



# BPtK-Newsletter

D 67833  
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe I/2013

Februar  
2013

## Themen dieser Ausgabe:

- *Bedarfsplanung 2013 – Was sie nicht leistet*
- *Prävention gesamtgesellschaftlich verantworten*
- *BPtK-Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme*
- *Mindeststandards – PKV-Unternehmen zögern*
- **BPtK-Fokus:**  
*Bipolare Störungen auch psychotherapeutisch behandeln*
- **BPtK-Inside:**  
*Anstellung im Fokus – BPtK & ver.di*

## Bedarfsplanung 2013 – Was sie nicht leistet

Die Effekte der Bedarfsplanung 2013 sind erstaunlich. Zum Beispiel Leverkusen: In der rheinischen Stadt zwischen Köln und Düsseldorf hat sich weder die Zahl der psychisch Kranken verringert, noch die Zahl der Psychotherapeuten vergrößert, doch die Versorgung ist von 146,5 Prozent auf 434,4 Prozent gestiegen – um fast 300 Prozent.

Ein anderes Beispiel: Garmisch-Partenkirchen. Dort hat sich ebenfalls weder die Zahl der psychisch Kranken verringert, noch die Zahl der Psychotherapeuten vergrößert, doch die rechnerische Versorgung ist von 564,7 Prozent auf 150,9 Prozent gesunken.

Zwar hat an keinem der beiden Orte eine psychotherapeutische Praxis eröffnet oder geschlossen. Zwar sind die Menschen an beiden Orten nicht mehr und nicht weniger psychisch krank als vorher. Doch auf dem Papier hat die Reform der Bedarfsplanung, die am 22. Dezember 2012 beschlossen wurde, ganz beachtliche Effekte.

Die Welt sieht in den Tabellen und Grafiken jetzt ganz anders aus. Ein kleiner Wirbel mit Zahlen, ein Tusch auf die Statistik – und fertig ist die Gesundheitspolitik für psychisch Kranke für das Jahr 2013.

### Neue Bedarfsplanung nicht sachgerecht

Mit einer Reform der Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien, mit der der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt war, hat dies nichts zu tun. Psychisch kranke Menschen warten weiterhin mehr als drei Monate auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten. Grundlage der Bedarfsplanung sind weiterhin die Berechnungen aus dem Jahr 1999, die den Bedarf an Psychotherapie gravierend unterschätzen. Die Anzahl der notwendigen psychotherapeutischen Praxen wird weiterhin stichtagsbezogen ermittelt, obwohl der Gesetzgeber eine andere Berechnung verlangt hatte. Geblieben ist auch die rein rechnerische Überversorgung mit psychotherapeutischen Praxen in fast allen Kreis- und

Großstädten und ihren angrenzenden ländlichen Gebieten.

### Nachbesetzung oder Stilllegung

Die statistische Überversorgung hat jedoch nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie zukünftig genauer definierte Konsequenzen. Bisher konnte jeder Praxissitz nachbesetzt werden, wenn ein Psychotherapeut in den Ruhestand ging. Eine Nachbesetzung war zwingend durchzuführen, wenn der ausscheidende Psychotherapeut wollte, dass seine Praxis weitergeführt wird. Das galt auch dann, wenn die Praxis in einem als angeblich überversorgt ausgewiesenen Planungsbereich lag.

Ab diesem Jahr wird immer erst geprüft, ob die Praxis aus Versorgungsgründen fortgeführt werden soll (§ 103 Absatz 3a SGB V). Die Zulassungsausschüsse können eine Nachbesetzung grundsätzlich ablehnen, wenn ihnen eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen als nicht erforderlich erscheint.

Fortsetzung auf Seite 2

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der demografische Wandel und damit verbunden die Zunahme an mehrfachen und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigkeit führen zu einem steigenden Bedarf an Koordination und Integration der Gesundheitsleistungen. Um dem gerecht zu werden, sollten Gesundheitsberufe verstärkt auch gemeinsam ausgebildet werden und so bereits in der Ausbildung Kooperation erlernen. Gute Zusammenarbeit setzt Wissen um die Kompetenz der anderen voraus.

Gesundheitsversorgung von Morgen – das wird die Aufgabe von Teamplayern sein. Wir stehen mitten in einer Debatte um das Berufsbild des Psychotherapeuten der Zukunft. Zukunfts fest wird dieses Berufsbild, wenn wir in der Ausbildungsdiskussion die künftigen Anforderungen an Kooperation und Integration gleich mitberücksichtigen. Und noch etwas – ein Bundesland nach dem anderen verzichtet wieder auf Studiengebühren. Wie zeitgemäß ist es da noch, dass angehende Psychotherapeuten immer noch erhebliche Mittel für ihre Ausbildung aufbringen müssen?

Herzlichst

Ihr Rainer Richter

Tabelle 1: Ländliche Kreise, in denen die Arztquote notwendige Zulassungen blockiert



Planungsbereich	Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl der bereits heute durch die Ärztequote blockierten Sitze	Aktuell durch die Ärztequote blockierte Sitze in Prozent	Vom G-BA geplante Anzahl zusätzlicher Zulassungen	Davon zukünftig blockierte und voraussichtlich nicht besetzte Praxissitze	Von den geplanten Zulassungen durch die Ärztequote voraussichtlich blockierte Sitze in Prozent	Durchschnittliche Wartezeit in Wochen auf ein Erstgespräch
Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld	Sachsen-Anhalt	5	18	23	10,5	46	22,6
Ostalbkreis	Baden-Württemberg	6	15	23,5	9,0	38	22,4
Wittenberg	Sachsen-Anhalt	1	14	18	5,5	31	22,4
Eisenach, Stadt/Wartburgkreis	Thüringen	1	5	14,5	3,5	24	20,1
Sonneberg	Thüringen	1	14	5	2,5	50	16,0
Leer	Niedersachsen	1	5	9,5	3,5	37	26,7

Quelle: BPTK, eigene Berechnungen nach den Vorgaben der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Basis der Niederlassungszahlen, Stand: Frühjahr 2011; BPTK-Wartezeitenstudie 2011

Da es fast überall in Deutschland rein rechnerisch zu viele psychotherapeutische Praxen gibt, könnten theoretisch Zulassungen nicht wieder vergeben werden. Selbst Garmisch-Partenkirchen, das zu den ländlichen Regionen zählt, in denen sich die Versorgung verbessern soll, bleibt rein rechnerisch mit 150,9 Prozent überversorgt. Auch dort könnten Praxissitze nicht wieder besetzt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat erklärt, dass die statistische Überversorgung kein Grund sein darf, einen Praxissitz abzubauen. Es bleibt abzuwarten, wie die Zulassungs-

ausschüsse tatsächlich entscheiden. Da die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen die gleiche Stimmenzahl haben und für die Stilllegung einer Praxis eine Stimmenmehrheit erforderlich ist, kann eine psychotherapeutische Praxis nicht gegen die Stimmen der Vertreter der KVen stillgelegt werden.

#### Verbesserung auf dem Land

Die Bedarfsplanung 2013 verspricht immerhin für ländliche Regionen, die fernab jeder Kreis- oder Großstadt liegen, eine deutliche Verbesserung. Dort war die Versorgung bisher allerdings auch desolat. In den ländlichen Regionen (alter Kreistyp 9) standen nur vier Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zur Verfügung. Der G-BA hat jetzt für die ländlichen Regionen die Zulassung von 1.350 zusätzlichen psychotherapeutischen Praxen beschlossen. Dadurch können sich zukünftig in ländlichen Regionen (neuer Kreistyp 5) knapp 17 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen.

#### Hindernis Arztquote

Selbst dort, wo der G-BA zusätzliche psychotherapeutische Praxen schaffen will, plant er

mit statistischen Luftnummern. Längst nicht alle 1.350 Praxen, die auf dem Land zusätzlich zugelassen werden sollen, können besetzt werden. Bundesweit werden fast 350 zusätzliche Sitze durch eine Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert (siehe Tabelle 1). Psychotherapeutisch tätige Ärzte gab es aber schon in

der Vergangenheit nicht ausreichend, um die für sie reservierten Praxissitze zu besetzen. Die ärztliche Mindestquote von 25 Prozent bei psychotherapeutischen Praxissitzen führt also dazu, dass dringend notwendige zusätzliche Sitze unbesetzt bleiben. In den ländlichen Regionen Ostdeutschlands können dadurch von den insgesamt rund 440 zusätzlichen Praxissitzen voraussichtlich etwa 130 nicht besetzt werden.

Grotesk ist außerdem, dass die reservierten Arztsitze in der Bedarfsplanung gezählt werden, egal ob sie tatsächlich besetzt sind oder nicht. Praxissitze, die der ärztlichen Mindestquote zugeordnet sind, werden grundsätzlich als besetzt gezählt. Die Statistik weist dann eine psychotherapeutische Versorgung aus, die allein auf dem Papier existiert.

#### Versorgungsprobleme in Großstädten

Die Verlierer der Bedarfsplanungsreform könnten psychisch kranke Menschen in den Großstädten werden (neuer Typ 1).

Obwohl viele Großstädte die umliegenden Regionen mitversorgen, wurde dort die Annahme zur notwendigen Anzahl von Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner drastisch gesenkt.

## Patientenrechtegesetz in Kraft

Im Februar 2013 wird das Patientenrechtegesetz in Kraft treten. Das Gesetz regelt im Wesentlichen bereits durch richterliche Urteile begründete Patientenrechte im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Dazu gehören insbesondere die Informations- und Aufklärungsrechte im Behandlungsvertrag sowie Dokumentation und Einsicht in die Patientenakte. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dem Gesetz, die Patientenrechte transparenter zu gestalten und dazu beizutragen, bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abzubauen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) prüft derzeit vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes eine Ergänzung der Muster-Berufsordnung.

Fortsetzung von Seite 2

Dadurch werden dort – trotz Wartezeiten – zukünftig über 4.000 von rund 12.000 Praxissitzen als potentiell verzichtbar ausgewiesen.

In Großstädten beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf ein Gespräch beim Psychotherapeuten aktuell acht bis neun Wochen. Der G-BA nahm weder diese Wartezeiten zur Kenntnis noch prüfte er vor seiner Entscheidung, wie hoch der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen tatsächlich ist. Wie im Jahr 1999 hat die Bedarfsplanung des Jahres 2013 weder etwas mit tatsächlich ermitteltem Bedarf an ambulanter Psychotherapie noch mit einer sachgerechten Neuordnung zu tun. Die damit grundsätzlich ermöglichte Stilllegung von psychotherapeutischen Praxissitzen in den Großstädten ist versorgungspolitisch unverantwortlich.

### Menschen im Ruhrgebiet weiter benachteiligt

Der G-BA hat ferner nicht die systematische Benachteiligung der Ruhrgebietsstädte beseitigt. In den Großstädten des Ruhrgebiets werden weiterhin nur 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen. Dies ist gravierend weniger als in allen anderen deutschen Großstädten. Die Menschen im Revier sind psychisch nicht gesünder als anderswo. Für die Benachteiligung der psychisch kranken Menschen zwischen Duisburg und Dortmund gibt der G-BA keine sachliche Begründung. Die Wartezeiten auf ein erstes Gespräch

beim Psychotherapeuten betragen dort durchschnittlich 17 Wochen – daran wird sich nichts ändern, wenn KVen und Krankenkassen regional nicht gegensteuern.

### Demografiefaktor kontraproduktiv

Der G-BA hat zusätzlich einen neuen Demografiefaktor in die Bedarfsplanung eingeführt. In einem Planungsbereich mit

einer Bevölkerung, die älter ist als der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung im Jahr 2010, verringert sich dadurch die Anzahl der psychotherapeutischen Praxissitze Jahr für Jahr. Bis 2030 gelten nur durch den Demografiefaktor in den ostdeutschen Bundesländern fast 200 Praxen als verzichtbar. Das ist ungefähr die Hälfte der Praxissitze, die demnächst dort neu entstehen sollen.

Tabelle 2: Anstieg des Versorgungsgrades (VSG) ohne Neuzulassungen

Planungsbereich	Kassenärztliche Vereinigung	Psychotherapeuten/100.000 Einwohner	Kreistyp (alt)	Allgemeine Verhältniszahl bis 2012	Versorgungszone (neu)	Allgemeine Verhältniszahl ab 2013	VSG bis 2012	VSG ab 2013
Leverkusen, Stadt	Nordrhein	56,9	1	2.577	2	7.641	146,5	434,4
Remscheid, Stadt	Nordrhein	46,6	1	2.577	2	7.617	120,0	354,8
Fürth, Stadt	Bayern	44,0	1	2.577	2	7.360	113,3	323,6
Solingen, Stadt	Nordrhein	40,3	1	2.577	2	7.588	103,8	305,6
Bremen, Stadt	Bremen	61,3	1	2.577	1	3.102	157,9	190,0
Bielefeld, Stadt	Westfalen-Lippe	58,6	1	2.577	1	3.078	150,9	180,2
Berlin, Bundeshauptstadt	Berlin	61,9	1	2.577	1	3.031	159,4	187,5
Frankfurt am Main, Stadt	Hessen	67,6	1	2.577	1	2.969	174,2	200,7
Hamburg, Freie und Hansestadt	Hamburg	54,7	1	2.577	1	3.022	140,9	165,3
Nürnberg, Stadt	Bayern	46,9	1	2.577	1	3.082	120,9	144,6

Quelle: BpTK, eigene Berechnungen nach den Vorgaben der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Basis der Niederlassungszahlen, Stand: Frühjahr 2011

Tabelle 3: Minderung des VSG in ländlichen Kreisen ohne Neuzulassungen

Planungsbereich	Kassenärztliche Vereinigung	Psychotherapeuten/100.000 Einwohner	Kreistyp (alt)	Allgemeine Verhältniszahl bis 2012	Versorgungszone (neu)	Allgemeine Verhältniszahl ab 2013	VSG bis 2012	VSG ab 2013
Garmisch-Partenkirchen	Bayern	24,4	9	23.106	5	6.173	564,7	150,9
Lüchow-Dannenberg	Niedersachsen	20,3	9	23.106	5	6.319	469,5	128,4
Uelzen	Niedersachsen	19,1	9	23.106	5	6.181	442,4	118,3
Haßberge	Bayern	16,5	9	23.106	5	5.836	380,5	96,1
Rhön-Grabfeld	Bayern	15,7	9	23.106	5	5.914	362,3	92,7
Soltau-Fallingb. Bostel	Niedersachsen	12,9	9	23.106	5	5.990	297,9	77,2
Dithmarschen	Schleswig-Holstein	11,9	9	23.106	5	6.109	274,3	72,5
Vogelsbergkreis	Hessen	19,1	9	16.615	5	6.077	317,3	116,0
Nordfriesland	Schleswig-Holstein	11,7	9	23.106	5	6.052	270,9	71,0
Freudenstadt	Baden-Württemberg	18,4	9	16.615	5	5.867	304,9	107,7

Quelle: BpTK, eigene Berechnungen nach den Vorgaben der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Basis der Niederlassungszahlen, Stand: Frühjahr 2011

## Prävention gesamtgesellschaftlich verantworten

Link:  
www.bptk.de  
> Pressemitteilung vom  
17.01.2013

Psychische Erkrankungen gehören zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Erfolgreiche Prävention muss diese neue Morbidität berücksichtigen. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Prävention sind partizipative Angebote für spezifische Zielgruppen in deren Lebenswelten (z. B. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, kulturellem Hintergrund, sozialem Status, Bildung). Zugleich kann Prävention nur dann erfolgreich sein, wenn sie sowohl die Kompetenzen des Einzelnen stärkt (Verhaltensprävention) als auch angemessene Umweltbedingungen anstrebt (Verhältnisprävention). Es geht darum, Risiken in unterschiedlichen Stadien angemessen zu begegnen. Primärprävention ist z. B. sinnvoll, wenn keine Zielgruppe mit entsprechenden Risikofaktoren identifiziert werden kann. Indizierte Prävention ist

dann angezeigt, wenn Gruppen mit besonderen Risiken für psychische Erkrankungen wie z. B. Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern bekannt sind. Die BPTK regt ein „Nationales Aktionsprogramm Psychische Gesundheit“ an, das wirksame Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert.

Der Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Förderung der Prävention“ des Bundesministeriums für Gesundheit bleibt hinter diesen Anforderungen weit zurück. Finanziert werden im Wesentlichen ärztliche Vorsorgeleistungen und Medienkampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der BZgA sollen laut Referentenentwurf circa 35 Millionen Euro für kassenübergreifende Leistungen der Primärprävention in Lebenswelten zur Verfügung gestellt werden.

Die Kompetenz zur Gestaltung von Lebenswelten und die Koordination unterschiedlicher Ebenen liegt aber nicht auf Bundes- sondern auf Landesebene. Deshalb ist der Antrag Hamburgs zu einer Bundesratsentschließung zu begrüßen, in dem gefordert wird, auf Landesebene präventive Maßnahmen in Lebenswelten zu initiieren und zu koordinieren sowie die von der gesetzlichen Krankenversicherung und auch anderen Sozialversicherungssystemen zur Verfügung gestellten Mittel in einen Länderpräventionsfond einzuzahlen. Um sicherzustellen, dass die Finanzierung nicht ausschließlich Sache der Sozialversicherungsträger wird, sollte aus Sicht der BPTK die Höhe der Mittel, die die Sozialversicherungen einzahlen, davon abhängig sein, in welchem Umfang die Länder ihrerseits Steuermittel zur Verfügung stellen.

## BPTK-Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme

Link:  
www.bkk.de  
> Pressemitteilung vom  
19.11.2012

Mitarbeiterberatungsprogramme dienen dazu, Beschäftigte sowohl bei familiären oder finanziellen Problemen als auch bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu beraten, z. B. bei Konflikten mit Vorgesetzten oder Gefühlen des „Ausgebranntseins“ (Burnout). Bei Auftragsausschreibung und -vergabe solcher Programme sollten Unternehmen auf Qualität achten. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung ist eine rasche Abklärung notwendig und eventuell eine Behandlung durch einen Psychotherapeuten oder Facharzt. Gefährdete, aber noch nicht erkrankte Mitarbeiter benötigen Beratung, angeleitete Selbsthilfeprogramme oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen. Präventionsangebote sollten von Programmen zur Entspannung und körperlichen Aktivität bis zu gezielten psychotherapeutischen Inter-

ventionen reichen. Zur Prüfung der Qualität von Beratungsprogrammen hat die BPTK unter Mitwirkung der Bundesvereini-

gung der Deutschen Arbeitgeberverbände eine Checkliste herausgegeben, die unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) zum Download bereitsteht.

### Integrierte Versorgung psychisch kranker Beschäftigter

Beschäftigte fehlen immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz. Psychische Beschwerden und Krisen beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit und Motivation von Mitarbeitern. Die Salzgitter AG hat im Februar 2012 ein Modellprojekt gestartet, das psychischen Erkrankungen umfassend begegnet – von der Prävention und Früherkennung über die Behandlung bis zur Wiedereingliederung. Dazu wurde ein Betreuungssystem geschaffen, das alle Verantwortlichen eng vernetzt. Am Projekt beteiligt sind die Betriebskrankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung, Betriebsärzte und Psychotherapeuten. Ziel ist eine nahtlose Versorgungskette, die eine schnelle Genesung und optimale Wiedereingliederung der erkrankten Mitarbeiter sichert. Das Unternehmen wurde für dieses „herausragende“ betriebliche Gesundheitsmanagement von der Europäischen Kommission und dem BKK Bundesverband mit dem „Deutschen Unternehmerpreis Gesundheit“ ausgezeichnet.

## Bipolare Störungen auch psychotherapeutisch behandeln

Bipolare Störungen treten mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa vier Prozent und damit deutlich seltener als unipolare Depressionen auf. Lange Zeit galt die bipolare Störung als eine Krankheit, die nur medikamentös behandelbar ist. In den vergangenen Jahren sind jedoch auch wirksame psychotherapeutische Ansätze in Ergänzung zur Pharmakotherapie entwickelt worden. Diese waren das Thema einer BPtK-Veranstaltung im Dezember 2012 in Berlin aus der Reihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“.

### „Lieber Matz, dein Papa hat 'ne Meise“

Die BPtK-Veranstaltung wurde mit einer Lesung aus dem Buch „Lieber Matz, dein Papa hat 'ne Meise“ eingeleitet. Sebastian Schlösser, der an einer bipolaren Störung erkrankte, schildert darin berührend seine Erkrankung in Briefen an seinen kleinen Sohn. Er beschreibt, was während der Krankheit mit ihm passierte und wie er wieder gesund wurde. Nach einer manischen Phase, in der er als Theaterregisseur Tag und Nacht arbeitete und durch nichts zu bremsen war, brach er zusammen und wurde stationär behandelt. Heute lebt der Autor mit seiner Familie in Hamburg und studiert Jura.

### Psychotherapie ergänzt Pharmakotherapie

In seinem Vortrag zur S3-Leitlinie „Bipolare Störungen“ erläuterte Prof. Dr. Martin Hautzinger (Universität Tübingen), dass Psychotherapie – immer in Ergänzung zu einer medikamentösen Behandlung – zwar nicht in den manischen Phasen, aber in den depressiven Phasen sowie zur Rückfallprophylaxe wirksam sei. Wirksamkeitsnachweise lägen bisher für vier Therapieansätze vor: die kognitive Verhaltenstherapie, die familienfokussierte Therapie, die interpersonelle Rhythmus-therapie sowie psychoedukative Ansätze.

Patienten mit bipolaren Störungen könnten häufig nicht zwischen normalen und besonders starken Veränderungen ihrer Stimmungen unterscheiden. Wichtiges Ziel in der Psychotherapie sei es deshalb, den Patienten für Alarmsignale zu sensibilisieren, mit denen eine neue Krankheitsphase beginnen kann. Dies ermögliche es häufig, eine manische Phase z. B. durch tägliche Therapeutenkontakte und/oder eine Veränderung der Medikation abzufangen. Zudem sei es wichtig, den Patienten mögliche Risikofaktoren bewusst zu machen, zu denen ein unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus und Alkohol- und Drogenmissbrauch ebenso wie eine unzu-

reichende Pharmakotherapie zählten. Das Rückfallrisiko könne durch die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie um bis zu 40 Prozent verringert werden (verglichen mit der Standardbehandlung), ergänzte Hautzinger.

### Phasenübergreifende therapeutische Begleitung

Wie erfolgreich eine sektorenübergreifende, vernetzte Behandlung von Patienten mit bipolaren Störung sein kann, berichtete Prof. Dr. Thomas Bock, Leiter der Spezialambulanz für Psychosen und Bipolare Störungen am UKE Hamburg. Die Zahl der stationären Behandlungen konnte im „Hamburger Modell“ halbiert werden. Es kam zu einer deutlichen Verringerung von Zwangseinweisungen und der Anteil der Psychotherapie an der Behandlung konnte von fünf auf 52 Prozent gesteigert werden. Gleichzeitig sanken die Kosten der Gesamtbehandlung deutlich. Bestandteile des integrierten Versorgungsmodells seien eine kontinuierliche Begleitung durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Home-Treatment, eine Krisentagesklinik und eine Krisenstation sowie Selbsthilfegruppen. Alle Beteiligte verbinde außerdem eine psychotherapeutische Grundhaltung. Eine gute Beziehung sei die Voraussetzung für eine erfolgreiche Medikation und nicht umgekehrt.

## BPtK-Fokus



### Link:

[www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
> Web-Bericht vom  
21.01.2013



Prof. Dr. Martin Hautzinger



Dr. Britta Bernhard



Prof. Dr. Thomas Bock

Fortsetzung von Seite 5

### Vernetzte Behandlung auch ambulant möglich

Dass eine vernetzte und multiprofessionelle Behandlung auch in einer ambulanten Praxis möglich ist, zeigte der Vortrag von Dr. Britta Bernhard, die als Psychotherapeutin in Olching niedergelassen ist. Häufig wüssten Psychiater und Psychotherapeuten zu wenig über die Arbeit der jeweils anderen Berufsgruppe. Interdisziplinäres Wissen über bipolare Erkrankungen und Offenheit seien auf beiden Seiten notwendig für eine gute Zusammenarbeit. Eine vernetzte ambulante Behandlung belasse den Patienten in seinem gewohnten Umfeld und helfe somit die Krankheitsbelastung zu verringern. Viele ambulante Therapeuten scheuten jedoch davor zurück, Pati-

enten mit bipolaren Störungen zu übernehmen. Eine bessere Verankerung entsprechender Inhalte in Ausbildungscurricula und Fortbildungsangeboten sei deshalb wünschenswert.

### Barrieren in den Köpfen abbauen

Dem pflichtete auch BPTK-Vizepräsidentin Monika Konitzer in ihrem Schlusswort bei. Nach einer Studie der KBV von 2012 tauchen bipolare Störungen unter den 20 häufigsten Diagnosen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht auf. Ge-

messen an dem hohen Anteil der Patienten, die wegen ihrer Erkrankung in Kontakt mit dem Gesundheitswesen waren, deutet dies auch auf Probleme hin, solche Patienten an ambulante Therapeuten zu vermitteln. Es gehe darum „Barrieren“ in den Köpfen der Psychotherapeuten abzubauen, so Konitzer.



Monika Konitzer, Vizepräsidentin der BPTK

## Mindeststandards – PKV-Unternehmen zögern

Die massive Kritik am mangelhaften Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherungen (PKV) und eine drohende gesetzliche Regelung zeigten Wirkung. Der Verband der privaten Krankenversicherungen rang sich dazu durch, eigene Mindeststandards zu empfehlen. Eine Studie des Kieler Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski und der Beratungsfirma PremiumCircle hatte im vergangenen Jahr in der Branche „existentielle Leistungsausschlüsse im Krankheitsfall“ festgestellt. Als besonders problematisch werden die fehlenden oder eingeschränkten Leistungen bei psychotherapeutischen Erkrankungen angesehen. Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes, rechnete damals damit, dass viele PKV-Unternehmen zum „Dezember 2012 ihre Tarife auch mit Mindestleistungen versehen werden“. Bislang hat jedoch lediglich die Debeka für ihre privaten Krankenvollversicherungen

angekündigt, die Empfehlungen des PKV-Verbandes umzusetzen.

Die Mindeststandards sehen vor, dass Versicherte einen Anspruch auf mindestens 50 psychotherapeutische Sitzungen pro Jahr durch entsprechend qualifizierte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben. Dabei gilt jedoch, dass der Versicherer die Leistung von einer vorherigen schriftlichen Zusage abhängig macht und außerdem eine Eigenbeteiligung von bis zu 30 Prozent festschreiben kann. Damit bleiben die PKV-Mindeststandards weit hinter dem psychotherapeutischen Versorgungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung zurück.

Die BPTK begrüßt die PKV-Mindeststandards als einen ersten Schritt. Aber auch mit den neuen Regelungen reicht die PKV nicht an die Leistun-

gen der gesetzlichen Krankenversicherung heran. Die BPTK hatte schon mehrfach auf diese Missstände hingewiesen und zuletzt im Patientenrechtegesetz Mindeststandards für die PKV gefordert, die eine leitliniengerechte Versorgung von Privatversicherten ermöglichen. Verbrauchern, die einen PKV-Vertrag abschließen, ist häufig nicht klar, dass Leistungen, die bei den gesetzlichen Kassen selbstverständlich sind, von einer privaten Krankenversicherung nicht bezahlt werden.

Durchschnittlich erkrankt jeder dritte Deutsche im Laufe eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Gründen für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In der privaten Krankenversicherung sind rund neun Millionen Deutsche versichert, vor allem Beamte, Selbstständige und besser verdienende Angestellte.

Link:  
[www.pkv.de](http://www.pkv.de)

## Anstellung im Fokus – BPtK & ver.di

Vergütung und Leitungsfunktionen von Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken waren die zentralen Themen der ersten gemeinsamen Fachtagung der BPtK und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di am 18. Januar 2013 in Berlin, an der rund 70 Interessierte teilnahmen.

### Ausbildung und Niederlassung

Ver.di-Bundesvorstandsmitglied Ellen Paschke schilderte in ihrem Grußwort den Einsatz ihrer Gewerkschaft für eine neue Entgeltordnung im Gesundheitsbereich. BPtK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz erläuterte, dass bei der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes der Fokus auf der ambulanten Versorgung gelegen habe. Für den stationären Bereich fehle es daher zum Teil an den gesetzlichen Anpassungen im SGB V, um eine Gleichstellung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) mit Fachärzten sicherzustellen. Ein zweites zentrales Problem sei der Status und die Bezahlung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) während der „Praktischen Tätigkeit“. Bei der diskutierten Reform der Psychotherapeutenausbildung müsse das Berufsbild weiterentwickelt werden und stärker die verschiedenen stationären Tätigkeitsfelder berücksichtigen.

### Gleichstellung im stationären Bereich

Johann Rautschka-Rücker, Geschäftsführer der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, beschrieb die rechtlichen Besonderheiten im stationären Bereich: das Nebeneinander der gesetzgeberischen Kompetenzen von Bund und Ländern, die ausgeprägten Hierarchien im Krankenhaus und den Machtanspruch des ärztlichen Berufsrechts. Der Begriff der Facharztgleichstellung sei rechtlich nicht

definiert, sondern Ausdruck professionellen Selbstverständnisses von Psychotherapeuten aufgrund einer gleichwertigen Qualifikation. PP und KJP erfüllten den Facharztstandard im Haftungsrecht aufgrund ihrer Behandlungsbefugnis der Diagnose, Indikationsstellung und psychotherapeutischen Behandlung von Störungen mit Krankheitswert. Entsprechend seien PP und KJP auch im Krankenhaus stets selbständig und eigenverantwortlich und nie als Heilhilfsberuf tätig, auch wenn sie ggf. in Delegation durch einen Facharzt tätig sind. Bei der Krankenhausleitung durch einen Psychotherapeuten bestehe – so Rautschka-Rücker – jedoch ein Auslegungsproblem, weil Psychotherapeuten keine Krankenhausbehandlungen veranlassen dürften.

Aus tariflicher Sicht berichtete Frau Gabriele Gröschl-Bahr, Bereichsleiterin Tarifpolitik, Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen bei ver.di, über die seit über fünf Jahren laufenden Eingruppierungsverhandlungen im Gesundheitsbereich. Eine angemessene Berücksichtigung der psychotherapeutischen Ausbildung in der Entgeltordnung und die facharztanaloge Eingruppierung und Vergütung von PP und KJP sei unvermindert das Verhandlungsziel von ver.di.

### Tarifarbeit und Mitbestimmung

Praxisbeispiele erfolgreicher betrieblicher Mitbestimmung und Tarifarbeit von Psychotherapeuten in Krankenhäusern stellten Juliane Dohren und Klaus Thomsen vor. Diese Beispiele umfassten sowohl die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wie auch den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zur Ausbildung von PP und KJP im Pfalz-Klinikum bzw. im Damp-Tarifvertrag. In den Verhandlungen konnten erfolgreich Vergütungen von PiA, appro-

bierten Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Leitungsfunktion abgeschlossen werden, die ihren Tätigkeiten angemessen sind.

### Psychotherapeuten in Leitungsfunktion

Zum Abschluss fand eine Podiumsdiskussion zu Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen statt, die durch zwei Impulsreferate der leitenden Psychotherapeuten Peter Missel, AHG-Kliniken Daun, und Tilman Kluttig, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, eingeleitet wurde. Die Beispiele zeigten, dass die Übernahme von Leitungsfunktionen durch Psychotherapeuten häufig Folge eines längeren Entwicklungsprozesses ist, der eng mit gewachsener Kompetenz und Verantwortung zusammenhängt. Zukünftig sei es wichtig, dass die Stellen der sogenannten „Leitenden Psychologen“ tatsächlich mit Psychotherapeuten besetzt werden und Stellenausschreibungen sowohl für Leitungspositionen wie auch auf Stationsebene für Psychologische Psychotherapeuten erfolgten. Eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes sei

## BPtK-Inside



Link:  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
 > Web-Bericht vom  
 05.02.2013



Am Rednerpult: Ellen Paschke – Bundesvorstandsmitglied ver.di

eine Chance, die zu einer Erweiterung der Befugnisse von Psychotherapeuten führen müsse, um insbesondere auch Einweisungen ins Krankenhaus und Rehabilitationsbehandlungen veranlassen zu können.

## Urteile zur PiA-Vergütung

In zwei gerichtlichen Verfahren haben Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) eine Vergütung für die „Praktische Tätigkeit“ erreicht. Das Arbeitsgericht Hamburg hat aufgrund eines Arbeitszeugnisses die Tätigkeit als reguläre Tätigkeit angesehen und der Klägerin den Tariflohn einer Diplom-Psychologin zugesprochen (Urteil

vom 16. Oktober 2012, Az.: 21 Ca 43/12). Das Landesarbeitsgericht Hamm hat eine Klinik verurteilt, eine monatliche Vergütung von 1.000 Euro zu zahlen, zugleich aber die Revision zum Bundesarbeitsgericht zugelassen. (Urteil vom 29. November 2012, Az.: 11 Sa 74/12). Beide Urteile sind noch nicht rechtskräftig.

## Noch bis 18. März: Befragung von angestellten Psychotherapeuten

Seit dem 18. Februar 2013 sind alle angestellten und beamteten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgerufen, an einer bundesweiten Befragung der BPTK und der Landespsychotherapeutenkammern teilzunehmen. Ziel ist es, eine Bestandsaufnahme zu den beruflichen Positionen und dem Tätigkeitsspektrum der Befragten zu erhalten. Obwohl es den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bereits seit über zehn Jahren gibt, sind die beiden Berufsgruppen im Angestelltenbereich nur selten gemäß ihrer Qualifikation verankert. Zweiter Schwerpunkt der Befragung sind Angaben zur psychotherapeutischen Versorgungssituation im stationären Bereich, der Rehabilitation sowie der Jugendhilfe und Beratungsstellen.

Mit der Durchführung der Befragung ist das IGES Institut beauftragt. Die Befragung endet am 18. März 2013, erste Ergebnisse werden auf dem 22. Deutschen Psychotherapeutentag am 20. April 2013 in Berlin präsentiert.

## BPTK-Symposium: Störungen des Sozialverhaltens

Am 5. März findet die erste Veranstaltung im Jahr 2013 aus der Reihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“ der BPTK statt. Thema ist „Störungen des Sozialverhaltens“ bei Kindern und Jugendlichen. Dissoziales, aggressives und aufsässiges Verhalten sind schwere Verhaltensstörungen mit einer unter Umständen schlechten Prognose für die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Zudem lösen diese Störungen eine große Hilflosigkeit bei Eltern, Lehrern oder anderen Personen, die mit dem Kind oder Jugendlichen zu tun haben, aus.

Das Symposium widmet sich deshalb der Frage, wie diese Störungen wirksam

behandelt werden können und insbesondere, welchen Beitrag Psychotherapie hierbei leisten kann. Anhand guter Praxisbeispiele aus der stationären und ambulanten Versorgung soll gezeigt werden, wie wirksame Behandlungsansätze umgesetzt werden können. Nähere Informationen finden Sie unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

**Veranstaltungsort:**  
Heinrich-Böll-Stiftung  
Schumannstraße 8  
10117 Berlin  
Anmeldung über die BPTK

## S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien

Ende Oktober 2012 ist die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen veröffentlicht worden. Das Besondere an dieser Leitlinie ist ihr diagnoseübergreifender Ansatz. Zielgruppe der Leitlinie sind Menschen mit schweren psychischen Störungen, d. h. Patienten, die chronisch erkrankt sind oder deutliche Funktionseinschränkungen haben und das Hilfesystem intensiv beanspruchen.

Neben Empfehlungen zu einzelnen psychosozialen Interventionen werden auch Empfehlungen zur Organisation und Gestaltung von Versorgungsangeboten, z. B. Home-Treatment oder Case Management gegeben. Zudem werden grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns, wie die therapeutische Beziehung oder Konzepte wie Empowerment oder Recovery behandelt. Die BPTK war an der Erstellung der Leitlinie im Rahmen der Konsensuskonferenzen beteiligt.

**Link:**

>[www.awmf.de](http://www.awmf.de)  
>Leitlinien

## Impressum

BPTK-Newsletter  
Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter  
Redaktion: Kay Funke-Kaiser  
Layout: Sylvia Rückstieß  
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)