

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ende März 2007, wenn dieses Heft erscheint, werden Sie unsere Internetseiten schon in neuer Gestalt vorgefunden haben – wenn nicht, laden wir Sie ein, sich diese Seiten einmal anzuschauen. Wir hoffen, dass nicht nur wir den PKN-Internetauftritt differenzierter und deutlich besser gegliedert finden, so dass Informationen, die Sie benötigen, besser auffindbar sind. Wir haben uns auch mit dem „relaunch“ dazu entschieden, uns auf Informationen zu konzentrieren, die unser Bundesland betreffen, die unsere Aktivitäten beschreiben und/oder die wir erhoben oder veranlasst haben. Für darüber hinaus gehende Information, vor allem zu sozialrechtlichen Fragestellungen, aber auch zu gesundheitspolitischen Themen, die die Bundesebene betreffen, verweisen wir gern auf die Internetseiten der Berufsverbände und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Neu wird auch sein, dass unsere angestellten und beamteten Mitglieder einen Newsletter bestellen können, der in wahrscheinlich unregelmäßigen zeitlichen Abständen vom Ausschuss für Angestellte/Beamte erstellt und versandt wird. Dieser Service wird neu eingerichtet und soll hoffentlich bei Erscheinen dieses Heftes ebenfalls funktionieren.

### **Integrierte Versorgung**

Ein zentrales Thema in unserer Vorstandsarbeit ist die Ausschöpfung der Möglichkeiten, die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz verbunden sind, dabei steht die Integrierte Versorgung im Vordergrund. Der Vorstand – insbesondere Werner Köthke – wirkt aktiv an der Initiierung und Gestaltung von IV-Verträgen mit, weil wir davon ausgehen, dass mit diesen Verträgen die Stellung der PP und KJP im Gesundheitssystem, ebenso

wie die Versorgung der Patienten deutlich verbessert wird. Eine ausführlichere Übersicht gibt der unten stehende Artikel, dem Sie auch entnehmen können, wie Sie in solche Verträge „einsteigen“ können.

### **Bachelor – Master und die Ausbildung zu PP**

Die sogen. „BaMa-Kommission“, die unter der Federführung der PKN einen Rahmen zu erarbeiten hatte, welche Inhalte und Kompetenzen in Master-Studiengängen Psychologie als Voraussetzung für die Aufnahme einer PP-Ausbildung vermittelt worden sein sollten, hat diese Aufgabe erfolgreich absolviert. Die Ergebnisse der Arbeit werden jetzt vom Vorstand der BPTK in Verhandlungen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und dem Akkreditierungsrat (der wiederum die Akkreditierungsagenturen akkreditiert) eingebracht. Wir hoffen damit dazu beitragen zu können, dass Master-Absolventen in Psychologie mit einem klinischen Schwerpunkt hinreichende und über die Universitäten vergleichbare Voraussetzungen in die Ausbildung mitbringen werden.

### **Master für die Ausbildung zum KJP?**

Wie bereits mehrfach berichtet, ist es (noch) nicht gelungen, auch für die KJP-Ausbildung einen Masterstudiengang festzuschreiben. Aufgrund früherer ministerieller Beschlüsse soll der Bachelor-Abschluss genügen. Auf allen Ebenen wurde und wird noch versucht, die Gleichwertigkeit mit der Ausbildung zum PP herzustellen, was ohne Änderung des Psychotherapeutengesetzes nicht gelingen kann. Bemühungen von FHS, eine in einen Masterstudiengang integrierte Ausbildung zum KJP anzubieten, bewertet der Vorstand kritisch, weil damit das Ziel gleichwertiger Ausbildungsvoraussetzungen und damit auch gleicher Anerkennung der beiden

Berufe (u.a. auch in der Tarifgestaltung bei angestellter Tätigkeit) unterlaufen wird.

### **Palliativ-Kommission**

Immer breiteren Raum in der gesundheitspolitischen Diskussion in Niedersachsen nimmt die Palliativ-Versorgung ein, also die Versorgung der zum Tode erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen. Wir hatten schon vor einiger Zeit berichtet, dass wir Frau Prof. Heinrichs (TU Braunschweig) als Palliativ-Beauftragte der PKN gewinnen konnten, die bereits dazu beigetragen hat, dass PP und KJP in Niedersachsen in diesem Bereich immer mehr Berücksichtigung und Anerkennung finden (vgl. den Bericht von Prof. Heinrichs zu „Psychotherapeuten in der Palliativversorgung“ im PTJ, Heft 3/05). Wir haben jetzt der Bedeutung des Themas entsprechend eine Palliativ-Kommission der PKN ins Leben gerufen, der neben Prof. Heinrichs angehören: Margitta Kruse (PP, Medizinische Hochschule Hannover), Birgit Licht (PP, Medizinische Hochschule Hannover), sowie Bernhard Kleining (psychotherapeutische Praxis, Osnabrück). Die Palliativ-Kommission ist integriert in die Erarbeitung eines speziellen Palliativ-IV-Vertrags, den die KKH Hannover zusammen mit Leistungserbringern derzeit erarbeitet. Wir werden an dieser Stelle und auf unseren Internetseiten über die Aktivitäten dieser Kommission weiter berichten.

### **Ein Stück norddeutscher Kooperation**

Manche unserer Mitglieder wünschen sich weit mehr Kooperation zwischen den norddeutschen Landeskammern, und auch wir können uns neben Psych-Info, dem gemeinsamen Psychotherapeuten-suchdienst der Kammern Bremen, Ham-

burg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, und dem PVW, in dem neben Niedersachsen auch die Länder HB, HH, Hessen und Rheinland-Pfalz vertreten sind, weitere Felder vorstellen, in denen eine Zusammenarbeit möglich wäre. Nun ist ein kleiner weiterer Schritt in Richtung auf mehr Kooperation getan: Die Landeskammern Bremen und Niedersachsen haben eine gemeinsame Akkreditierungsstelle (zur Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen) gegründet, die ihren Sitz in Hannover haben wird. Die Installierung solcher Länder übergreifenden Einrichtungen erfordert immer einige Abstimmungen der beteiligten Behörden, die aber nun abgeschlossen sind.

### Veranstaltungen der PKN

Nicht zuletzt der Erfolg des 1. Niedersächsischen Psychotherapeutentags zum Thema „Ethik, Recht und Psychothera-

pie“ im Oktober vergangenen Jahres hat uns angeregt, weitere Veranstaltungen ins Auge zu fassen.

Die niedersächsischen Psychotherapeutentage mit ihrem recht großen Rahmen sollen in zweijährigem Rhythmus stattfinden – das bedeutet, dass wir den 2. Psychotherapeutentag für Herbst 2008 planen. Veranstaltungsort wird Osnabrück sein. Das Thema ist noch nicht endgültig formuliert, wir haben uns im Vorstand aber bereits darauf verständigt, dass es um die psychische Entwicklung in der Kindheit, deren Auswirkungen im Jugend- und Erwachsenenalter und deren Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit gehen soll.

Noch in diesem Jahr – möglicherweise noch vor den Sommerferien – soll, wie letztes Jahr in Bremen, ein Angestelltentag stattfinden, der die aktuellen Themen un-

serer angestellten und beamteten Mitglieder aufgreift. Tagungsort wird diesmal Hannover sein. Sobald Termin und Themen feststehen, werden wir Sie über unsere Internetseiten – und über den „Newsletter“ – unmittelbar informieren.

Bei Erscheinen dieses Hefts wird eine Forensik-Tagung für in diesem Bereich tätige Experten, die die PKN zusammen mit der Psychiatrie-Akademie Königslutter geplant und vorbereitet hat, schon stattgefunden haben. Diese Veranstaltung ist so kurzfristig zustande gekommen, dass wir lediglich über unsere Homepage und durch direktes Anschreiben unsere Forensik-Fachkräfte informieren konnten. Wir hoffen dennoch alle unsere Mitglieder, die an diesen Themen interessiert sind, erreicht zu haben.

Ihr PKN-Vorstand

## Argumente und Informationen zum Thema „Integrierte Versorgung“

Integrierte Versorgung (IV) nach § 140 a-d SGB V ist für viele unserer Mitglieder immer noch ein Buch mit sieben Siegeln.

Kritiker eines Selektivvertragssystems, um ein solches handelt es sich bei IV-Verträgen, sehen das Kollektivvertragssystem gefährdet. Sie argumentieren, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Gesamtvertragspartner aller in einer Region tätigen Krankenkassen über das Kollektivvertragssystem eine bezüglich der Verfügbarkeit und Qualität gleichmäßige Versorgung garantieren. Sie sehen die Versorgung der Patienten unter wirtschaftlichen und Qualitätsgesichtspunkten über Kollektivverträge bereits heute als ausreichend zielorientiert gesteuert. Sie unterstreichen, dass die KVen gemeinsam mit den Kassen ein ausgesprochen effizientes Verfahren zur Sicherstellung von Wirtschaftlichkeit und Qualitätsbewertung entwickelt hätten, das mit akzeptablen Verwaltungskosten sich nur in einem Kollektivvertragssystem realisieren lasse.

Befürworter eines Selektivvertragssystems führen demgegenüber die Vorteile dieser Versorgungsstruktur ins Feld:

1. Optimierung von Versorgungsabläufen und dadurch Reduzierung von Kosten durch intensivierete Abstimmung zwischen den Versorgungssektoren (ambulant und stationär). Folge: Erkennbarer Mehrwert gegenüber der konventionellen Versorgung; Überlegenheit in psychotherapeutischen, betriebswirtschaftlichen und Serviceaspekten.

2. Steigerung der Wirtschaftlichkeit, nicht additiv, sondern substitutiv, konkret z.B. durch Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte, Verkürzung von Verweildauern im Krankenhaus, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, etc.

3. Verbesserung der Qualität der Versorgung durch Vereinbarungen mit ausgewählten und besonders qualifizierten Leistungsanbietern, durch intensivierete Information und Beratung der Patienten.

4. Messbare Qualitätsanforderungen an die *Strukturqualität*, z.B. über spezielle Qualifikationsanforderungen und Fortbildungsnachweise der Leistungserbringer, an die *Prozessqualität*, z.B. über die Bindung an

Regelungen, die eine verbesserte, patientenzentrierte, strukturierte und systematische Abstimmung und Koordination der Versorgung zwischen allen beteiligten Behandlern zum Gegenstand haben sowie an die *Ergebnisqualität*, z.B. über Vorgaben, dass nach einem bestimmten Zeitraum für einen definierten Anteil aller Versicherten mit einer bestimmten Erkrankung bestimmte Zielwerte erreicht sein sollen (Evaluation).

5. Höhere Patientenzufriedenheit durch nähere Patientenbetreuung, intensivierete Information und Beratung (Psychoedukation), Verbesserung der Servicequalität, Früherkennung und Frühintervention.

Im Hinblick auf die Vorteile eines Selektivvertragssystems initiiert bzw. unterstützt der Vorstand der PKN diverse IV-Verträge unterschiedlicher Ausprägung:

1) Da sind zunächst Verträge zwischen der **DAK** und den psychosomatischen Reha-Kliniken Roswitha-Klinik **Bad Gandersheim**, Diana-Klinik **Bad Bevensen** und Psychosomatische Fachklinik **Bad Pyrmont**. Im

Rahmen dieser Verträge können Versicherte der DAK in einem Zeitraum von maximal zehn Tagen in eine der drei Kliniken eingewiesen werden, ohne langwieriges Antragsverfahren über die Deutsche Rentenversicherung (DRV, früher BfA) und ohne lange Wartezeit.

Nähere Informationen zu diesen Verträgen, auch Informationen darüber, wie Sie Vertragspartner werden können, finden Sie auf unseren **Internetseiten**.

II) Da ist zweitens ein Vertrag über ein integriertes Versorgungsmodell zur „Opti-

mierten Palliativversorgung in Hannover“ zwischen der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (KKH), dem Palliativstützpunkt Hannover sowie kooperierenden Leistungserbringern in Arbeit, an dem die PKN, vertreten durch ihre Palliativkommission, intensiv mitgestaltet. Der Vertrag wird voraussichtlich im Frühling 2007 inkrafttreten.

III) Da wird drittens ein IV-Vertrag „Optimierung der Depressionsbehandlung bei über 50-jährigen Patienten“ in Kooperation mit einer großen Krankenkasse entwickelt. Im Unterschied zum Hausarztmodell (Hausarzt als Lotse) nimmt hier der Psy-

chotherapeut die Rolle des gate-keepers ein und kann – wie im Vertrag mit Bad Gandersheim – Patienten direkt stationär einweisen.

IV) Und da ist viertens ein IV-Vertrag über die „Früherkennung- und Frühbehandlung psychotisch erkrankter Jugendlicher und junger Erwachsener“ auf Kiel gelegt.

Allen Verträgen ist gemeinsam, dass sie wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Und sie sollen das Kollektivvertragssystem nicht ersetzen, sondern ergänzen.

*Werner Köthke*

## Zur Situation der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen – ein Gespräch

Das nachfolgende Interview wurde von B. Reiffen-Züger und Prof. Dr. H.-J. Schwartz vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen mit Frau Dr. med. Langenbruch geführt.

**Frau Dr. Langenbruch, Sie sind die für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste zuständige Sprecherin im Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie bemühen sich schon seit längerer Zeit um eine Verbesserung der Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen.**

Zum 1.1.2007 ist das neue Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen in Kraft getreten. Das ist das NGöGD, und dort ist im § 5 geregelt, dass alle Kinder rechtzeitig vor Schulbeginn ärztlich auf ihre Schulfähigkeit untersucht werden sollen.

Mit dieser Festschreibung wurde zumindest ein Schwerpunkt unserer Tätigkeiten gesetzlich abgesichert. Die Verantwortung für die Durchführung und die Qualität der Schuleingangsuntersuchung bleibt allerdings bei den Kommunen.

Aus meiner Sicht ist das insgesamt natürlich in keiner Weise hinreichend, weil wirklich sehr selektiv nur auf die Untersuchung zum Schulbeginn geachtet wurde und der Begriff der Schulfähigkeit für uns zwiespältig bleibt.

In den Bundesländern sind die gesetzlichen Grundlagen sehr verschieden. Nur in zwei Bundesländern gibt es noch spärlichere Grundlagen: Das sind Bayern, wo nach meinem Kenntnisstand keine flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen mehr stattfinden und Baden-Württemberg, wo man gerade dabei ist, ein aus unserer Sicht sehr fragwürdiges selektives System auszuprobieren.

In den neuen Bundesländern gibt es noch eine ganz andere Tradition. Dort finden regelmäßig Kindergartenuntersuchungen statt, die Kinder im Grundschulalter werden mindestens zweimal gesehen und auch die höheren Klassen werden noch mal untersucht.

In Hamburg ist jetzt aktuell nicht nur die verpflichtende Schuleingangsuntersuchung wieder eingeführt worden, nachdem sie zuvor abgeschafft worden war, sondern es ist auch eine Voruntersuchung beim öffentlichen KJGD eingeschaltet worden. Wenn ein Kind nicht beim niedergelassenen Kollegen in der Praxis war, muss es zum Gesundheitsamt kommen. Diese Voruntersuchung findet schon anderthalb Jahre vor der Einschulung statt.

Im europäischen Ausland sind es, soweit ich das überblicken kann, vor allem die skandinavischen Länder, die Beneluxstaaten, und auch einige Balkanstaaten wie Slowenien und Kroatien, die ein gut ge-

wachsenes und erhaltenes öffentliches Gesundheitssystem haben. Die Niederländer z.B. sehen alle Kinder zwischen 0 und 4 Jahren siebzehn Mal, wobei die Möglichkeit besteht, das Kind noch drei Mal zum gleichen Thema wieder einzubestellen. Es handelt sich um ein staatliches Gesundheitssystem, das auf Stiftungen basiert. Im Anschluss an dieses Kleinkinderstiftungssystem kommt dann der Schulärztliche Dienst, der das Präventionsprogramm weiterführt. In Finnland und England gibt es etwas Ähnliches auch für die Universität. Das heißt „school and university health care“ und gehört in Finnland mit zur Selbstverwaltung der Studenten.

Ich finde es wichtig, die Erfahrungen aus anderen Ländern in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, da dort die systematische Prävention viel stärkere Berücksichtigung findet. Es gibt auch internationale Projekte wie zum Beispiel das Adipositas-Präventionsprojekt, das Belgien mit Kroatien im Rahmen der EU-Erweiterung vereinbart hat.

**Welche Wünsche lässt das neue NÖGD offen?**

Es ist weder berücksichtigt worden, dass eigentlich die Kinder von Anfang an eine systematische Begleitung brauchen, noch dass in jeder Phase, in der ein Wechsel ansteht, eine intensive Begleitung notwen-

dig ist. Also z.B. bei der Aufnahme in den Kindergarten oder die Kindertagesstätte, bei Schulbeginn, beim Klassen- oder Schulwechsel, besonders beim Wechsel in eine sonderpädagogische Einrichtung, beim Übergang in die weiterführende Schule und ganz besonders auch beim Schulabschluss und Übergang in das Berufsleben. Überall da sollte intensiv beraten werden, um Fehlentscheidungen zu verhindern.

Ich selbst kenne die schulärztliche Tätigkeit seit 1995. Als ich angefangen habe, wurden alle Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 16 Jahren von uns bis zu viermal gesehen.

Ein Grundsatzproblem war seinerzeit, dass die Untersuchung nur unter dem individuellen Aspekt geschah. Es sind keine Gesundheitsberichte verfasst worden, und es wurde nicht ausreichend darauf geachtet, ob die Befunde zu Konsequenzen, etwa auch im pädagogischen Bereich, geführt haben. Strukturell wurden die Daten gar nicht ausgewertet. Die mangelnde Umsetzung der Ergebnisse aus den Untersuchungen, sowohl unter dem individuellen als auch dem strukturellen Aspekt, das ist ein Problem, das wir heutzutage in vielen Bereichen noch haben, obwohl auf kommunaler Ebene das Interesse an unseren Daten sehr gestiegen ist.

### Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Schulen?

Wir als Kinderärzte im öffentlichen Dienst würden uns wünschen, dass die Ergebnisse aus der SEU bei der Ermittlung der individuellen Lernausgangslage der Schüler mehr beachtet würden. Wir sind zurzeit noch zu sehr abhängig von der Kooperationsbereitschaft des Schulleiters und der Offenheit und dem Engagement der Lehrkräfte. Hier sollte das Niedersächsische Schulgesetz nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätte und Schule, sondern auch mit den Sozialpädiatern aus dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst einfordern. Die Kindergemeinschaftseinrichtungen und insbesondere die Schulen sind die Orte, an denen nachgehende Gesundheitsförderung und Gesundheitsmaßnahmen statt-

finden sollten. Hier wäre eine deutliche Intensivierung der Kooperation der Fachleute aus dem Gesundheitsbereich mit den Pädagogen sinnvoll und erforderlich. Die Folgen treffen, wenn an dieser Stelle nicht ausreichend investiert wird, die öffentliche Hand insgesamt, sowohl die Kommunen, das Land Niedersachsen und letztlich auch den Bund in erheblichem Umfang.

### Die Unterschiede bei der SEU sind ja von Bundesland zu Bundesland sehr groß, und ich glaube auch von Kommune zu Kommune. Wie wird die SEU bei Ihnen gehandhabt?

In Niedersachsen nehmen nahezu alle Kommunen mit ganz wenigen Ausnahmen an einem standardisierten Untersuchungsprogramm teil. Das ist im alten Regierungsbezirk Weser-Ems das so genannte Weser-Ems-Modell; in den drei anderen Regierungsbezirken ist das SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover, Jugendärztliche Aufgaben). Es wurde seinerzeit von der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Gesundheitsamt der Stadt Hannover entwickelt. Etwa 30 Kommunen nehmen z.Z. daran teil. Im SOPHIA-Verbund untersuchen wir etwa 50.000 Schulanfänger pro Jahr nach den überall gleichen Vorgaben. Die Ergebnisse werden anonymisiert gespeichert, dann zunächst vor Ort ausgewertet und schließlich überregional verglichen. Dadurch kann jede Kommune nicht nur individuell, sondern auch strukturell reagieren. Besondere Häufungen bestimmter Störungen können so ggf. lokal zugeordnet werden.

Es gibt darüber hinaus ganz aktuell eine Arbeitsgruppe beim Landesgesundheitsamt, die Empfehlungen für gemeinsame Untersuchungsstandards für das ganze Land entwickeln soll. Die können allerdings nicht verbindlich vorgeschrieben werden. Nach wie vor entscheiden also die Kommunen selber über Inhalt und Art der SEU.

### Wie wird bei der SEU die psychische Gesundheit der Kinder erfasst?

Das ist ein schwieriges Problem. Wir nutzen natürlich die direkten Beobachtungs-

möglichkeiten in der Untersuchungssituation und sehr viele indirekte Informationen im weitesten Sinne, die wir über die Eltern, die Erzieherinnen usw. erhalten. Wir haben uns im Rahmen eines Pilotprojektes mit einem standardisierten Elternfragebogen auseinandergesetzt. Das ist der so genannte SDQ, der sicherlich ein ganz gut einsetzbares Instrument ist. Das setzen wir zum Beispiel in Hildesheim jetzt seit 6 Jahren ein, aber das ist im SOPHIA-System nicht für alle vorgeschrieben. Es gibt übrigens auch im Bereich Weser-Ems Gesundheitsämter, die dieses Instrument benutzen. Der Fragebogen kann unter dem individuellen Aspekt ausgewertet werden also unter der Fragestellung, ob Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf beim Kind oder bei den Eltern besteht. Aber man kann auch schauen, ob sich die psychischen Auffälligkeiten in dieser Region über die Jahre verändern. So können dann auch strukturell nutzbare Daten gewonnen werden.

Bei uns wird der SDQ an alle Eltern verteilt. Er liegt in mehreren Sprachen vor. Die Akzeptanz bei den Eltern ist sehr gut. Die Verlässlichkeit dieses durch die Eltern ausgefüllten Instruments ist natürlich immer mit Vorsicht zu betrachten, besonders wenn es in einer Situation ausgefüllt wird, in der es um die Frage der Schuleignung geht.

### Die Bella-Studie, die die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Instituts ergänzt, hat ergeben, dass 20 bzw. 22% der Kinder psychische Auffälligkeiten zeigen. Welche Auffälligkeiten sind das? Können Sie die Ergebnisse bestätigen?

Als vollständige Kohorte kann ich nur den Altersausschnitt der 5-6-Jährigen beurteilen. Die Aussage hat mich eigentlich nicht überrascht, wobei der Begriff der „Auffälligkeit“ recht unscharf ist. Es sind Zahlen, die wir aus anderen Untersuchungen und aus eigener Anschauung schon kennen. Wir sehen allerdings die jüngeren und die älteren Kinder nicht. Wir wissen aber, dass in dem Altersausschnitt, den wir sehen, vor allem die Probleme im Bereich der Strukturierung, Selbstorganisation und



Aufmerksamkeit liegen und manchmal auch ganz deutlich emotionale Schwierigkeiten zu erkennen sind. Häufig werden soziale Orientierungsprobleme deutlich. Im Prinzip hat mich also die Zahl nicht überrascht. Was ansteht, ist, dass Konsequenzen daraus gezogen werden. Man müsste also fragen: „Was tun?“, „Wo?“ und vor allem: „Mit wem zusammen?“

### Und was tun Sie?

Wir versuchen jedes einzelne Kind und die Eltern so zu beraten, dass wir vermeidbare Probleme tatsächlich vermeiden und wir machen die Schule aufmerksam, natürlich im Einverständnis mit den Eltern. Den Eltern wird ggf. der Besuch einer Beratungsstelle oder eines Psychotherapeuten empfohlen. Das können wir natürlich nicht verordnen, wir können es nur empfehlen. Wir versuchen mit allen Helfern ein Hilfe-Netz zu stricken, das hoffentlich eng genug wird. So gibt es zum Beispiel bei uns in Hildesheim jedes Quartal eine gemeinsame Sitzung mit den niedergelassenen Kinderärzten. Wir laden Mitarbeiter der Jugendhilfeabteilungen dazu oder die Schulleiter. So bemühen wir uns, die Kompetenz zur Erkennung von Gewalt in Familien zu erhöhen und Hilfestellung für Notfälle bekannt zu machen. Bei den Hauptschulleitern geht es aktuell in unserer Region z.B. um das Thema Schulabstanz und die oft problematischen Krankschreibungen durch den niedergelassenen Arzt. Dort werden wir beratend hinzugezogen.

Es gibt natürlich auch strukturelle Schwierigkeiten, denen wir begegnen müssen. So ist das Misstrauen den Mitarbeiterinnen des Jugendamtes gegenüber bekannt.

Aber auch die aus wirtschaftlichen Gründen oftmals unzureichende Ausstattung der Gesundheitsämter und der Jugendhilfebereiche in den Kommunen ist ein drängendes Problem, vor allem wenn die Aufgaben komplexer werden und die Fallzahlen steigen. Das ist dann nur so lange kein Thema, bis irgendwo wieder etwas schief geht. Dann ist plötzlich alles anders. Dann geht wieder viel mehr.

**Wir als Psychotherapeutenkammer stellen uns auch die Frage, was wir tun**

**können. Einmal im Bereich der Prävention und natürlich auch in Bezug auf die Behandlung.**

Ich wünsche mir, dass die Erkenntnis sich allgemein durchsetzt, dass wir alle ein gemeinsames Thema bearbeiten und ein gemeinsames Anliegen haben. Wenn das isolierte Arbeiten aufgelöst wird, könnten wir gemeinsam erfolgreich sein.

Zur Frage, was die Psychotherapeuten im Bereich der Prävention und der SEU tun könnten, denke ich, dass es wichtig ist, sich erstmal bekannter zu machen, auch bei den schulärztlichen Kollegen. Die von Ihnen zugesagte Unterstützung bei der Entwicklung der Untersuchungs- und Beratungsstandards für die „psychische Kindergesundheit“ nehmen wir sehr gerne an!

Weiter könnten Sie vor Ort Fortbildungen für Erzieherinnen anbieten und bei den Elternabenden mitarbeiten. Solche Angebote sind sehr wertvolle Instrumente zur Qualitätssteigerung im System und treffen in aller Regel auf großes Interesse.

Wichtig wäre es auch, in eiligen Fällen Soforttermine zur Verfügung zu stellen und vielleicht eine offene Sprechstunde ohne vorherige Terminabsprache anzubieten. Lange Wartezeiten sind für viele Familien fatal.

Außerdem scheint es wichtig, gemeinsam politischen Rückenwind zu erzeugen. Man muss offensiv immer wieder sagen, dass es nicht angehen kann, dass sich in unserem Land die zuständigen Fachleute mit ihren jeweiligen Ressourcen bekriegen, statt zusammen zu arbeiten. Den Verantwortlichen muss noch deutlicher klar gemacht werden, was sie an Kosten jetzt schon tragen, was davon aber verpufft, wenn die Hilfen nicht koordiniert werden und falsch oder zu spät kommen.

Es muss deutlich gemacht werden, dass kurzfristige Einsparungen langfristig sehr teuer werden können.

**Sie haben in Ihrer Region ein spezielles Präventions-Projekt initiiert. Können Sie uns darüber berichten?**

Das Projekt PiAF (Prävention in Alfeld und Freden) ist eine sehr lebhaft und hoffnungsvolle Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendgesundheitsdienst mit den Kindertageseinrichtungen in dieser Region.

Es ist ein schönes Beispiel dafür, dass man wirklich auf der erarbeiteten Datenbasis gezielt eine Präventionsmaßnahme einleiten kann. Wir sind alle sehr gespannt das Ergebnis zu sehen. Das Projekt ist für 4 Jahre ausgeschrieben und wird vom Landkreis Hildesheim mit Unterstützung des Sozialministeriums finanziert.

Die Hauptziele sind die aufsuchende systematische Hilfe, eine interdisziplinäre Kooperation und der gezielte Einsatz auf breiter Datenbasis mit ebenfalls kontrolliertem Ausgang.

Das konkrete Vorgehen sieht so aus: Es gibt zunächst ein Gespräch in der Einrichtung, in dem geklärt wird, ob und welche Strukturprobleme vorliegen. Dann sind die Erzieherinnen aufgefordert die Kinder nach einem standardisierten Verfahren zu beobachten. Danach führen wir die eigentlichen Untersuchungen der Kinder im Beisein der Erzieherin und der Eltern durch. Danach finden die auf die gesammelten Ergebnisse aufbauenden individuellen Beratungen der Eltern statt.

Wir haben das Projekt für 200 Kinder pro Jahr bemessen. Wir werden jetzt in dieser Region die Kinder untersuchen, die 2009 schulpflichtig werden. Die Schuleingangsuntersuchung wird die zweite Untersuchung für diese Kinder sein.

Wir schätzen, das für etwa 5% der Kinder Fallkonferenzen erforderlich werden; für jede Einrichtung findet mindestens ein Elternabend statt sowie drei bis viermal Schulungen für die Erzieherinnen usw. Vor allem in diesem Zusammenhang werden Kollegen aus dem Jugendhilfebereich einen wesentlichen Teil der Aufgaben übernehmen, aber auch in der Beratungssituation mischen sich die Zuständigkeiten.

In der Region, um die es geht, entsteht gerade ein Projekt mit Familienhebammen. Mit ihnen wollen wir natürlich wie mit al-

len anderen Fachkräften und Institutionen gut zusammenarbeiten. Das gilt auch und vor allem in Hinblick auf den vermutlich wichtigsten Teil des Projektes: die Elternarbeit.

Wir haben übrigens für unsere Kommunen ganz konkret die Kosten für unser gesamtes interdisziplinäres Kindergartenpräventionsprojekt beziffert. Es kostet für vier Jahre insgesamt etwa soviel wie anderthalb bis zwei stationäre Jugendhilfemaßnahmen pro Jahr kosten – ein solcher Platz ist mit bis zu 45.000 Euro jährlich zu veranschlagen.

### **Es gehen ja nicht alle Kinder eines Jahrganges in den Kindergarten. Wie erreichen Sie die?**

Wir werden uns bemühen alle Kinder dieses Jahrgangs einzubeziehen. Von den Schulanfängern sind bei uns nur 5% nicht im Kindergarten. Wir werden alle einladen. Sollte auf die schriftliche Einladung keine Antwort von den Eltern kommen, wird

unser Jugendhilfe-Team den Kontakt herstellen und den Eltern persönlich ein Angebot machen. Grundsätzlich ist natürlich die Teilnahme freiwillig. Wir hoffen aber, dass möglichst viele Eltern diese große Chance für ihr Kind nutzen werden.

### **Müsste man nicht versuchen, auch anderen Kommunen Argumentationshilfe zu geben, damit solche Modelle nicht nur Modelle sind, sondern die Regel werden? Denn sie sind ja erstmal nur beschränkt auf die Regionen, in denen Einzelne aktiv sind.**

Jede Kommune, das Land Niedersachsen, und auch die Krankenkassen müssten ein Interesse an dieser Art der Prävention haben. Es ist nachgewiesen, dass auch der ökonomische Benefit mehr bei den vermeintlichen „Gebern“, nämlich der öffentlichen Hand liegt, als bei den vermeintlichen Nutznießern. Man müsste ortsnahe öffentliche interdisziplinäre Einrichtungen schaffen mit sozialpädagogischem Know-how und mit psychologischen und kinder-

ärztlichen Fachleuten. Von dort kann, wenn erforderlich, zu den niedergelassenen Fachärzten, Psychotherapeuten und anderen Hilfeinrichtungen überwiesen werden, ähnlich wie das in den Niederlanden oder auch in Kroatien funktioniert. Wir müssen es schaffen, zumindest für die Familien, die von unserem System der „Komm-Strukturen“ überfordert sind und eben die Angebote der privatwirtschaftlich orientierten Praxen nicht abfragen, ein System von aufsuchenden, niedrigschwelligen und gleichzeitig fachkompetenten Hilfen bereitzustellen. Solch ein System spart letztlich Kosten. Bei uns allerdings müssen Kinder aus diesen Familien sozusagen erst richtig krank sein oder gar deutlicher Vernachlässigung oder gar Misshandlung ausgesetzt sein, damit überhaupt etwas passiert.

Dann stehen wir betroffen da und fragen uns, wie wir das hätten verhindern können.

**Frau Dr. Langenbruch, wir bedanken uns für das Gespräch.**

## **Bekanntmachung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung (NiZZA)**

1. § 9 der Verbandsordnung erhält folgende Fassung:

### **§ 9 Aufgabenerfüllung für einzelne Verbandsmitglieder**

Der Zweckverband erfüllt als weitere Aufgaben nach Weisung für die Ärztekammer Niedersachsen und die Zahnärztekammer die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs bei Ärzten, Zahnärzten und in Krankenhäusern nach dem Betäubungsmittelgesetz und den auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen sowie für die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen die Anerkennung von Einrichtungen als Ausbildungsstätten für Psychotherapie oder als Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Außerdem nimmt der Zweckverband als weitere Aufgaben nach Weisung für die Ärztekammer Niedersachsen die Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a Abs. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs, die Überwa-

chung der Einhaltung des Berufsbezeichnungsgebots nach § 14 Abs. 4 Satz 1 der Bundesärzteordnung sowie die Befugnis, eine Untersagung nach § 218b Abs. 2 des Strafgesetzbuchs auszusprechen, wahr. Jedes Verbandsmitglied kann weitere Aufgaben nach Weisung mit einer Frist von sechs Monaten zum Kalendervierteljahr auf den Zweckverband zur Aufgabenerfüllung übertragen.

2. Die Änderung der Verbandsordnung tritt zum 01.04.2007 in Kraft.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 11.12.2006 (Az. 405.12 – 41940) die aufsichtsbehördliche Genehmigung erteilt.

Hannover, den 12.12.2006

*Dr. Michael Sereny*  
– Stellvertretender Vorsitzender der  
Verbandsversammlung –

### **Geschäftsstelle**

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Sprechzeiten allgemein:  
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Sprechzeiten für Fragen zur  
Akkreditierung:  
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de  
Mail-Anschrift für Fragen zur  
Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de  
Internet: www.pk-nds.de