof. Dr. Dietmar Schulte zum Vorsitzenden gewählt. Er hat seit Beginn des Jahres 2007 den Vorsitz inne. Für die ärztlichen Psychotherapeuten übernahm Prof. Dr. Gerd Rudolf das Amt des Vorsitzenden. Der Vorsitz ist alternierend und wechselt jährlich.

### Schwerpunkte der Gutachtentätigkeit

In seiner Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen stellt der WBP fest, dass sie für folgende Behandlungen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: 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.

Im Gutachten zur Hypnotherapie stellte der WBP fest, dass sie bei Erwachsenen für folgende Behandlungen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten sowie Abhängigkeit und Missbrauch (Belege liegen für Raucherentwöhnung und Methadonentzug vor).

Im Gutachten zur Interpersonellen Psychotherapie stellte der WBP fest, dass sie bei Erwachsenen für die Behandlung von affektiven und Essstörungen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: Für den Anwendungsbereich der Essstörungen liegen Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung der Bulimia nervosa sowie der Binge Eating Disorder vor.

Weiterhin stellte der WBP in einem Gutachten fest, dass die Methode der EMDR-Behandlung bei Erwachsenen mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Der Antrag der maßgeblichen Fachgesellschaften, psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen durch den WBP bewerten zu lassen, wurde im Verlauf der Beratungen wieder zurückgezogen. Der WBP beschloss, die Evaluation auf unbestimmte Zeit auszusetzen.

Zur Weiterentwicklung der Transparenz des Begutachtungsverfahrens wurde erstmalig mit dem Gutachten zur Hypnotherapie für jede einzelne Studie, die für das jeweilige Gutachten geprüft wurde, dokumentiert, ob diese als positiver Wirksamkeitsnachweis gewertet wurde. Die entsprechenden Zusammenstellungen wurden als Anhang zu den Gutachten auf der Homepage des WBP veröffentlicht.

### Gutachten/Stellungnahmen/Papiere

**12/2003:** Stellungnahme zur Verhaltenstherapie

**11/2004:** Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen

**03/2006:** Gutachten zur Hypnotherapie

**07/2006:** Gutachten zur Interpersonellen Psychotherapie

**07/2006:** Gutachten zur Methode der EMDR-Behandlung bei Erwachsenen

**01/2007:** Entwurf eines Papiers zu Verfahrensregeln des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie (Methodenpapier)

Auf Antrag der Gemeinsamen Kommission Klinische Neuropsychologie (GKKN) wurde im Jahr 2005 mit der Prüfung des Nachantrags zur Neuropsychologischen Therapie begonnen, der sich insbesondere auf die kompensatorischen Behandlungsverfahren bezieht.

Auf Antrag einer Landesbehörde und unter Bezugnahme auf eine von den einschlägigen Fachgesellschaften eingereichten Dokumentation wurde ferner die Begutachtung der Systemischen Therapie im Sinne eines Nachantrags beim WBP eingeleitet.

### Bewertungsmethodik

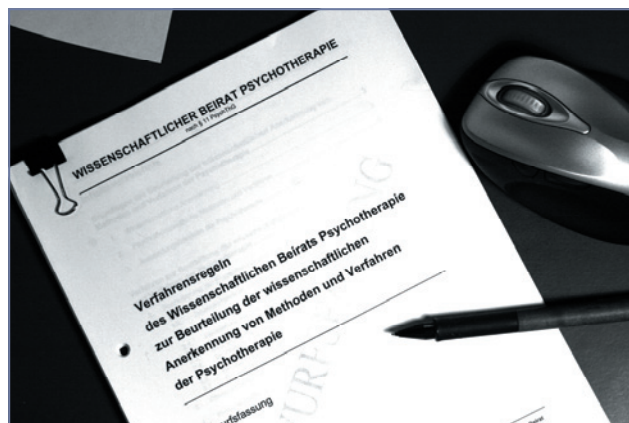
Die BPTK hat sich dafür eingesetzt, dass der WBP in der zweiten Amtsperiode seine methodisch-wissenschaftlichen Kriterien, die Grundlage der Anerkennung von Psychotherapieverfahren sind, weiterentwickelt. Die methodischen Standards der bisherigen Gutachten des WBP wurden in verschiedenen Gerichtsverfahren, u. a. zur Kostenübernahme psychotherapeutischer Behandlungen, kritisch beleuchtet. Hierbei wurden auch die Unterschiede zwischen Gemeinsamem Bundesausschuss und WBP hinsichtlich der Zuständigkeiten und des methodischen Verfahrens bei der Bewertung der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden diskutiert. Das BMG hat vor diesem Hintergrund eine engere Zusammenarbeit und bessere Abstimmung zwischen WBP und G-BA gefordert.

Zur Weiterentwicklung der methodischen Verfahrensweise wurde im Jahr 2005 eine Arbeitsgruppe (AG Methoden) eingesetzt. Nach intensiven Diskussionen legte die AG Methoden einen Vorschlag für eine modifizierte methodische Vorgehensweise bei der Erstellung von Gutachten zu Psychotherapieverfahren und -methoden vor. Das überarbeitete Methodenpapier soll den Ansprüchen der evidenzbasierten Medizin entsprechen und einer gerichtlichen Überprüfung nach neueren methodischen Standards standhalten.

Bisherige Schwachpunkte waren insbesondere, dass die Belege für die Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens von beantragenden Fachgesellschaften zusammengestellt wurden und die Ergänzung - z. B. Berichte zu Nebenwirkungen der Verfahren - unsystematisch durch Fachgutachter aus dem Beirat erfolgte. Zukünftig sieht der WBP eine eigenständige systematische Literaturrecherche vor. Die Bewertung der einzelnen Studien soll anhand differenzierter Kriterien bzw. Operationalisierungen zur allgemeinen methodischen Qualität sowie zur internen und externen Validität der Studien vorgenommen werden. Danach sollen naturalistische und versorgungsnaher Studien stärker als bisher bei der Bewertung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden herangezogen werden.

Auf Anregung der BPTK veröffentlichte der WBP den

Entwurf des neuen Methodenpapiers im Dezember 2006 erstmals auf seiner Homepage, um interessierten Fachkreisen die Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Eine erste Überarbeitung des Entwurfs (Version 2.1) wurde Anfang Januar 2007 auf der Homepage des WBP publiziert. Aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen der psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie von Einzelpersonen findet zurzeit eine weitere Beratung und Überarbeitung des Methodenpapiers im WBP statt.



### Forschungsförderung

Von Beginn seiner Tätigkeit an hat der WBP darauf hingewiesen, dass er den Stand und den Umfang der Psychotherapie- und Versorgungsforschung für insgesamt unzureichend hält. Bereits im Jahr 2000 forderte der WBP deshalb die Bundesregierung, die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger und die Forschungsorganisationen auf, die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für eine adäquate Evaluationsforschung im Bereich der Psychotherapie zu schaffen.

Der Beirat setzte sich für die Aufnahme des Forschungsbereichs "Psychotherapie" in das Grundlagenforschungsprogramm der Bundesregierung ein und 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 einem Forschungsprogramm des BMBF zur Wirksamkeit und Wirkweise der Psychotherapie. Das BMBF veröffentlichte am 14. Dezember 2004 die Richtlinien über die Förderung von Forschungsverbänden zur Psychotherapie im Rahmen des Programms "Gesundheitsforschung - Forschung für den Menschen" der Bundesregierung. Mit 18 Millionen Euro werden schwerpunktmäßig patientenorientierte, klinische und versorgungsorientierte Forschungsvorhaben zu spezifischen Störungsbildern gefördert werden.



© Deutscher Bundestag

## Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien

Nach § 135 SGB V setzt die Aufnahme einer neuen diagnostischen oder Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere voraus, dass ihr Nutzen, ihre medizinische Notwendigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nachgewiesen wird. Die im Oktober 2005 in Kraft getretene Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bezieht sich dabei explizit auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden.

Für die Psychotherapie ging es darum, bei einem ganzheitlichen Ansatz der Psychotherapie zu bleiben, indikationsspezifische Zulassungen für Verfahren zu verhindern und zugleich die Zulassung von Methoden für bestimmte Anwendungsbereiche zu ermöglichen. Der G-BA schlug im Frühjahr 2006 vor, zum einen die Anwendungsbereiche der Psychotherapie, angelehnt an die Kategorien des ICD-10, neu zu definieren und zum anderen Verfahren und Methoden anhand des Kriteriums der Versorgungsrelevanz zu unterscheiden und darüber die Kriterien für die Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren neu zu definieren.

### Expertenkommission der BPtK

Der Vorstand der BPtK beauftragte eine Expertenkommission, eine Stellungnahme der BPtK an den G-BA vorzubereiten. Der Kommission gehörten neben BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter auch Prof. Dr. Günter Esser, Prof. Dr. Harald J. Freyberger, Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann und Prof. Dr. Jürgen Hoyer an. Die Ex-

perten stellten ihre Vorschläge am 3. April 2006 auf einem BPtK-Symposium zur Diskussion.

Die Expertenkommission hatte sich auf die folgenden drei Fragen konzentriert:

- Definition von Anwendungsbereichen der Psychotherapie,
- Entwicklung von Entscheidungsregeln, mit denen die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens beurteilt werden kann,
- Operationalisierung des Kriteriums Versorgungsrelevanz.

### Liste der Stellungnahmen an den G-BA

**11/2004:** Anforderungen an ein DMP Asthma

**05/2005:** Veröffentlichung des Beratungsthemas „Ambulante Neuropsychologie“

**06/2005:** Anforderungen an ein DMP Diabetes mellitus

**07/2005:** Veröffentlichung des Beratungsthemas „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen“ (Kinder-Richtlinien)

**08/2005:** Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement

**10/2005:** Anforderungen an ein DMP Brustkrebs

**04/2006:** Änderung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien

**10/2006:** Beschlussvorlage zur Gesprächspsychotherapie



In der Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie lehnte sich die Expertenkommission an die Vorgaben des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) an. Von zentraler Bedeutung war hier die Unterscheidung in Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei Kindern und Jugendlichen. Die Anwendungsbereiche bei Erwachsenen untergliederte die Kommission in 12 Bereiche, wobei die Kategorien stärker als beim WBP auch unter Gesichtspunkten der Ätiopathogenese zusammengestellt wurden. Die Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen wurden im Vergleich zum WBP stärker differenziert (15 statt acht Anwendungsbereiche).

Für die sozialrechtliche Zulassung eines Verfahrens hatte der Unterausschuss Psychotherapie des G-BA vorgeschlagen, ein Verfahren über alle Anwendungsbereiche sozialrechtlich zuzulassen, wenn es bei mindestens drei der bevölkerungsepidemiologisch häufigsten Störungsgruppen (affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen) einen Nutznachweis erbringen kann (Schwellenkriterium Versorgungsrelevanz). Bei Kindern und Jugendlichen sollte nach Vorgabe des G-BA zusätzlich ein Nutznachweis für den Anwendungsbereich der psychischen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) erbracht werden.

Im Gegensatz dazu schlug die Expertenkommission vor, beim Kriterium Versorgungsrelevanz auch Häufigkeit, Schweregrad und Prognose der psychischen Störungen sowie das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen zu berücksichtigen. Die Expertenkommission befürwortete außerdem, Suchterkrankungen als vierten Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Erwachsenen mit herausgehobener Versorgungsrelevanz zu definieren. Aus ihrer Sicht sprach dafür neben epidemiologischen Argumenten vor allem die Schwere der Erkrankungen (Prognose, Chronizität, Folgeerkrankungen, Funktionsbeeinträchtigungen). Die Experten wiesen zudem darauf hin, dass Psychotherapie bei Suchterkrankungen

nicht nur im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, sondern auch als kurative Behandlung indiziert sein kann. Die derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien würden an dieser Stelle den aktuellen Stand der Wissenschaft nicht mehr abbilden und müssten aktualisiert werden.

Bei Kindern und Jugendlichen empfahl die Expertenkommission, neben den depressiven und den Angststörungen auch die externalisierenden Störungen als Anwendungsbereiche mit einer hervorgehobenen Versorgungsrelevanz zu definieren.

Alle Anwendungsbereiche, die die Expertenkommission sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen als besonders versorgungsrelevant vorgeschlagen hatte, zeichnen sich durch eine 12-Monatsprävalenz von über drei Prozent in der Bevölkerung aus. Auch unter der Perspektive des Schweregrades und der Versorgungsepidemiologie kommt diesen Anwendungsbereichen eine herausgehobene Bedeutung zu.

Nach Ansicht der Expertenkommission ist für die sozialrechtliche Anerkennung eines Verfahrens notwendig, dass es bei mindestens drei der vier genannten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei zwei der drei genannten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und

Jugendlichen den Nutzen nachweist.

Die BPTK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass beim Kriterium Versorgungsrelevanz die Bevölkerungsepidemiologie zwar von besonderer Bedeutung sei. Zusätzlich seien aber - soweit möglich - auch der Schweregrad, die sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Folgen, die Prognose zum Verlauf der Erkrankung und die Versorgungsepidemiologie (quantitative Relevanz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung) zu berücksichtigen. Auch müsse eine solche Definition die Komorbidität psychischer Störungen reflektieren. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der BPTK bezog sich auf die im Vorschlag des G-BA enthaltene

### Neuropsychologische Therapie

Der WBP hatte die Neuropsychologische Therapie bei organisch bedingten psychischen Störungen bereits im Jahr 2000 wissenschaftlich anerkannt. Seine Stellungnahmen zu den Richtlinienverfahren in den Jahren 2003 und 2004 zeigten zusätzlich auf, dass zurzeit kein psychotherapeutisches Verfahren und keine Methode in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist, das oder die bei dieser Patientengruppe nachweislich wirksam ist. Dennoch veröffentlichte der G-BA die ambulante Neuropsychologie erst 2004 als Beratungsthema und ordnete es dem Unterausschuss Heilmittel zu, was für erhebliche Irritationen sorgte. Die BPTK wies wiederholt darauf hin, dass es sich bei der Neuropsychologischen Therapie um eine psychotherapeutische Methode handelt, die von approbierten Psychotherapeuten angewendet wird.

Im ersten Anhörungsverfahren legte die BPTK in einer ausführlichen Stellungnahme die umfangreichen Nachweise zur Wirksamkeit der Neuropsychologischen Therapie bei organisch bedingten psychischen Störungen dar. Im Mai 2006 verabschiedete der 8. Deutsche Psychotherapeutentag eine Musterweiterbildungsordnung mit dem Bereich „Klinische Neuropsychologie“. Die BPTK informierte den G-BA erneut, dass die Neuropsychologische Therapie zur Psychotherapie gehört und dass ihre Ausübung zusätzlich zur Approbation eine zweijährige Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie voraussetzt. Im März 2007 wies die BPTK in einer juristischen Stellungnahme die bekannt gewordenen Pläne des G-BA, die Neuropsychologische Therapie als Heilmittel zuzulassen, als unsachgemäß und rechtlich unhaltbar zurück.

Möglichkeit, dass eine Nutzenbewertung dazu führen kann, dass ein zur Approbation führendes Verfahren zu einer psychotherapeutischen Methode undefiniert wird.

Der G-BA beschloss die Änderung der Psychotherapie-Richtlinien am 16. Juni 2006 weitgehend unverändert. Sein Beschluss wurde vom BMG am 15. August 2006 hinsichtlich der Änderungen in den Abschnitten B.I.3.2 und B.I.4 beanstandet. Diese Abschnitte traten deshalb nicht in Kraft.

In seiner Begründung griff das BMG die Argumentation der BPTK auf und kritisierte insbesondere das vom G-BA geforderte Schwellenkriterium als unverhältnismäßig, nach dem der Nachweis des Nutzens für mindestens drei der häufigsten psychischen Erkrankungen zu erbringen ist. Der G-BA habe die von der BPTK vorgebrachten erheblichen Bedenken gegen die Definition des

**Tabelle 1:**  
12-Monats- und Lifetime-Prävalenzen von DSM-IV Diagnosen

Anwendungsbereich/Diagnose (-gruppe)	12-Monate	Lifetime
Substanzstörungen (ohne Nikotinabhängigkeit)	4,5	9,9
Alkoholabhängigkeit, -missbrauch	4,1	8,5
Drogenabhängigkeit, -missbrauch	0,7	2,1
mögliche psychotische Störungen	2,6	4,5
affektive Störungen	11,9	19,0
depressive Störungen	10,8	17,3
depressive Episode	4,3	9,3
rez. depressive Störung	4,0	5,5
Dysthymie	4,5	5,5
Angststörungen	14,5	15,7
Panikstörung	2,3	3,9
Agoraphobie ohne PS	2,0	2,0
soziale Phobie	2,0	2,0
spezifische Phobie	9,7	7,6
GAD	1,5	1,5
OCD	0,7	0,8
somatoforme Störungen	11,0	16,2
Schmerzstörungen	8,1	12,7
Undifferenzierte somatoforme Störung; SSI 4/6	4,3	5,6
Essstörungen	0,3	0,8
psych. Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors	1,3	2,2
irgendeine psychische Störung	31,0	42,8

Schwellenkriteriums Versorgungsrelevanz "nicht ausräumen" können. Das BMG bemängelte, dass vom G-BA ausschließlich auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen abgehoben wurde, wichtige Parameter wie Schweregrad, Prognose, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Folgen sowie Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Behandlung dagegen nicht berücksichtigt wurden. Ferner beanstandete das BMG ebenfalls die Möglichkeit, dass ein psychotherapeutisches Verfahren im Sinne des Psychotherapeutengesetzes durch die Richtlinien des G-BA in eine Methode undefiniert werden kann.

### Bundesgesundheitsurvey

Die BPTK wertete die Daten des deutschen Bundesgesundheitsurveys (BGS) aus, um zu einer stärker empirisch fundierten und multidimensionalen Definition des Konzeptes Versorgungsrelevanz beizutragen.

Der G-BA hatte sich in seinem ursprünglichen Vorschlag nahezu ausschließlich auf die Angaben zu den 12-Monatsprävalenzen psychischer Störungen im BGS bezogen. Im BGS wurde allerdings lediglich ein Ausschnitt der psychotherapie relevanten Diagnosegruppen untersucht. Dazu gehörten:

- affektive Störungen,
- Angststörungen (inkl. Zwangsstörungen),
- somatoforme Störungen,
- Essstörungen (Anorexie und Bulimie),
- substanzbezogene Störungen,
- „mögliche psychotische Störungen“,
- psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (F06).

Folgende Störungen wurden nicht erfasst:

- posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen,
- nicht-organische Schlafstörungen,
- sexuelle Funktionsstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
- psychische und soziale Faktoren bei (chronischen) körperlichen Erkrankungen,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit.

Die 12-Monats- und Lebenszeitprävalenzen der im BGS untersuchten DSM-IV Diagnosen sind in der Tabelle 1 dargestellt. Danach treten Angststörungen mit einer 12-Monatsprävalenz von 14,5 Prozent am häufigsten auf, gefolgt von den affektiven Störungen (11,9 Prozent), den somatoformen Störungen (11,0 Prozent) und den substanzbezogenen Störungen (4,5 Prozent). Dies entspricht auch den Anwendungsbereichen des Vorschlags der BPTK-Expertenkommission.

**Tabelle 2:** Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

Anwendungsbereich/ Diagnose(-gruppe)	Diagnosehäufigkeit (%) der Psychotherapie in An- spruch nehmenden Patien- ten (12-Monatsprävalenz; N=124)	Diagnosehäufigkeit (%) der Psychotherapie in Anspruch nehmenden Patienten mit einer psychischen Störung (12-Monatsprävalenz; N=88)	Diagnosehäufigkeit (%) der Psychothera- pie in Anspruch neh- menden Patienten (lifetime) (N=533)
Substanzstörungen (ohne Nikotinabhängigkeit)	14,4	20,4	21,4
mögliche psychotische Störung	15,2	21,5	14,1
affektive Störungen	42,2	59,5	43,6
Angststörungen	40,8	57,6	36,9
somatoforme Störungen	27,5	38,8	32,0
Essstörungen	1,7	2,4	2,8
psych. Störung aufgrund eines me- dizinischen Krankheitsfaktors	4,1	5,8	5,6
irgendeine psychische Störung	70,9	100,0	77,3

Die BGS-Daten erlauben weiterhin eine Analyse, bei welchen psychischen Störungen Patienten in den letzten zwölf Monaten oder seit ihrer Geburt (lifetime) psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben (Aspekt der Versorgungsepidemiologie). Von 4.181 Personen hatten 124 in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Psychotherapeuten ambulant konsultiert. Bei rund 80 Prozent (88 Personen) konnte mindestens eine der im BGS untersuchten psychischen Störungen diagnostiziert werden. Insgesamt hatten bislang 533 Personen wegen einer psychischen Störung eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen (lifetime).

Die 12-Monatsprävalenzdaten erlauben zwei unterschiedliche Auswertungen: zum einen bezogen auf alle

Personen, die in den vergangenen zwölf Monaten zu einem Psychotherapeuten gingen, zum anderen auf diejenigen, bei denen zugleich im Rahmen des BGS eine psychische Störung diagnostiziert wurde.

Affektive und Angststörungen waren nach jeder der beiden Berechnungen überdurchschnittlich häufig. Bezogen auf alle Personen, die einen Psychotherapeuten aufsuchten, machten sie jeweils mehr als 40 Prozent der psychischen Störungen aus (siehe Tabelle 2). Somatoforme Störungen lassen sich bei einem Viertel der Patienten feststellen, substanzbezogene Störungen und die Verdachtsdiagnose einer psychotischen Störung bei jeweils 15 Prozent. Legt man der Berechnung allein die Personen zugrunde, bei denen überhaupt eine Störung diagnostiziert wurde, beträgt der Anteil der affektiven und Angststörungen sogar jeweils über 50 Prozent. Die Ergebnisse der Lifetime-Analysen bestätigen diese Anteile.

### Komorbiditäten

Der BGS erlaubt auch eine Analyse der Komorbidität psychischer Störungen zum einen bei den Patienten, die in den vergangenen 12 Monaten einen Psychotherapeuten aufsuchten, zum anderen bei den 1.296 Personen, bei denen für die letzten 12 Monate eine psychische Störung diagnostiziert wurde. Fast 90 Prozent von ihnen hatten entweder eine affektive, Angst- oder somatoforme Störung. Knapp 80 Prozent hatten aber auch entweder eine Angst-, affektive oder substanzbezogene Störung. Schließlich lassen sich auch bei 80 Prozent entweder eine Angst-, somatoforme oder substanzbezogene Störung feststellen.



Symposium der BPTK zur Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien am 03.04.2006

### Schweregrad

Da im Rahmen des BGS keine einheitliche Erhebung eines Maßes des Schweregrades vorgesehen war, wurde an dieser Stelle auf die Daten der National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) zurückgegriffen. In dieser US-amerikanischen Studie wurden 45 Prozent der Fälle mit einer affektiven Störung als „schwer“ klassifiziert, im Vergleich zu 30 Prozent der Fälle mit einer substanzbezogenen Störung und 23 Prozent der Fälle mit einer Angststörung. Psychotische Störungen wurden per se als „schwer“ klassifiziert, während somatoforme Störungen in dieser Untersuchung nicht erfasst wurden.

### Fazit

Bei Berücksichtigung der Dimensionen Bevölkerungs- und Versorgungsepidemiologie sowie Schweregrad kommen den affektiven Störungen und mit leichten Abstrichen den Angststörungen eine besonders hohe Versorgungsrelevanz zu. Somatoforme, substanzbezogene und psychotische Störungen kön-

nen einer Kategorie der mittleren Versorgungsrelevanz zugeordnet werden. Somatoforme Störungen sind relativ häufig, während substanzbezogene Störungen bei oftmals chronischem Verlauf häufig schwerwiegend sind. Psychotische Störungen sind zwar seltener, jedoch durch eine sehr hohe Beeinträchtigungsschwere gekennzeichnet.

Für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinien legen die BSG-Daten nahe, dass ein psychotherapeutisches Verfahren mindestens bei affektiven und Angststörungen nachweislich wirksam sein sollte. Zusätzlich könnte gefordert werden, dass die Wirksamkeit bei mindestens einer psychischen Störung mittlerer Versorgungsrelevanz zu belegen ist. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass u. a. posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen mit Beginn in der Kindheit nicht im BGS erfasst wurden und gegebenenfalls hierbei noch mit einzubeziehen sind.

### Gesprächspsychotherapie

Im Jahr 2002 stellte der WBP die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in vier Anwendungsbereichen bei Erwachsenen fest und empfahl sie als Verfahren der vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Zwei Jahre später veröffentlichte der G-BA das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“. Die BPTK legte 2004 eine juristische Stellungnahme zum Fragenkatalog des G-BA vor. Erst im Verlauf der weiteren Beratungen rückte der G-BA von der Forderung ab, dass für die Gesprächspsychotherapie nachgewiesen werden müsse, dass sie den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren überlegen sei. Die BPTK kritisierte ferner, dass der G-BA zunächst die Nutzenbewertung auf die vier vom WBP anerkannten Indikationen beschränken wollte.

In den Jahren 2005/2006 überarbeitete der G-BA die Psychotherapie-Richtlinien. Sein Vorhaben, deshalb die Kriterien für die Zulassung der Gesprächspsychotherapie neu zu definieren, rief heftige Kritik hervor. Aufgrund der Beanstandung der neuen Psychotherapie-Richtlinien durch das Bundesgesundheitsministerium traten die neuen Kriterien jedoch nicht in Kraft. Beim ablehnenden Beschluss des G-BA zur Gesprächspsychotherapie fanden sie aber dennoch implizit Anwendung.

Der G-BA hatte lediglich eine Studie zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit depressiver Störung als Nutznachweis anerkannt. Alle anderen Studien genügten nach seiner Auffassung nicht den methodischen Mindestanforderungen oder hatten keine Gesprächspsychotherapie im Sinne seiner Definition zum Inhalt.

Die BPTK hat in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass bei der Gesprächspsychotherapie die noch geltenden, bisherigen Psychotherapie-Richtlinien anzuwenden sind. Danach erfüllt die Gesprächspsychotherapie alle vier Zulassungskriterien: Sie hat den Nachweis der erfolgreichen An-

wendung in der ambulanten Versorgung erbracht. Sie ist wissenschaftlich ausreichend definiert und von anderen, bereits zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren abgrenzbar. Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung sind verfügbar.

Die BPTK kritisierte ferner, dass der G-BA von einem unzulässig engen Begriff der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie ausgegangen ist. Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie, die Grundlage einer Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den WBP waren, fanden beim Beschluss des G-BA keine Berücksichtigung. Dies, obwohl die Basis des Anerkennungsantrages gerade eine umfassendere Definition der Gesprächspsychotherapie war. Nach Ansicht der BPTK führte dies nicht nur zu inhaltlichen, sondern auch formalen Problemen, weil davon ausgegangen werden kann, dass dadurch mehrere geeignete Studien zur Gesprächspsychotherapie nicht berücksichtigt wurden.

Der ablehnende Beschluss des G-BA im Dezember 2006 wurde im Januar 2007 vom BMG beanstandet und trat nicht in Kraft. Das BMG bemängelte, dass der G-BA seinen 604seitigen Bericht der BPTK nicht zur Verfügung gestellt hatte. Die BPTK hätte „nur in Kenntnis dieser Information“ die Möglichkeit gehabt, die G-BA-Argumentation fachlich zu entkräften. Das BMG kritisierte, dass das Vorgehen des G-BA „nicht den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Beteiligung entspricht“. Diese Beteiligung sei in einem erneuten Stellungnahmeverfahren nachzuholen. Das BMG hebt außerdem hervor, dass die Auswertungen des G-BA „teilweise in Widerspruch zu den Bewertungen des WBP stehen“. Die Diskrepanz bestehe insbesondere in der eingeschränkten Definition der Gesprächspsychotherapie durch den G-BA.

## Öffentlichkeitsarbeit



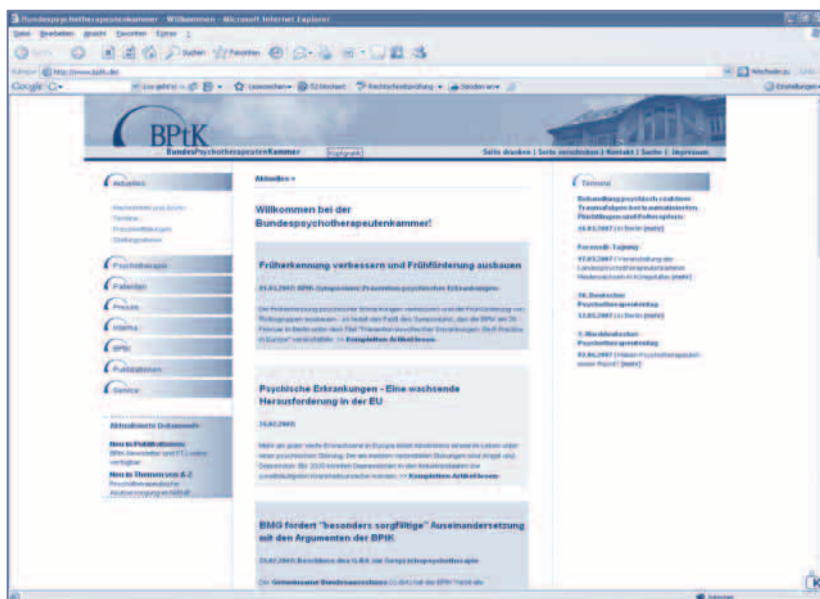
### BPTK-Newsletter

Der „BPTK-Newsletter“ erscheint seit Februar 2005 viermal jährlich mit aktuellen Beiträgen zu sozial- und berufspolitischen Themen aus der Perspektive der Bundesebene. Die BPTK informiert darin über ihre Schwerpunktthemen, Stellungnahmen und Veranstaltungen. Der Newsletter der BPTK erscheint zeitversetzt zum

Psychotherapeutenjournal, um eine möglichst hohe Aktualität der Beiträge beider Medien zu gewährleisten. Im November 2005 wurde auf Empfehlung des Länderrates der ursprüngliche Adressatenkreis erweitert: Neben der Nutzung als internes Informationsmedium für Delegierte und Kammermitglieder erreicht der Newsletter seitdem auch externe Adressaten aus Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Einzelne Landespsychotherapeutenkammern stellen ihn auch ihren Mitgliedern zur Verfügung. (Auflage: 10.000)

### Homepage

Die BPTK nutzt seit ihrer Gründung das Internet als Informationsplattform mit einer eigenen Homepage. Am 15. November 2005 erfolgte der Relaunch der Homepage mit einem benutzerfreundlichen Aufbau in einem modernen Design. Mit regelmäßigen Newsmeldungen, ei-



nem eigenen Pressebereich sowie verschiedenen Serviceleistungen wurden die angebotenen Inhalte stark erweitert. Neben fundierten Informationen für den Fachbesucher wurde ein besonderes Augenmerk auf die Zielgruppe der Patienten gelegt. In einer klaren, auch für den Laien leicht verständlichen Sprache werden Fragen zur Psychotherapie und die psychotherapeutische Behandlung beantwortet.

Im Mai 2006 wurde zusätzlich das BPTK-ExtraNet eingerichtet. Hierbei handelt es sich um einen speziellen, geschützten Bereich der BPTK-Homepage. Zugriffsberechtigt sind die Bundesdelegierten, die Mitglieder der Ausschüsse und Kommissionen der BPTK sowie die Vorstände und Geschäftsführungen der Landeskammern. Das ExtraNet bietet eine zentrale Plattform, um auf - nichtöffentliche - Dokumente und Arbeitsmaterialien, z. B. alle Tagungsunterlagen der Deutschen Psychotherapeutentage, zugreifen zu können.

Homepage und ExtraNet der BPTK werden fortwährend erweitert.

### PTJ

Das Psychotherapeutenjournal ist das Organ der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein. Das PTJ erscheint seit 2002 mit vier Ausgaben jährlich in einer Auflage von ca. 30.000 Exemplaren. Alle Mitglieder der beteiligten Landespsychotherapeutenkammern erhalten das PTJ. Die Fachartikel des PTJ beschäftigen sich mit Theorie und Praxis der Psychotherapie, greifen aktuelle Fragestellungen auf und weisen auf für Psychotherapeuten wichtige gesundheits- und gesellschaftspolitische, wirtschaftliche und juristische Entwicklungen hin. Darüber hinaus gibt jede beteiligte Landespsychotherapeutenkammer auf eigenen Seiten ihren Mitgliedern länderspezifische Informationen.



## Anhang

### Bundesdelegierte der Deutschen Psychotherapeutentage\*

<p><b>Baden-Württemberg</b></p> <p>Prof. Dr. Walter Bongartz Dr. Alessandro Cavicchioli Jürgen Doeberl Marianne Funk Friedrich Gocht Martin Klett Dr. Ernst Dietrich Munz Trudi Raymann Michael Reisch Mareke de Brito Santos-Dodt Sabine Schäfer</p>	<p><b>Bayern</b></p> <p>Michael Bastian Ellen Bruckmayer Gerda B. Gradl Gerhard Krones Peter Lehndorfer Dr. Nikolaus Melcop Birgit Misgeld Gerhard Müller Albrecht Stadler PD Dr. Karin Tritt Dr. Heiner Vogel Angelika Wagner-Link Benedikt Waldherr</p>	<p><b>Berlin</b></p> <p>Heinrich Bertram Inge Brombacher Sabine Deitschun Bernd Fliegner Pilar Isaac-Candeias Michael Krenz Renate Mrazek Anne Springer Christoph Stöblein Dr. Manfred Thielen</p>
<p><b>Bremen</b></p> <p>Axel Janzen Hans - Otto Platte Karl Heinz Schrömgens</p>	<p><b>Hamburg</b></p> <p>Gerda Krause Prof. Dr. Rainer Richter Petra Rupp Dr. Rainer Thiel Rainer Ulrich</p>	<p><b>Hessen</b></p> <p>Hans Bauer Dr. Frank R. Deister Jürgen Hardt Jörg Hein Thomas Merz Dr. Ulrich Müller Reinhold Otte Wilfried Schaeben</p>
<p><b>Niedersachsen</b></p> <p>Inge Berns Gerlinde Büren-Lützenkirchen Gertrud Corman-Bergau Jörg Hermann Dr. Josef Könnig Werner Köthke Dr. Heinz Liebeck Bertke Reiffen-Züger Dr. Lothar Wittmann</p>	<p><b>Nordrhein-Westfalen</b></p> <p>Matthias Fink Dr. Wolfgang Groeger Karl-Otto Hentze Gerd Hoehner Karl-Wilhelm Hofmann Dr. Heribert Joisten Monika Konitzer Ulrich Meier Rolf Mertens Anni Michelmann Johannes Petri Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider Wolfgang Schreck Hans Schumacher Hermann Schürmann Dr. Walter Ströhm Sabine Unverhau Ferdinand von Boxberg Andreas Wilser</p>	<p><b>OPK**</b></p> <p>Martina Bahnsen Dr. Steffen Dauer Jürgen Golombek Dr. Thomas Guthke Frank Massow Andrea Mrazek, M.A., M.S. Johannes Pabel Ragna Richter Dr. Wolfram Rosendahl Volker Schmidt Dietmar Schröder Dr. Jörg Schumacher Michael Stein</p>
<p><b>Rheinland-Pfalz</b></p> <p>Dieter Best Elisabeth Götzinger Alfred Kappauf Hans-Jochen Weidhaas</p>	<p><b>Saarland</b></p> <p>Bernhard Morsch Ludger Neumann-Zielke Ilse Rohr</p>	<p><b>Schleswig-Holstein</b></p> <p>Heiko Borchers Dr. Angelika Nierobisch Dr. Oswald Rogner Theodor Schneider</p>

\*Stand: 9. DPT (18.11.2006)

\*\*Die OPK ist der BPTk zum 01.04.2007 beigetreten.

**Vorstand**

	17.05.03 bis 15.10.05	15.10.05 bis 18.05.07
<b>Präsident:</b>	Detlev Kommer	Prof. Dr. Rainer Richter
<b>Vizepräsident:</b>	Dr. Lothar Wittmann	Hans Bauer
<b>Vizepräsidentin:</b>	Monika Konitzer	Monika Konitzer
<b>Beisitzer:</b>	Hermann Schürmann	Hermann Schürmann
<b>Beisitzer:</b>	Peter Lehndorfer	Peter Lehndorfer

**Vorstandsbeauftragte**

für Gebührenordnungsfragen:	Dieter Best
für Akutversorgung im Notfall:	Werner W. Wilk
für Europafragen:	Heinrich Bertram

**Länderrat**

Baden-Württemberg	Dr. Ernst Dietrich Munz
Bayern	Dr. Nikolaus Melcop
Berlin	Michael Krenz
Bremen	Karl Heinz Schrömgens
Hamburg	Petra Rupp
Hessen	Jürgen Hardt
Niedersachsen	Dr. Lothar Wittmann
NRW	Karl Wilhelm Hofmann
OPK (Gast)	Johannes Pabel
Rheinland-Pfalz	Alfred Kappauf
Saarland	Ilse Rohr
Schleswig-Holstein	Dr. Oswald Rogner
KJP	Marion Schwarz*
KJP	Martin Klett**
*Stellvertreter: Matthias Fink (seit 6. DPT, vorher Veronika Mähler-Dienstuhl)	
** Stellvertreterin: Helga Planz	

**Kommissionen/Ausschüsse**

<b>Weiterbildungskommission</b>	<b>KJP-Ausschuss</b>	<b>Finanzausschuss</b>
gewählt auf dem 2. DPT am 01.11.2003	gewählt auf dem 2. DPT am 01.11.2003	gewählt auf dem 1. DPT am 18.05.2003
Uta Cramer-Düncher Martin Klett (Sprecher) Prof. Dr. Dietmar Schulte Dr. Walter Ströhm Ulrich Wirth Für den Vorstand: Prof. Dr. Rainer Richter	Prof. Dr. Michael Borg-Laufs Sigrid Müller-Hoogen (Sprecherin) Trudi Raymann Marion Schwarz Für den Vorstand: Peter Lehndorfer	Baden-Württemberg Renate Hannak-Zeltner Bayern Rudi Bittner Berlin Renate Mrazek Bremen Karl-Heinz Schrömgens Hamburg Rainer Ulrich (Vorsitzender) Hessen Friedhelm Jung Niedersachsen Gertrud Corman-Bergau NRW Gerd Hoehner OPK Carsten Britting Rheinland-Pfalz Manfred Kiebling Saarland Irmgard Jochum Schleswig-Holstein Dr. Bert Heinemann Für den Vorstand: Hermann Schürmann
<b>Fortbildungskommission</b>	<b>PTI-Ausschuss</b>	<b>Ausschuss für Satzung und Struktur</b>
gewählt auf dem 2. DPT am 01.11.2003	gewählt auf dem 2. DPT am 01.11.2003	gewählt auf dem 5. DPT am 23.04.2005
Dr. Harald Barchmann Michael Krenz (Sprecher) Anni Michelmann Gerhard Müller Dr. Sabine Schlippe-Weinberger Für den Vorstand: Dr. Lothar Wittmann (bis 6. DPT) Hans Bauer (seit 6. DPT)	Jörg Hermann Jürgen Kammler-Kaerlein Andrea Küther* Alfred Krieger Veronika Mähler-Dienstuhl Thomas Merz (Sprecher) Michael Schmude Hans-Werner Stecker Dr. Roland Straub Dr. Heiner Vogel (Sprecher) Für den Vorstand: Hermann Schürmann * seit 8. DPT (vorher Gabriele De- richs)	Hans Bauer Karl-Otto Hentze (bis 9. DPT) Dr. Nikolaus Melcop Wolfgang Schreck Marion Schwarz Anne Springer Dr. Lothar Wittmann (bis 6. DPT)
<b>QS/QM-Kommission</b>		
gewählt auf dem 2. DPT am 01.11.2003		
Bernd Fliegener Prof. Dr. Thomas Fydrich Hildegard Horn Dr. Annelie Scharfenstein (Sprecherin) Anne Springer Für den Vorstand: Monika Konitzer		
<b>Kommission „Akutversorgung im Notfall“</b>	<b>Expertenkommission Psychotherapie-Richtlinien</b>	
benannt im Dezember 2004	benannt im Februar 2006	
Dr. Kristin von Auer Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel Thomas Hensel Dr. Jens T. Kowalski Für den Vorstand: Monika Konitzer	Dr. Hedda Ribbert Dr. Regina Steil Werner W. Wilk	Prof. Dr. Günter Esser Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann Prof. Dr. Harald J. Freyberger Prof. Dr. Jürgen Hoyer Für den Vorstand: Prof. Dr. Rainer Richter

## Landespsychotherapeutenkammern

### Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Tel. 0711 674470-0

<http://www.lpk-bw.de>



### Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Tel. 089 515555-0

<http://www.ptk-bayern.de>



### Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

Tel. 030 887140-0

<http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de>



### Psychotherapeutenkammer Bremen

Tel. 0421 277200-0

<http://www.lpk-hb.de>



### Psychotherapeutenkammer Hamburg

Tel. 040 4210123-4

<http://www.ptk-hamburg.de>



### Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Tel. 0611 53168-0

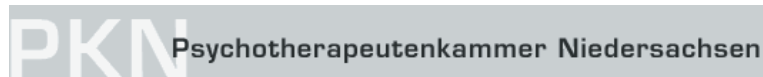
<http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de>



### Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Tel. 0511 850304-31

<http://www.pk-nds.de>



### Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Tel. 0211 522847-0

<http://www.ptk-nrw.de>



### Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Tel. 03443 30535-5

<http://www.ihre-opk.de>



### Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Tel. 06131 570381-3

<http://www.lpk-rlp.de>



### Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Tel. 0681 954555-6

<http://www.ptk-saar.de>



### Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Tel. 0431 661199-0

<http://www.pksh.de>





## Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

### Vertreter der PP/KJP

Prof. Dr. Günter Esser  
 Prof. Dr. Thomas Fydrich  
 Prof. Dr. Jürgen Kriz  
 Prof. Dr. Falk Leichsenring  
 Prof. Dr. Dietmar Schulte

### Vertreter der ärztlichen Psychotherapeuten

Prof. Dr. Gerhard Buchkremer  
 Prof. Dr. Fritz Hohagen  
 Prof. Dr. Horst Kächele  
 Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl  
 Prof. Dr. Gerd Rudolf  
 Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort

### Stellvertreter der PP/KJP

Prof. Dr. Jochen Eckert  
 Prof. Dr. Hans Reinecker  
 Prof. Dr. Bernhard Strauß  
 Prof. Dr. Ulrich Stuhr  
 PD Dr. phil. Kirsten von Sydow  
 Dr. phil. Eberhard Windaus  
 Prof. Dr. Rainer Richter (ruht)

### Stellvertreter der ärztlichen Psychotherapeuten

Prof. Dr. Manfred Cierpka  
 Prof. Dr. Gereon Heuft  
 Prof. Dr. Michael Linden  
 Prof. Dr. Rolf Meermann  
 Prof. Dr. Franz Resch  
 Prof. Dr. Renate Schepker

## Fachbeirat Psychotherapeutenjournal

Kammer	Vertreter	Kammer	Vertreter
Baden-Württemberg	Dr. Ernst Dietrich Munz	Hessen	Uta Cramer-Düncher
	Mareke de Brito Santos-Dodt	Niedersachsen	Dr. Lothar Wittmann
Bayern	Dr. Nikolaus Melcop		Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz
	Dr. Heiner Vogel	Nordrhein-Westfalen	Karl Wilhelm Hofmann
Berlin	Anne Springer	Rheinland-Pfalz	Dr. Annelie Scharfenstein
	Dr. Manfred Thielen	Saarland	Ilse Rohr
Bremen	Karl Heinz Schrömgens	Schleswig-Holstein	Dr. Uwe Speckenbach
Hamburg	N.N.	BPTK	Prof. Dr. Rainer Richter
Hessen	Jürgen Hardt		

## Mitgliedschaften

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.  
 Bundesverband Managed Care (BMC)  
 Bundesverband der Freien Berufe (BfB)  
 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

## Veranstaltungen

### Symposien

- 26.02.2007 „Prävention psychischer Erkrankungen: Best Practice in Europa“  
anlässlich des 60. Geburtstags von Prof. Dr. Rainer Richter
- 03.04.2006 Anpassung der Psychotherapierichtlinien - Sozialrechtliche  
Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 05.04.2005 Evidenzbasierte Psychotherapie
- 14.12.2004 Hausarztzentrierte Versorgung, Disease-Management und  
Integrierte Versorgung - Ansatzpunkte für eine verbesserte  
Diagnostik und Therapie leichter und mittelschwerer Depression

### Workshops

- 02.11.2006 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
- 23.10.2006 Neue Versorgungsformen für psychisch kranke Menschen
- 26.06.2006 Qualität und Qualitätsmanagement in der  
psychotherapeutischen Versorgung
- 21.11.2005 Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche -  
Versorgungssituation im GKV-Bereich
- 04.11.2004 Health Professional Card

### Deutsche Psychotherapeutentage

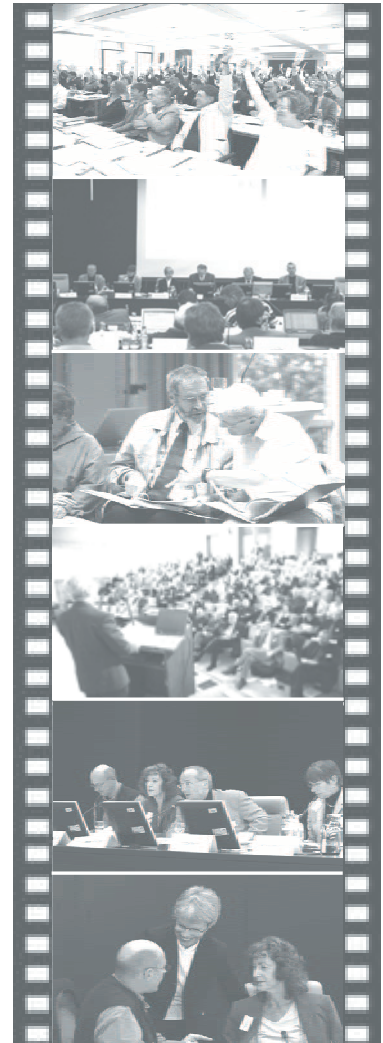
- 18.11.2006 9. Deutscher Psychotherapeutentag, Köln
- 13.05.2006 8. Deutscher Psychotherapeutentag, Frankfurt
- 13.01.2006 7. Deutscher Psychotherapeutentag (Sonder-DPT), Dortmund
- 15.10.2005 6. Deutscher Psychotherapeutentag, Hamburg
- 23.04.2005 5. Deutscher Psychotherapeutentag, München
- 09.10.2004 4. Deutscher Psychotherapeutentag, Stuttgart
- 15.05.2004 3. Deutscher Psychotherapeutentag, Hannover
- 01.11.2003 2. Deutscher Psychotherapeutentag, Düsseldorf
- 17./18.05.03 1. Deutscher Psychotherapeutentag, Berlin

### Anhörungen der Kammern/Berufs- und Fachverbände

- 18.01.2006 Musterweiterbildungsordnung
- 04.09.2005 Musterberufsordnung
- 15.06.2005 Weiterbildungskommission
- 02.11.2004 Musterweiterbildungsordnung
- 13.02.2004 Neuropsychologie

### Kongresse unter Mitwirkung der BPtK

- 23.03.2007 EbM-Kongress, BPtK-Workshop „Evidenz und Qualität in der Psychotherapie“
- 24.11.2006 DGPPN-Kongress, BPtK-Symposien „Psychische Gesundheit und psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen“,  
„Psychosoziale Versorgung von Gewalt-, Kriegs- und Folteropfern“, „Innovative Psychotherapiemethoden - Integration  
in Aus- und Weiterbildung und ambulante Versorgung“
- 19.09.2006 DGPs-Kongress, BPtK-Symposium „Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Patienten mit chronischen  
körperlichen Erkrankungen - Beiträge aus der Versorgungsforschung“
- 06.04.2006 Weltgesundheitstag
- 06./07.03.06 DGVt-Kongress, Vortrag „Externe Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation - Möglichkeiten und  
Hindernisse einer systematischen Qualitätsverbesserung“
- 18.11.2005 Kongress Armut und Gesundheit, Vortrag zur „Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“
- 25.10.2005 Kongress GesundLernen, BPtK-Workshop „Prävention psychischer Störungen“
- 06.05.2005 Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Workshop „Nichts ist so praktisch  
wie eine gute Versorgungsforschung - zur Relevanz der Versorgungsforschung für die Praxis“



## Stellungnahmen und Positionspapiere

### Stellungnahmen zu:

**09/2004:** Entwurf für ein zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz) (BT-Drs. 15/3672)

**11/2004:** Neuordnung der Gesetzgebungskompetenz im Bereich Kinder- und Jugendhilfe durch die Kommission zur Modernisierung der Bundesstaatlichen Ordnung (Föderalismusreform)

**12/2004:** Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht - Vereinfachungsgesetz (BT-Drs. 15/4228)

**02/2005:** Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention - Präventionsgesetz (BT-Drs. 15/4833)

**03/2005:** Entwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) (BT-Drs. 15/3676)/Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch (BT-Drs. 15/4158)/Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG) (BT-Drs. 15/4532)

**03/2005:** Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen (BT-Drs. 15/4924)

**07/2005:** Fragenkatalog „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

**10/2005:** Expertenbefragung zur Revision der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL-Revision 2006)

**11/2005:** Koalitionsvertrag CDU/CSU und SPD - Eckpunkte, Prognosen, Handlungsbedarf auf Bundes- und Landesebene

**05/2006:** Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄG)

**06/2006:** EU-Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (KOM (2005) 484)

**08/2006:** „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen“ (Anhörung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)

**09/2006:** Gesetzentwürfe von Bundesregierung (BT-Drs. 16/1110) und Bundesrat (BT-Drs. 16/1344) zur Reform des Maßregelrechts: Sicherung der Unterbrin-

gung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt

**09/2006:** Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG) (BT-Drs. 16/2474)

**09/2006:** Weiterentwicklung der GOÄ/GOP

**10/2006:** Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

**11/2006:** Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993)

**11/2006:** Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“ (BT-Drs. 16/3100)

**12/2006:** Veröffentlichung aus der Zivilschutz-Forschung - Schriftenreihe der Schutzkommission beim BMI, Band 57 (Prof. Dr. I. Beerlage, T. Hering & L. Nörenberg) „Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“

**01/2007:** Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

### Positionspapiere zu:

**12/2005:** Rechtsstellung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen

**01/2006:** Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

**01/2006:** Tarifliche Eingruppierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im TVöD

**05/2006:** Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung

**05/2006:** Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Bestandsaufnahme/Handlungsbedarf

**01/2007:** Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik (Kinderkommission des Deutschen Bundestages)

## Geschäftsstelle der Bundespsychotherapeutenkammer



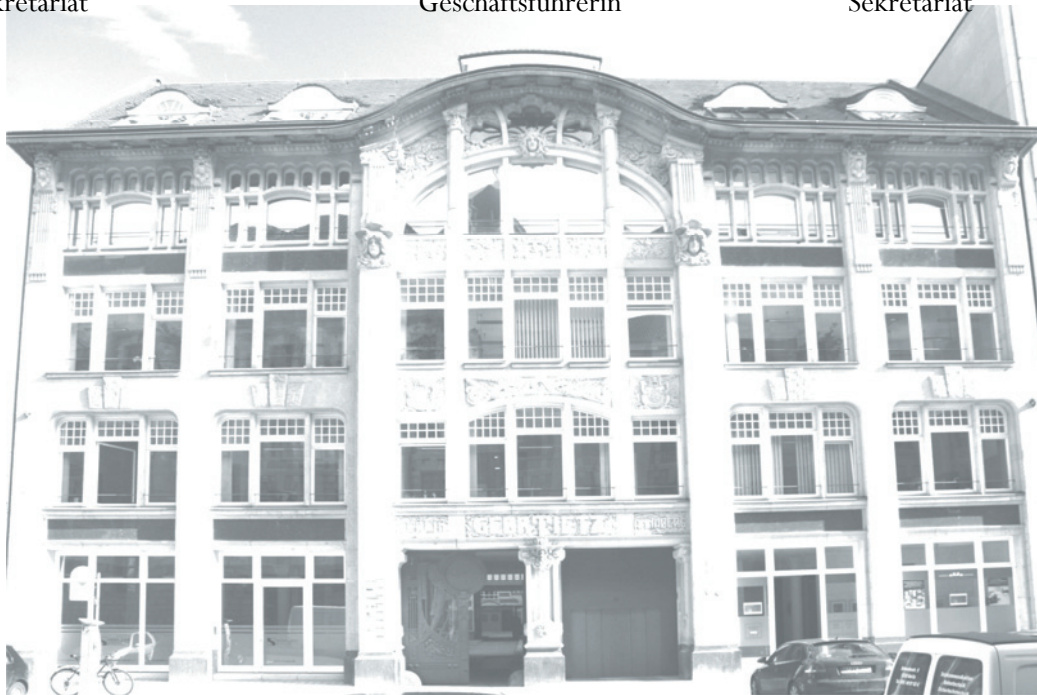
**Petra Müller**  
Sekretariat



**Dr. Christina Tophoven**  
Geschäftsführerin



**Judith Scheide**  
Sekretariat



**Timo Harfst**  
wissenschaftlicher Referent

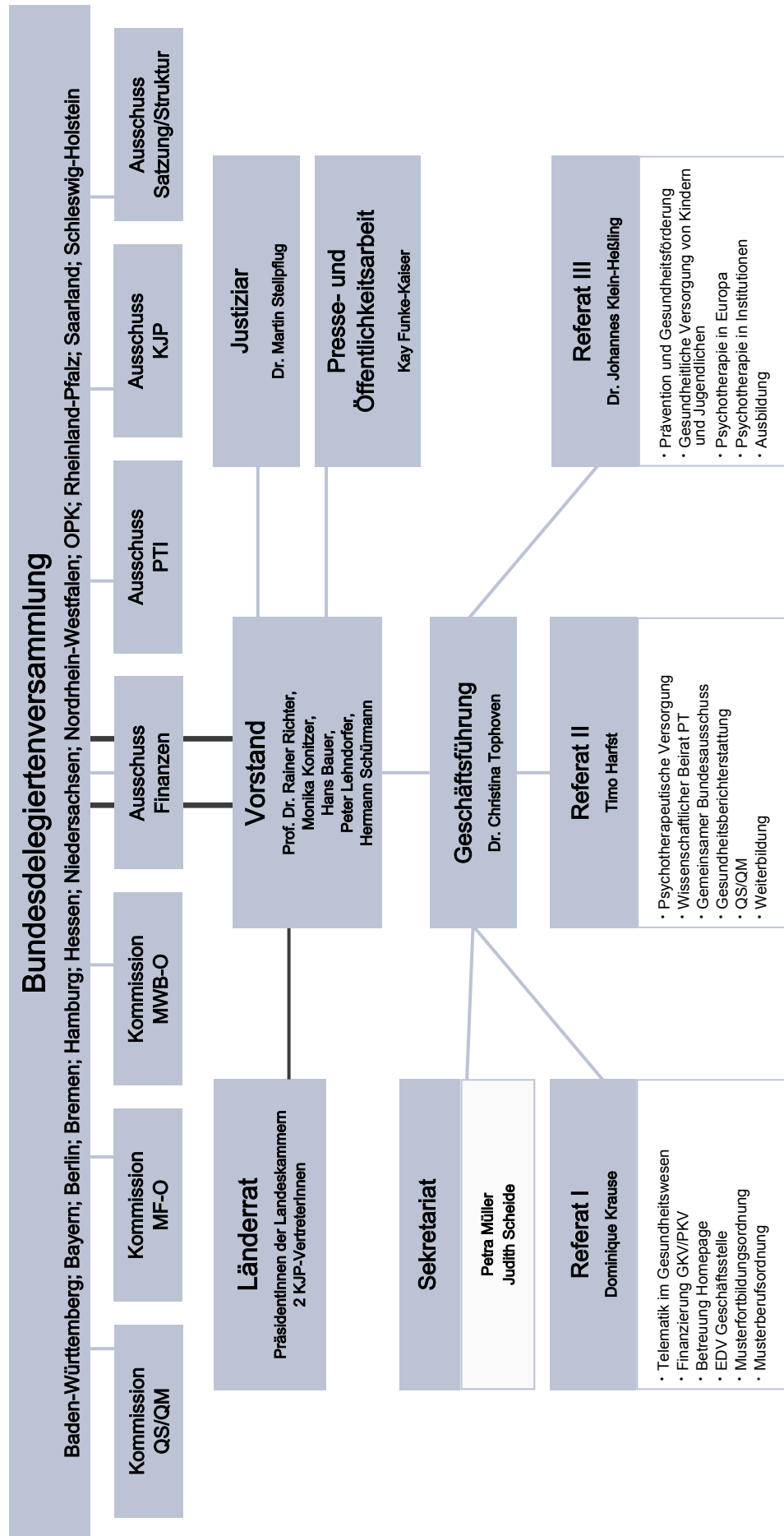


**Dr. Johannes Klein-Heßling**  
wissenschaftlicher Referent



**Dominique Krause**  
wissenschaftlicher Referent

# Organigramm der Bundespsychotherapeutenkammer



Klosterstraße 64, 10179 Berlin, Tel.: (030) 27 87 85-0, Fax: (030) 27 87 85-44, info@bptk.de, www.bptk.de

## Impressum

Herausgeber: Bundespsychotherapeutenkammer  
Redaktion: Kay Funke-Kaiser  
Layout: Judith Scheide  
Verlag: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg  
Druck: Kessler Druck + Medien, Bobingen  
Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Telefon: 030-278785-0  
Fax: 030-278785-44  
E-Mail: [info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)



