

# BPtK-Newsletter

D 67833  
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2012

März  
2012

## Themen dieser Ausgabe:

- *Gesundheitspolitik 2012*
- *Kabinettsentwurf zum Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik*
- *KBV-Gutachten zur ambulanten Versorgung*
- *Kostenerstattung als Ausweg*
- *Nationaler Aktionsplan Integration*
  
- **Ambulante Psychotherapie und Reform der Bedarfsplanung**  
*Interview mit Jürgen Matzat*
  
- **BPtK-Fokus:**  
*Psychotherapie in Europa stärker nutzen*
  
- **BPtK-Inside:**  
*Ambulante neuropsychologische Therapie wird GKV-Leistung*

## Gesundheitspolitik: Was passiert 2012?

Die Parteien stellen sich in diesem Jahr bereits für die nächste große Gesundheitsreform nach der Wahl im Herbst 2013 auf. Es geht um die Finanzierung eines zukunftssicheren Gesundheitssystems und um den Erhalt seiner zentralen gesellschaftlichen Errungenschaft: den Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von Einkommen, Alter, Bildung, Status oder Wohnort.

Immer dringender wird es dabei, diesen Zugang mit vertretbaren Wartezeiten zu ermöglichen. Wartezeiten von mehr als drei Monaten auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten, wie heute üblich, sind nicht akzeptabel. Immer mehr Gesundheitspolitiker empfinden dies zu Recht als „Systemversagen“, eine Erkenntnis, die auch Ergebnis der massiven Bemühungen der deutschen Psychotherapeuten-schaft um Aufklärung im Sinne der psychisch kranken Menschen ist.

Im Windschatten dieser Debatte plant Gesundheitsminister Bahr ein neues Patientenrechtgesetz, von dem sich mancher mehr erwartet hatte. Doch die Kodifizierung geltenden Rechts zum Behandlungsvertrag und

insbesondere zur Arzthaftung ist ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz. Die Einrichtung eines Entschädigungsfonds bleibt Thema genauso wie Beweiserleichterungen bei einfachen Behandlungsfehlern oder die Einführung einer Proportionalhaftung. Auch könnten Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten.

Die BPtK wird auch 2012 die Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der privaten Krankenversicherung zum gesundheitspolitischen Thema machen. Viele Unternehmen der Branche verweigern Menschen, die psychisch erkrankt waren oder sind, die Möglichkeit, einen privaten Versicherungsschutz abzuschließen, oder gewähren ihn nur gegen extrem hohe Prämien. Hinzu kommt, dass viele private Krankenkassen ihre Leistungen für psychisch kranke Menschen im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung erheblich einschränken. Im Bereich der Einstiegtarife der privaten Krankenversicherung ist häufig der Zugang zu einer evidenzbasierten psychotherapeutischen Versorgung nicht gewährleistet.

Thematisiert werden muss auch ein ausreichender Datenschutz in der privaten Krankenversicherung, deren Standards beim Bearbeiten von Anträgen mit hochsensiblen Patientendaten weit hinter denen der gesetzlichen Krankenversicherung zurückbleiben.

Schließlich könnte das neue Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Der G-BA soll verpflichtet werden, Empfehlungen zur personellen Ausstattung der Krankenhäuser zu geben. Die Psychiatrie-Personalverordnung bildet weder die Entwicklung des medizinischen Wissens noch die mit dem Kompetenzprofil Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verbundenen Behandlungsmöglichkeiten angemessen ab. Die Entwicklung neuer Anforderungen zur Strukturqualität ist verbunden mit dem Auftrag, auch eine sektorübergreifende Qualitätssicherung zu entwickeln. Beide Neuerungen stellen die Weichen für mehr Transparenz. Verlässliche und verständliche Information ist die Basis von Patientenautonomie.

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit seinen Beratungen zur Reform der Bedarfsplanung begonnen. Es liegt damit bei der gemeinsamen Selbstverwaltung, die psychotherapeutische Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen ab 2013 zu beheben. Monatelange Wartezeiten, Brüche in den Behandlungsabläufen beim Übergang zwischen stationärem und ambulanten Bereich könnten ein Ende finden. Für psychisch kranke Menschen heißt das aber auch, dass sich 2012 nichts bewegt. Wer nicht monatelang auf eine Psychotherapie warten kann, muss sich um Kostenerstattung für einen Psychotherapeuten mit Privatpraxis bemühen. Dies ist zwar mit einigen bürokratischen Hürden verbunden, ermöglicht aber eine Behandlung nach den Qualitätsstandards der gesetzlichen Krankenversicherung ohne unzumutbare Wartezeiten. Die BPtK informiert über die Kostenerstattung in der Hoffnung, dass ab 2013 eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung endlich möglich wird.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

## Kabinettsentwurf zum Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Die Qualität der stationären Behandlung psychisch kranker Menschen hängt wesentlich von der Anzahl und der Qualifikation des therapeutischen und pflegerischen Personals ab. Die BPTK begrüßt deshalb den Gesetzentwurf zu einem neuen Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz),

den die Bundesregierung am 18. Januar 2012 beschlossen hat.

Mit dem Kabinettsentwurf wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren für eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen. Dabei wird der G-BA auch verpflichtet, Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen. Der G-BA soll sich hierfür an den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung orientieren und diese an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anpassen. Die BPTK begrüßt ausdrücklich, dass damit Anzahl und Qualifikation des therapeutischen und pflegerischen Personals als Kriterien für die Qualität der stationären Behandlung im Gesetz berücksichtigt wurden. Ausgewählte Ergebnisse dieser Qualitätssicherung sollen in den Qualitätsberichten der Kliniken veröffentlicht werden.

Psych-Entgeltgesetzes soll der G-BA verpflichtet werden, Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen. Die BPTK begrüßt dies ausdrücklich. Die stationäre Behandlung von psychisch kranken Menschen leidet immer noch unter einer starken Stigmatisierung. Deshalb benötigen psychiatrische und psychosomatische Kliniken größtmögliche Transparenz. Es muss klar sein, was dort passiert und wie behandelt wird.

Krankenhäuser für psychisch kranke Menschen benötigen eine neue Standortbestimmung. Im Interesse ihrer Patienten sollten sich Krankenhäuser verstärkt als Teil eines Versorgungsnetzes verstehen und arbeiten. Das Psych-Entgeltgesetz soll es nun ermöglichen, mit Modellvorhaben neue Ansätze der integrierten Versorgung einfacher auszuprobieren.

Aus Sicht der BPTK sollte eine solche sektorenübergreifende Versorgung notwendiger Standard und nicht nur modellhafte Ausnahme werden. Neben der Entwicklung von Tagespauschalen sollte bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems deshalb geprüft werden, ob auch andere Pauschalen wie z. B. Zeitpauschalen oder Leistungskomplexe geeignete Abrechnungseinheiten sein könnten. Bei der prospektiven Abbildung der notwendigen Ressourcen ist zu berücksichtigen, dass Behandlungen trotz derselben Diagnose sehr unterschiedlich verlaufen können und zahlreichen weiteren Einflussfaktoren unterliegen, z. B. der Krankheitsschwere, dem Auftreten von Krisen oder der (schwer erfassbaren) Präferenz und Akzeptanz der Therapie durch den Patienten. Es ist daher zu begrüßen, dass in diesem Versorgungsbereich nach wie vor keine diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) vorgesehen sind.

### 177 zusätzliche Praxissitze ab 2013: G-BA korrigiert falsche Berechnung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Februar 2012 seine Berechnung der Mindestquote für ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie korrigiert. Danach entstehen bundesweit voraussichtlich 177 zusätzliche Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die BPTK hatte immer wieder kritisiert, dass der G-BA für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen Psychotherapeuten zählt, die gar keine Kinder und Jugendlichen behandeln. Die zusätzlichen 177 Praxissitze hätten schon seit 2009 für die Versorgung zur Verfügung stehen sollen. Die neue Berechnung für die Mindestquote tritt aber erst ab 1. Januar 2013 in Kraft. Das Gesetz zur Mindestquote in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entfaltet damit erst vier Jahre nach seinem Inkrafttreten die Wirkung, die der Gesetzgeber beabsichtigte.

Am 1. Januar 2009 führte der Gesetzgeber eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein, um die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Danach sollten mindestens 20 Prozent der niedergelassenen Psychotherapeuten „ausschließlich“ Kinder und Jugendliche behandeln. Der G-BA benötigte nach Inkrafttreten des Gesetzes noch fast ein Jahr, um die notwendigen Verwaltungsvorschriften zur Umsetzung der Mindestquote zu schaffen. Dabei zählte er dann aber Psychotherapeuten, die sowohl als „Psychologischer Psychotherapeut“ als auch „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, zur Hälfte als Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Ein Blick in die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen hätte schon damals geklärt, dass doppelt zugelassene Psychotherapeuten nur in sehr geringem Umfang Kinder und Jugendliche behandeln. In Deutschland arbeiten 667 niedergelassene Psychotherapeuten mit einer doppelten Zulassung. Davon behandeln mehr als 40 Prozent ausschließlich Erwachsene. Nur knapp zehn Prozent behandeln auch zur Hälfte Kinder und Jugendliche. Dies hatte der G-BA für alle doppelt zugelassenen Psychotherapeuten angenommen.

## Ambulante Psychotherapie und Reform der Bedarfsplanung Interview mit Jürgen Matzat

### Besteht in der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung ein Reformbedarf? Haben wir ein Problem der Unterversorgung?

Der Reformbedarf dürfte im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sogar besonders groß sein. Ich weiß nicht, wo es in anderen Versorgungsbereichen auch durchschnittliche Wartezeiten von zwei oder drei Monaten bis zu einer Erstuntersuchung und von weiteren zwei oder drei Monaten bis zum Behandlungsbeginn gibt. Wie auch immer man den Versorgungsbedarf bestimmen will, dass hier eine eklatante Unterversorgung vorliegt, steht außer Zweifel. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie war sie ja sogar so schlimm, dass der Gesetzgeber aktiv geworden ist. Wohl nirgends ist die Unangemessenheit der so genannten „Bedarfsplanung“ – die ja weder eine Planung noch am Bedarf orientiert ist, also schon vom Wort her eine Täuschung und Irreführung darstellt – so eklatant wie im Bereich der Psychotherapie.

### Wo ist die Unterversorgung aus Ihrer Sicht besonders stark ausgeprägt?

Zum einen muss man sich Gedanken machen über bestimmte Bevölkerungsgruppen wie z. B. Migranten, Kinder und Jugendliche, Senioren oder Menschen mit psychosomatischen Störungen. Vor allem würde es aber auch um mehr regionale Gerechtigkeit gehen. Es ist für mich völlig unverständlich, dass die bisherige Regelung eine unterschiedliche Versorgungsdichte für Menschen in unterschiedlichen Regionen quasi gesetzlich festgeschrieben hat (ländlich, kleinstädtisch, großstädt-

tisch oder als Sonderfall das Ruhrgebiet). Ich hatte früher immer geglaubt, alle Menschen in Deutschland sollten möglichst gleichwertige Lebensverhältnisse haben. Wie konnte der Gesetzgeber nur so etwas passieren lassen? Das war wohl nur möglich, weil es damals noch keine Patientenbeteiligung gab.

### Der Gesetzgeber denkt bei der Reform der Bedarfsplanung an sachgerechte Kriterien? Welche Kriterien könnten das aus Sicht der Patientenvertreter sein?

Es geht vor allem um den Abbau der inakzeptablen Wartezeiten und um die verkehrsmäßige Erreichbarkeit von Psychotherapeuten insbesondere auf dem Lande.

### Halten Sie eine weitere inhaltliche oder berufsgruppebezogene Differenzierung der Bedarfsplanungsgruppe Psychotherapie für sinnvoll?

Aus Patientensicht ist es wichtig, dass sämtliche zugelassenen Verfahren, die verschiedenen „Anbieter“ (Psychiater, Psychosomatiker und Psychologische Psychotherapeuten) und Settings (ambulant/stationär, Einzel/Gruppe/Paar und Familie) zugänglich bleiben (oder werden), die Patienten also individuell ihr Wunsch- und Wahlrecht wahrnehmen können, und dass objektiv eine möglichst große Chance zur möglichst guten „Passung“ besteht. Ungeklärt bleibt natürlich die Frage, wie ein Patient denn die für ihn passende Therapie bzw. Therapeuten überhaupt finden kann.

### Was muss bei der Reform der Bedarfsplanung im Ergebnis herauskommen?

Eine regional gerechtere Verteilung der psychotherapeutischen Praxissitze, eine

Kontrolle darüber, dass deren Inhaber auch in vollem Umfang ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden (keine „Hobby-Praxen“ mehr!) und ein deutlicher Abbau der Wartezeiten. Die Möglichkeit, halbe Sitze abzugeben, muss unbedingt genutzt und konsequent von den Verantwortlichen überwacht werden. Die Kammern müssen hier klare Position beziehen!

### Welche Wartezeiten halten Sie in der ambulanten Psychotherapie für vertretbar?

Natürlich lässt sich dies generell schwer bestimmen. Es muss einerseits niederschwellige Angebote für schnelle (und möglicherweise kurze) Interventionen (Krisenintervention, Kurztherapie) geben und andererseits muss die Möglichkeit für gründliche Langzeittherapien bei schwereren Störungen bestehen. Der Grad der Beeinträchtigung sollte natürlich idealerweise eine Rolle spielen, aber ist das der Fall? Es ist den Therapeuten ja angesichts der langen Warteschlangen weitgehend freigestellt, wem sie einen Therapieplatz anbieten. Statt von freier Therapeutenwahl könnte man hier wohl eher von „freier Patientenwahl“ sprechen. Nach welchen Kriterien diese getroffen wird, weiß ich nicht. Patienten auf der Suche nach Psychotherapie fühlen sich jedenfalls häufig hilflos und ausgeliefert. Neuere Untersuchungen zeigen ja erfreulicherweise, dass – entgegen weit verbreiteten Vorurteilen – keineswegs nur „Edel-Patienten“ vom YAVIS-Typ (Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Successful) angenommen werden; aber es fehlt bei der vorherrschenden Organisationsform der Einzelpraxis eine regulierende Instanz auf regionaler Ebene.

## BPtK-Dialog



Jürgen Matzat

Leiter der Kontaktstelle  
für Selbsthilfegruppen in  
Gießen

## Über eine Million Patienten in psychotherapeutischer Behandlung: KBV-Gutachten zur ambulanten Versorgung

**Kassenärztliche  
Bundesvereinigung:**  
www.kbv.de  
> Presse  
> Pressemitteilungen  
> 16.01.2012

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) legte im Januar 2012 einen Zwischenbericht zum Gutachten „zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland“ vor. Der Bericht, der von Prof. Dr. Johannes Kruse (Universitätsklinikum Gießen und Marburg) und Prof. Dr. Wolfgang Herzog (Universitätsklinikum Heidelberg) präsentiert wurde, belegt erneut den erheblichen ambulanten Versorgungsbedarf von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Danach bestimmen vier zentrale Kriterien den hohen Versorgungsbedarf:

- a) Psychische Erkrankungen haben eine hohe (Einjahres-) Prävalenz von circa 30 Prozent, sowohl epidemiologisch als auch versorgungsepidemiologisch. Die Patienten sind in der Regel multimorbid erkrankt, einschließlich einer deutlich erhöhten somatischen Morbidität im Vergleich zu anderen Patienten in der ambulanten Versorgung.
- b) Psychische Erkrankungen führen zu erheblichen Beeinträchtigungen einschließlich steigender Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Beurlaubungen.
- c) Psychische Erkrankungen lassen sich erfolgreich mit Psychotherapie behandeln, was sich auch in den Empfehlungen zahlreicher evidenzbasierter Leitlinien dokumentiert.
- d) Psychotherapie hat eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung, die sich auch in den Behandlungspräferenzen von psychisch kranken Patienten ausdrückt.

Die Querschnittsdaten der KBV von erwachsenen Versicherten belegen, dass Psychologische Psychotherapeuten (PP) einen wachsenden Anteil an der ambulanten Versorgung übernehmen. 13.264 PP (mit GKV-Zulassung) behandeln jährlich 1.050.000 Patienten. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sehen jährlich 1.160.000 Patienten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie circa 190.000 Patienten und psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung weitere 170.000 Patienten. Die auch an der neurologischen Versorgung beteiligte Gruppe der Nervenärzte behandelt pro Jahr circa zwei Millionen Patienten. Häufigste Diagnosen sind Unipolare Depression, Angststörungen und Anpassungsstörungen. Sie dominieren bei allen genannten Fachgruppen das Behandlungsspektrum. Bei Fachärzten für Psychiatrie findet sich daneben noch ein höherer Anteil an organisch bedingten psychischen Erkrankungen, Alkoholstörungen und Schizophrenien. Nervenärzte zeichnen sich wiederum durch ein heterogenes Diagnosespektrum aus, das neben psychischen Erkrankungen auch zahlreiche neurologische Erkrankungen umfasst.

Die Autoren zeigen, dass die ambulante Versorgung von psychisch kranken Patienten unterschieden werden kann in eine spezifische psychiatrische Basisversorgung, die mit einem geringen zeitlichen Einsatz je Patient von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Nervenärzten erbracht wird. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen finden sich hingegen nur bei rund vier Prozent der Fälle. Entsprechend hoch fällt die Zahl der Quartalsfälle mit durchschnittlich 1.347 pro Jahr und Arzt aus.

Dagegen dominieren bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin (PSM) und den PP die zeitaufwändigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (antragspflichtige Leistungen: 65 Prozent [PSM] beziehungsweise 73 Prozent [PP]; nicht antragspflichtige Leistungen aus Kapitel 35: 37 Prozent [PSM] beziehungsweise 65 Prozent [PP], während die diagnostisch/therapeutischen Gebührenordnungspositionen aus Kapitel 22 beziehungsweise 23 bei 15 Prozent beziehungsweise 11 Prozent der Fälle abgerechnet werden). Dabei versorgen die Psychologischen Psychotherapeuten mit durchschnittlich 187 Quartalsfällen pro Jahr etwas mehr Patienten als die Fachärzte für Psychosomatische Medizin mit 170 Fällen. Von den PP werden sowohl die Verhaltenstherapie als auch die psychodynamischen Verfahren (TP und AP) eingesetzt, während von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und von ausschließlich psychotherapeutischen Ärzten anderer Fachgebiete nahezu ausschließlich tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien durchgeführt werden.

Insgesamt verdeutlicht das Gutachten die gewachsene Versorgungsrelevanz der intensiveren psychotherapeutischen Behandlungsangebote, mit denen pro Jahr weit über eine Million Patienten versorgt werden. Aufgrund des nahezu identischen Diagnosespektrums und Leistungsprofils erscheint dabei auch für die Zukunft die Zusammenfassung der Psychologischen Psychotherapeuten mit den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in einer Bedarfsplanungsgruppe sachgerecht.



## Psychotherapie in Europa stärker nutzen

## BPtK-Fokus

Jeder dritte Europäer im Erwachsenenalter erkrankt innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Psychisch kranke Menschen stoßen nach wie vor auf Ablehnung und Vorurteile, die ihr persönliches Leiden vergrößern und ihre soziale Ausgrenzung verschärfen. Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise drei bis vier Prozent des europäischen Bruttoinlandsproduktes. Vor diesem Hintergrund diskutierten Psychotherapeuten, Ärzte, Patientenvertreter, Vertreter der Kostenträger und Repräsentanten der Pharmaindustrie am 9. Februar 2012 im Europaparlament in Brüssel den Stellenwert der Psychotherapie.

Die irische Europaabgeordnete Nessa Childers, Schirmherrin der Konferenz, appellierte, dabei die Interessen der psychisch kranken Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Mit einer zwanzigjährigen Berufserfahrung als Psychotherapeutin kenne sie die verheerenden Folgen psychischer Erkrankungen aus erster Hand. Dr. Patrizia Tosetti von der Generaldirektion Forschung und Innovation erläuterte, dass psychische Gesundheit zumindest für die EU-Kommission ein wichtiges Thema sei. Sie verwies auf den „Europäischen Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“, zu dem in den kommenden Jahren weitere gemeinsame Maßnahmen gestartet würden. Der finanzielle Schwerpunkt des EU-Engagements liege in der Forschungsförderung. Neben der Grundlagenforschung zu psychischen Erkrankungen gehe ein Teil der Mittel in die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten.

### NPCE –

#### neue europäische Stimme

BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter erinnerte, dass Psychotherapie in evidenzbasierten Leitlinien zur Behand-

lung fast aller psychischen Erkrankungen Mittel der Wahl oder zumindest unverzichtbarer Teil der Behandlung sei. Dennoch werde Psychotherapie in Europa nur wenig genutzt im Gegensatz zur Psychopharmakotherapie, deren Nutzen oft zweifelhaft sei und die von vielen Patienten abgelehnt werde. Psychotherapie brauche in Europa eine starke Stimme. Daher habe die BPtK vor einem Jahr das Network for Psychotherapeutic Care in Europe (NPCE) mitinitiiert. Von der Europäischen Union forderte Richter eine stärkere Forschungsförderung für die „Sprechende Medizin“, anstatt einseitig auf die genetische und neurobiologische Grundlagenforschung zu setzen.

### Individuell, effektiv und kosteneffizient

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (TU Dresden) betonte, Psychotherapie sei bei den meisten psychischen Erkrankungen nicht nur wirksam, sondern auch effizient. Weil sich die psychotherapeutische Behandlungspraxis zu selten am Stand der Forschung orientiere, spiele Psychotherapie jedoch in der Versorgungspraxis nur eine Nebenrolle. Dr. Declan Aherne, Psychotherapeut an der Universität Limerick, betrachtete die Versorgungsrealität am Beispiel von Depressionen und kritisierte die massive Fehlversorgung mit Antidepressiva. Obwohl Psychopharmaka nur bei schweren Erkrankungen wirksam seien und es keine Belege gebe, dass die Kombination mit Psychotherapie langfristig der ausschließlichen Psychotherapie überlegen sei, würden Antidepressiva heute aber bei allen Schweregraden von Depressionen verordnet. Er forderte ein gemeinsames europäisches Forum der beteiligten Professionen für eine evidenzbasierte Versorgung psychischer Erkrankungen. Richard Bergström, Generaldi-

rektor der Europäischen Föderation der Pharmazeutischen Industrie (EFPIA), wies ebenfalls auf die Notwendigkeit von Evidenzen hin, um Politik und Kostenträger von bestimmten Therapien zu überzeugen. Dabei wende sich die Pharmaforschung aktuell hin zu einer individualisierten Pharmakotherapie, bei der abhängig vom Genotyp maßgeschneiderte Medikamente angestrebt würden. Dazu würden Wirkungsnachweise ohne randomisierte Kontrollgruppendesigns zu erbringen sein.

### Was Patienten brauchen

In der Podiumsdiskussion stellten Patientenvertreter und Kostenträger heraus, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung ein fundamentales Recht in ganz Europa sei, es in Bezug auf psychische Gesundheit dazu aber noch Einiges zu tun gebe. Dazu gehöre neben der Qualifizierung der Gesundheitsberufe auch die Erstattung der Behandlungskosten für alle qualifizierten Berufe. Bei den meisten psychisch kranken Menschen sei Psychotherapie europaweit die Behandlungspräferenz, erst danach komme die Pharmakotherapie. Damit Patienten dabei eine gute Wahl treffen können, müssten sie evidenzbasiert informiert werden. Neben der Therapie sollte zugleich die Selbsthilfe gestärkt werden.

### Psychotherapie stärker nutzen

Am Ende blickten die Teilnehmer auf eine Veranstaltung zurück, auf der es gemeinsam gelungen war, den Nutzen und die Potenziale von Psychotherapie aufzuzeigen. Noch habe Psychotherapie zwar keine große Lobby in den europäischen Gesundheitssystemen, aber man sei auf einem guten Weg. Klare und überzeugende Positionen könnten vertreten werden, wenn sich die Beteiligten auf Versorgungsfragen konzentrieren.

### Links:

[www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
[www.npce.eu](http://www.npce.eu)

## Kostenerstattung als Ausweg

Ein psychisch kranker Mensch, der in Deutschland eine ambulante Psychotherapie benötigt, wartet durchschnittlich mehr als drei Monate auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Solche Wartezeiten werden bei körperlich kranken Patienten zu Recht nicht hingenommen.

Bis auf Weiteres gibt es für gesetzlich Versicherte, die dringend eine Psychotherapie benötigen, nur einen Ausweg, um rechtzeitig eine Behandlung zu erhalten: Sie können sich an einen approbierten Psychotherapeuten („Psychologischer Psychotherapeut“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“) mit einer Privatpraxis wenden. Diese Psychotherapeuten haben keine Kassenzulassung, sind aber genauso qualifiziert wie ihre Kollegen. Von ihrer Krankenversicherung können Patienten in diesem Fall die Erstattung der Kosten verlangen („Kostenerstattung“).

Damit ein solcher Antrag erfolgreich ist, muss der Versicherte dringend einer Behandlung bedürfen und nachweisen, dass es an seinem Wohnort keinen zugelassenen Psychotherapeuten gibt, der die Behandlung übernehmen könnte. Findet der Versicherte dann einen Psychotherapeuten, der in einer Privatpraxis arbeitet und ihm einen freien Therapieplatz anbietet, kann er bei seiner Krankenkasse beantragen, dass diese ihm die Kosten nach § 13 Absatz 3 SGB V erstattet. Die BPtK hat dazu in einer BPtK-News vom 9. Januar 2012 nähere Informationen zusammengestellt.

Grundsätzlich ist es Aufgabe der GKV, rechtzeitig für die notwendige Behandlung eines Versicherten zu sorgen. Ist sie dazu nicht in der Lage und sind dem Versicherten für eine selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, muss die Krankenkasse die Ausgaben übernehmen. Der

Versicherte wählt dann statt der „Sachleistung“ die „Kostenerstattung“. Beim Sachleistungsverfahren legt der Versicherte nur seinen Krankenversicherungsausweis vor und die Krankenkasse übernimmt die Behandlungskosten. Bei der Kostenerstattung erhält der Versicherte vom Psychotherapeuten eine Rechnung und bekommt danach die Ausgaben von seiner Kasse erstattet. Das kann auch vereinfacht werden, indem nach der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse die Abwicklung direkt zwischen Krankenkasse und Psychotherapeut erfolgt.

Das Sachleistungsprinzip hat sich grundsätzlich bewährt. Daher muss es Ziel sein, innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend Behandlungsplätze zur Verfügung zu stellen, sodass ein Rückgriff auf die Kostenerstattung nur in wenigen Einzelfällen notwendig ist.

## Nationaler Aktionsplan Integration mit neuen Schwerpunkten

Gesundheit und Pflege sind neue Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans Integration, den die Bundesregierung am 31. Januar 2012 vorstellte. Patientenorientierung in einem Zuwanderungsland wie Deutschland bedeutet danach auch, dass den besonderen Erfordernissen der gesundheitlichen Versorgung von Migranten Rechnung getragen und in der Folge die Integration erleichtert wird.

Migrantinnen und Migranten können im Vergleich zur deutschen Bevölkerung spezifischen psychosozialen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sein wie beispielsweise der Trennung von der Familie, Fremdenfeindlichkeit, sozialer Benachteiligung durch Einkommenslage, Wohn- oder Arbeitsbedingungen oder politischer Verfolgung oder Folter im Herkunftsland. Migranten erkranken in diesem Kontext insbesondere häufiger an Depressio-

nen und somatoformen Erkrankungen. Die BPtK hatte sich daher an der Entwicklung des Nationalen Aktionsplans Integration beteiligt und neben anderen Integrationsmaßnahmen eine bessere psychotherapeutische Versorgung für psychisch kranke Migranten gefordert.

Der Nationale Aktionsplan fordert nun, dass durch mehrsprachige und interkulturell sensible Beratungs- und Therapieangebote ein niedrigschwelliger Zugang für Migranten zum Gesundheitssystem ermöglicht wird. Krankenhäuser sollen das Angebot von Dolmetscherdiensten in ihren Qualitätsberichten veröffentlichen. Die Landespsychotherapeutenkammern und die BPtK sollen sich verpflichten, Fortbildungsangebote zur interkulturellen Kompetenz weiter zu verbreiten. Um einen besseren Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versor-

gung zu sichern, soll der Gemeinsame Bundesausschuss bei häufigen Fremdsprachen mit regionaler Konzentration überprüfen, ob nicht Sonderbedarfszulassungen von muttersprachlichen Psychotherapeuten notwendig sind.

Als erstes Ergebnis der Bemühungen zur Verbesserung des Zugangs von Migranten zur Beschäftigung in Gesundheits- und Pflegeberufen kann die Streichung der so genannten Staatsangehörigkeitsvorbehalte für die Approbationen von Ärzten, Apothekern und Psychotherapeuten gesehen werden. Dem Gesetz zur Verbesserung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen hatte der Bundesrat im vergangenen November zugestimmt. Die Bundesregierung strebt damit einen höheren Anteil von Beschäftigten mit Migrationshintergrund in den Heilberufen an.

## Ambulante neuropsychologische Therapie wird GKV-Leistung

Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen können zukünftig mit einer erheblich besseren Behandlung rechnen: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss am 24. November 2011, die neuropsychologische Therapie als ambulante Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anzuerkennen. Damit steht den Patienten ambulant eine Therapie zur Verfügung, die schon seit Jahren zum Standard der Krankenhausbehandlung bzw. der Rehabilitation zählt. Nach der Nichtbeanstandung des G-BA-Beschlusses durch das Bundesgesundheitsministerium am 31. Januar 2012 kann die entsprechende Erweiterung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ in Kürze in Kraft treten.

Pro Jahr erkranken in Deutschland etwa 550.000 Menschen an einer neurologischen Erkrankung oder erleiden Unfallschäden, die zu Beeinträchtigungen der Gehirnfunktionen führen. Die Anzahl von Patienten, die einer ambulanten neuropsychologischen Therapie bedürfen, wird auf jährlich etwa 40.000 bis 60.000 geschätzt. Die häufigsten Primär Diagnosen in der ambulanten Praxis sind Schädel-Hirn-Traumata und zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall. Folgen davon sind neuropsychologische Defizite, wie z. B. Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, des emotionalen Erlebens und der Handlungssteuerung.

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung dieser hirnrnorganisch verursachten Störungen, der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Die verschiedenen neuropsychologischen Behandlungsmaßnahmen zielen dabei zum einen darauf

ab, die betroffenen Funktionen und Verhaltensweisen wiederherzustellen, zum anderen sollen die Patienten Ersatz- und Bewältigungsstrategien lernen, um eine möglichst weitgehende Wiedereingliederung in Gesellschaft und Beruf zu erreichen.

Die ambulante neuropsychologische Therapie ist die erste neue psychotherapeutische Behandlungsmethode, die das Bewertungsverfahren beim G-BA erfolgreich durchlaufen hat, seit vor 25 Jahren die Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde. Allerdings hat der G-BA die ambulante neuropsychologische Therapie in Anlage I der Richtlinie „Methode vertragsärztliche Versorgung“ geregelt und nicht als Psychotherapiemethode nach § 6 der Psychotherapie-Richtlinie. Entsprechend unterscheiden sich die Vorgaben der Richtlinie insbesondere zur Indikationsstellung und Qualitätssicherung von denen der Psychotherapie-Richtlinie. Die G-BA-Richtlinie sieht für die neuropsychologische Therapie eine zweistufige Indikationsstellung vor. In einem ersten Schritt stellt in der Regel ein Neurologe oder Psychiater eine hirnrnorganische Erkrankung oder Schädigung fest, welche die Ursache der jeweiligen organisch bedingten psychischen Störung ist. Die spezifischen Diagnosen nach ICD-10 und die Teilleistungsbereiche, die eine Indikation für die neuropsychologische Therapie darstellen, sind in der nebenstehenden Tabelle dargestellt. Weitere Voraussetzungen sind, dass eine basale Aufmerksamkeitsleistung sowie eine positive Behandlungsprognose vorliegen.

Die spezifische Indikationsstellung für die neuropsychologische Therapie erfolgt im zweiten Schritt. Diagnostik, Indikationsstellung und die darauf aufsetzende Behandlung wird

dabei ausschließlich von Psychotherapeuten, Psychiatern oder Neurologen erbracht, die über eine Qualifikation entsprechend der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der BPtK in dem Bereich „Klinische Neuropsychologie“ verfügen. Damit stellt die Richtlinie sicher, dass die Leistungserbringer neben der grundlegenden psychotherapeutischen Qualifikation auch über umfassende spezifische Kenntnisse verfügen.

Die MWBO sieht für „Klinische Neuropsychologie“ vor: eine mindestens zweijährige klinische Vollzeittätigkeit an anerkannten Weiterbildungsstätten, theoretische Weiterbildung im Umfang von mindestens 400 Stunden sowie mindestens 100 Stunden fallbezogene Supervision. Derzeit verfügt erst ein

### Tabelle:

#### Indikationen zur neuropsychologischen Therapie sind (gemäß ICD-10)

1. **F04** Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
2. **F06.6** Organische emotionale labile (asthenische) Störung,
3. **F06.7** Leichte kognitive Störung,
4. **F06.8** Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
5. **F06.9** Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
6. **F07** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

Die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist nur zulässig bei krankheitswertigen Störungen in den folgenden Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereichen):

1. Lernen und Gedächtnis,
2. Höhere Aufmerksamkeitsleistungen,
3. Wahrnehmung, räumliche Leistungen,
4. Denken, Planen und Handeln,
5. Psychische Störungen bei organischen Störungen.

relativ kleiner Teil der Vertragspsychotherapeuten über eine entsprechende Fachkunde in „Klinischer Neuropsychologie“ bei zugleich regional sehr unterschiedlichen Versorgungsdichten. Daher werden in vielen Regionen entsprechende Sonderbedarfszulassungen erforderlich sein, um die ambulante neuropsychologische Versorgung sicherstellen zu können.

**Gemeinsamer  
Bundesausschuss:**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)  
> Beschlüsse > 24.11.2011

### Tagung im September: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Psychische Gesundheit ist für Beschäftigte und Betriebe zunehmend ein Thema. Rund zwölf Prozent aller Tage, die Arbeitnehmer krankgeschrieben sind, gehen heute auf psychische Erkrankungen zurück. Psychische Erkrankungen führen zu langen Krankschreibungen von drei bis sechs Wochen und sind darüber hinaus seit zehn Jahren der Hauptgrund für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Mehr als jede dritte frühzeitige Berentung ist inzwischen durch dauerhafte psychische Erkrankungen verursacht. Das Alter bei Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen liegt mit 48 Jahren um drei Jahre unter dem Alter der körperlich kranken Frührentner.

Gleichzeit gibt es in den Unternehmen eine große Unsicherheit: Wie können arbeitsbedingte psychische Belastungen vermieden werden, damit psychische Erkrankungen gar nicht erst entstehen oder ihre Entstehung nicht begünstigt wird? Wie kann eine psychische Erkrankung frühzeitig erkannt und behandelt werden? Wie müssen Behandlung, Rehabilitation und Ar-

beitsabläufe aufeinander abgestimmt werden, damit die betriebliche Wiedereingliederung gelingt? Auf einer Tagung von Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher Gesetzlicher Unfallversicherung und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wollen Arbeitspsychologen, -mediziner, Betriebsärzte und Psychotherapeuten am 20. und 21. September 2012 in Dresden gemeinsam Antworten auf diese Fragen geben.

Viele Arbeitsschutzexperten wissen heute noch zu wenig über die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen. Psychotherapeuten ihrerseits haben oft nicht die Möglichkeit, in Unternehmen Erfahrungen zu sammeln und diese für die Therapie von psychisch erkrankten Mitarbeitern zu berücksichtigen. Ziel der Tagung ist der interdisziplinäre Austausch, um damit die Prävention psychischer Erkrankungen sowie die Versorgung und Wiedereingliederung psychisch kranker Beschäftigter durch den fachlichen Austausch zu fördern. Das Programm der Veranstaltung erscheint im März 2012.

Nach jahrelangem Ringen ist am 1. Januar 2012 das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft getreten, das Kinder und Jugendliche besser vor Missbrauch und Vernachlässigung schützen und die Entwicklungspotenziale von Eltern, Kindern und Jugendlichen stärken soll. Die BPTK begrüßt, dass mit dem Gesetz Hilfsangebote für Eltern und Kinder in den ersten Lebensjahren („Frühe Hilfen“) ausgebaut werden sollen. Dabei sollen die Heilberufe in die lokalen und regionalen Netzwerke eingebunden werden. Frühe Hilfen dürften aber nicht zulasten präventiver Angebote für ältere Kinder und Jugendliche gehen.

Mit dem Gesetz wurde außerdem eine Offenbarungsbefugnis für bestimmte Berufsheimnisträger eingeführt. Auch für Psychotherapeuten ist nun gesetzlich klargestellt, wie sie sich bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung gegenüber ihren Patienten und dem Jugendamt verhalten sollen. Neu ist dabei ein gesetzlicher Anspruch auf Beratung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe.

### Patientenbroschüre

Die Bundespsychotherapeutenkammer legt einen Patientenratgeber „Wege zur Psychotherapie“ vor ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)). Der Ratgeber wendet sich in erster Linie an Erwachsene, die noch nicht bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten waren und sich erst einmal darüber informieren möchten, welche Hilfen es bei psychischen Erkrankungen grundsätzlich gibt. Eine weitere Patienteninformation für psychisch kranke Jugendliche und ihre Eltern ist bereits in Planung.

Der BPTK ist es dabei wichtig, deutlich zu machen, dass psychische Erkrankungen etwas Alltägliches und Normales sind. Sie können jeden treffen, ob jung oder alt, männlich oder weiblich, in Deutschland geboren oder zugezogen. Dennoch scheuen manche Menschen ein erstes Gespräch mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten. Andere können sich nicht vorstellen, was in einer Psychotherapie passiert und einige fragen sich, ob Psychotherapie überhaupt hilfreich ist.

Es ist zwar nicht immer gleich ein Psychotherapeut notwendig, wenn das Leben einen Menschen hin und her wirft. Die menschliche Seele verfügt über erstaunliche Selbstheilungskräfte, die häufig ausreichen, um selbst wieder auf die Beine zu kommen. Sicher ist es auch ein guter Rat, sich bei seelischen Krisen mit vertrauten Menschen auszutauschen. Doch manchmal führen Krisen zu seelischen Belastungen, die das alltägliche Maß überschreiten oder andauern. Dann sollte eine Psychotherapie keine „Black Box“ sein, keine Behandlungsvariante, die fremd und unbekannt ist. Psychotherapie ist vielmehr eine professionelle Hilfe, die psychisch kranke Menschen selbstverständlich in Anspruch nehmen sollten. Wer weiß, was ihn in einer Psychotherapie erwartet, macht diesen Schritt eher.

Die BPTK-Broschüre „Wege zur Psychotherapie“ beantwortet deshalb grundlegende Fragen und gibt viele Informationen, die es erleichtern können, sich eine Vorstellung von Psychotherapie zu verschaffen und sicherer zu entscheiden, was man möchte und was nicht.

#### Bundeskinderschutzgesetz:

[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

> Kinder und Jugend

> Kinder- und Jugendschutz

### Impressum

BPTK-Newsletter  
Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter  
Redaktion: Kay Funke-Kaiser  
Layout: Judith Gerhardt  
Druck: Senser-Druck, Augsburg

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

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin

Telefon: 030-278785-0  
Fax: 030-278785-44  
E-Mail: [info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
Internet: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)