

10 Jahre DPtV – Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie

**20. Oktober 2016
Pressekonferenz 11 Uhr
Bundesgeschäftsstelle Berlin**

Ihre Gesprächspartner

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

Bundvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Dipl.-Psych. Dieter Best

Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel

Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Ursula-Anne Ochel

Hauptstadtbüro für Kommunikation und Politik im Gesundheitswesen, Moderation

STATEMENT

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

Bundvorsitzende Deutsche PsychotherapeutenVereinigung – DPTV

10 Jahre DPTV – eine Erfolgsgeschichte und weiter viel zu tun!

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung – DPTV- feiert in diesem Jahr ihr zehnjähriges Bestehen, eine nicht selbstverständliche Erfolgsgeschichte. Nach der Fusion des damaligen ‚Deutscher Psychotherapeuten Verbandes‘ und der ‚Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten‘ hat sich ein starker Berufsverband entwickelt, der mit einem Anstieg der Mitgliederzahl von damals 6.500 auf heute bald 12.000 fast die Hälfte aller niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vertritt.

Das Ziel war von Anfang an, dass das Thema Psychotherapie und die angemessene Versorgung der psychisch kranken Menschen von der Politik, den Krankenkassen und den Medien wahrgenommen wird. Die DPTV arbeitet ebenso daran, die Arbeitsbedingungen für die Psychotherapeuten zu verbessern. Wir kämpfen seit Jahren für eine adäquate Vergütung, es ist unverständlich, dass unsere Rechte fast nur per Entscheidungen des Bundessozialgerichtes durchgesetzt werden können.

Neben der stringenten, hartnäckigen Berufspolitik sind den Mitgliedern unsere zahlreichen Serviceangebote, von Informationsmaterialien über Abrechnungstipps bis zur Rechtsberatung, sehr wichtig.

Wir engagieren uns besonders für den Nachwuchs, für die Psychotherapeuten in Ausbildung, die unter schwierigsten Bedingungen arbeiten.

Unsere Fortbildungsakademie Campus mit Seminaren z.B. zu Praxismanagement, Praxisübergabe, Datenschutz, und das Curriculum zur Klinischen Organisationspsychologie sind Schritte der innerverbandlichen Entwicklung.

Auch die Einrichtung von Fachgruppen zu speziellen Fragen der Angestellten bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zeigt die große Vielfalt der Verbandsthemen.

Wir unterstützen die Kolleginnen und Kollegen bei den Widersprüchen gegen die KV-Abrechnungen und führen Muster-Klageverfahren zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. So waren wir erfolgreich bei der Durchsetzung des Samstags-Zuschlags auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

Wir sind aktiv in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den Psychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Die bei den Deutschen Psychotherapeutentagen gefassten Beschlüsse zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, zur Erweiterung der Muster-Weiterbildungsordnung um Systemische Therapie und Neuropsychologische Psychotherapie gehen maßgeblich auf die Unterstützung durch die DPTV zurück. Aktuell haben wir die Diskussion um die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen angestoßen, z.B. Psychotherapie bei Diabetes oder onkologischen Erkrankungen.

Ein großer Erfolg ist das GKV-VSG (Versorgungsstärkungsgesetz) und die dadurch in Gang gesetzten Reformen: Aufhebung von Befugnis-Einschränkungen, Erleichterungen beim Jobsharing, Reform der Bedarfsplanung sowie die Reform der Richtlinie, wengleich dabei nicht alles nach unseren Vorstellungen umgesetzt wurde. Die Reform bietet Möglichkeiten, die von vielen Kolleg/innen noch nicht anerkannt werden, fehlt doch noch die wesentliche Regelung über die Vergütung.

Wir Psychotherapeuten sind sichtbar im Gesundheitswesen. Psychische Erkrankungen werden deutlicher wahrgenommen als vor zehn Jahren. Psychotherapeutische Behandlungen können selbstverständlich in Anspruch genommen werden. Das ist auch Ergebnis unserer konsequenten berufspolitischen Arbeit. Die werden wir fortführen, und haben die für uns wichtigsten gesundheitspolitischen Themen der kommenden Monate in aktuellen Standpunkten formuliert.

STATEMENT

Dipl.-Psych. Dieter Best

Stellv. Bundesvorsitzender Deutsche PsychotherapeutenVereinigung – DPTV

Der Modernisierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung muss eine Reform der Vergütungsstrukturen folgen

Die Politik hat mit gesetzlichen Vorgaben dazu beigetragen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Die Selbstverwaltung setzt mit der Reform der Psychotherapierichtlinie und mit Erleichterungen beim Jobsharing diese Vorgaben um. Mit der Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse (Verordnungen von Krankenhauseinweisungen, medizinischer Reha, Soziotherapie und Krankentransporten) sollen die Praxen der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Lage versetzt werden, das Spektrum ihres Behandlungsangebots zu erweitern.

Damit verbunden ist ein Ausbau der Professionalisierung psychotherapeutischer Praxen. Demgegenüber stehen Vergütungs- und Finanzierungsstrukturen, die dieser Entwicklung im Wege stehen.

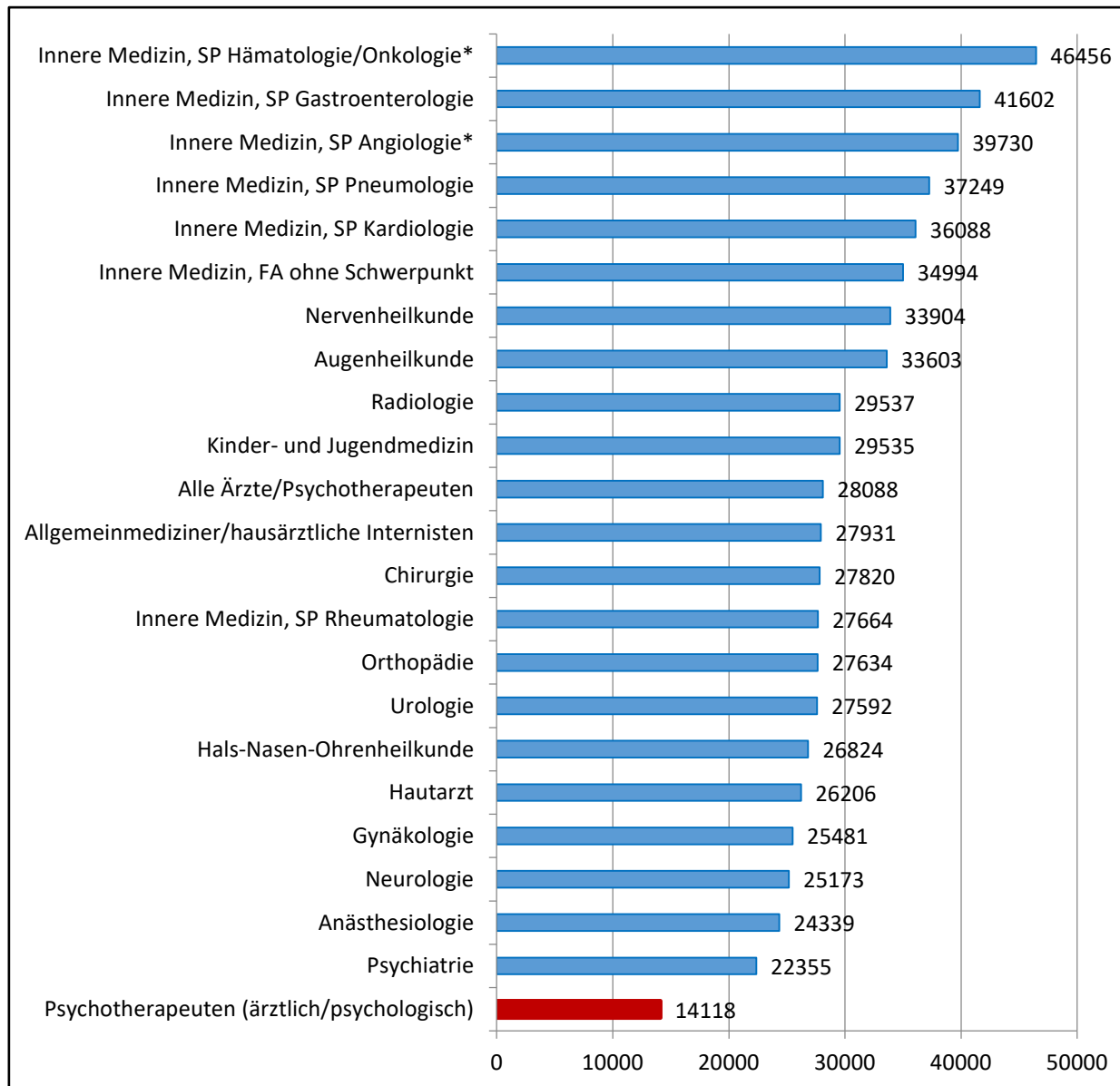
Zum einen ist die finanzielle Ausstattung der Praxen im Verhältnis zu allen anderen Arztgruppen sehr gering. Die Praxisüberschüsse von Psychotherapeuten betragen - bei annähernd gleicher Arbeitszeit - nur etwa die Hälfte der Überschüsse der somatisch tätigen Arztgruppen (s. Anlagen).

Zum anderen ist die Vergütungsstruktur so angelegt, dass die für die Basisversorgung zur Verfügung stehenden nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen deutlich schlechter vergütet werden als die genehmigungspflichtigen Leistungen. Das mit der Reform der Psychotherapierichtlinie neu geschaffene Behandlungsangebot der Sprechstunde und der Akutbehandlung kann aber nur zum Tragen kommen, wenn dafür entsprechende finanzielle Anreize gesetzt werden.

Ebenfalls fehlen finanzielle Anreize für die Behandlung chronischer und komplexer psychischer Erkrankungen, bei denen eine interdisziplinäre Komplexbehandlung mit einem erhöhten Abstimmungsbedarf notwendig ist. Die strukturellen Voraussetzungen dafür sind derzeit nicht gegeben. Zwar gibt es vielfältige ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Behandlung dieser Patienten, die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans ist aber nur mit hohem idealistischen Einsatz der Beteiligten möglich. Weil der erhöhte Abstimmungsaufwand nicht vergütet wird, ist er mit finanziellen Verlusten für die Praxen verbunden. Auch wird der erhöhte Koordinationsaufwand und der Einbezug des Bezugssystems bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht vergütet.

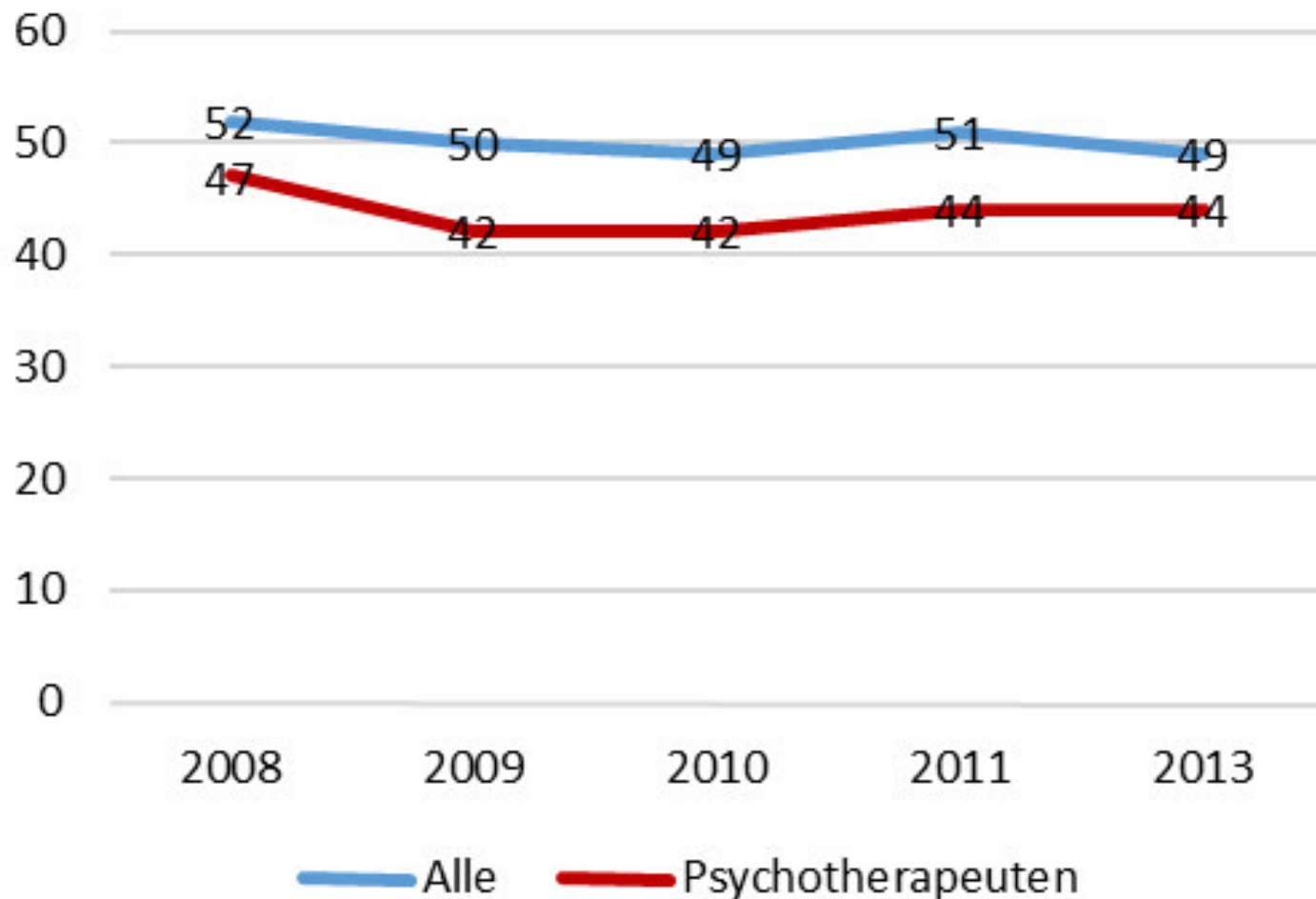
Ein besonderes Problem stellt der zunehmende Mangel an männlichen Psychotherapeuten dar. Inzwischen sind 90 Prozent der Berufsanfänger Frauen. Bei den derzeitigen Einkommensbedingungen der Psychotherapeuten ist es für Männer offenbar unattraktiv, eine Psychotherapiepraxis zu führen. Dramatisch ist der Mangel an männlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insbesondere für sozial auffällige männliche Jugendliche sind mehr männliche psychotherapeutische Bezugspersonen notwendig.

Anlage 1

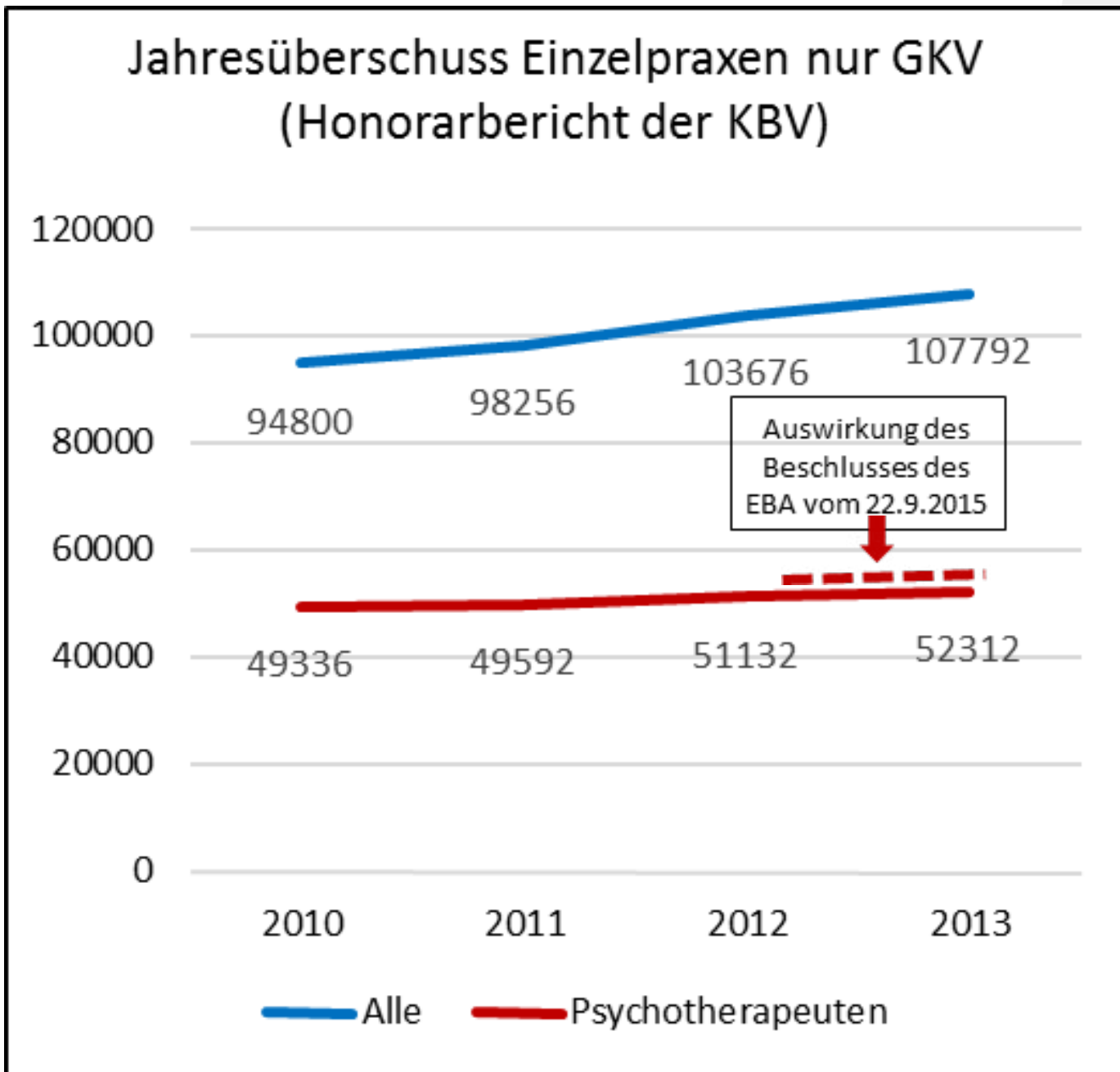


Anlage 2

Abb. 4: Wöchentliche Arbeitszeit (ZI der KBV)



Anlage 3





Positionen zu gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

18.10.2016

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

1. Zügige Umsetzung der Reform des Psychotherapeutengesetzes

Die Bundesregierung hat sich in dieser Legislaturperiode laut Koalitionsvertrag vorgenommen: „Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.“ Bis jetzt, Oktober 2016, liegt noch kein Gesetzentwurf vor und die Zeit drängt.

Die Struktur der Psychotherapeutenausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz von 1999 sieht für die Qualifizierung zu den Berufen Psychologischer Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in ein Studium der Psychologie mit klinischem Schwerpunkt bzw. ein Pädagogik-/Sozialpädagogikstudium mit Abschluss- Diplom sowie im Anschluss eine postgraduale Ausbildung vor. Die Probleme dieser Struktur werden immer drängender:

- Mit der Abschaffung der Diplom-Studiengänge im Rahmen der Bologna-Reform fehlen definierte Inhalte und einheitliche Standards in den Zugangs-Studiengängen.
- Während der mehrjährigen Ausbildungszeit fehlt den angehenden Psychotherapeuten während der praktischen Tätigkeit die sozialrechtliche Absicherung sowie die Erlaubnis, die von ihnen gesehene Patienten behandeln zu dürfen.
- Die bestehende Ausbildungs- und Prüfungsordnung berücksichtigt die zunehmenden Anforderungen an Psychotherapeuten nur unzureichend.

Diese grundlegenden Probleme sind durch die Angleichung an die Struktur von Aus- und Weiterbildung der anderen akademischen Heilberufe lösbar. Ein Studium der Psychotherapie mit einem einheitlichen Zugang über das Abitur, einer Beschreibung der notwendigen Studieninhalte über eine Approbationsordnung und dem Abschluss mit einem Staatsexamen würde die Standards für die Gesundheitsversorgung sichern.

Durch die Erteilung der Approbation im Anschluss an das Studium wäre die arbeitsrechtliche Absicherung gegeben und die Psychotherapeuten könnten während ihrer anschließenden Weiterbildung für die Patientenversorgung tätig werden. Nach Abschluss der Weiterbildung wäre eine eigenständige Tätigkeit möglich, insbesondere eine Niederlassung zur Behandlung GKV-Versicherter. Die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung ist sicherzustellen.

2. Entwicklung fach- und sektorenübergreifender Rahmenbedingungen zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Chronische und komplexe psychische Erkrankungen, die oftmals in Zusammenhang mit chronischen körperlichen Krankheiten auftreten, erfordern eine interdisziplinäre Komplexbehandlung. Die strukturellen Voraussetzungen dafür sind nicht gegeben, und es fehlen finanzielle Anreize zur Förderung der dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen.

Zwar gibt es vielfältige ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Behandlung dieser Patienten, die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans ist aber nur mit hohem idealistischen Einsatz der Beteiligten möglich. Weil der erhöhte Abstimmungsaufwand nicht vergütet wird, ist er mit finanziellen Verlusten für die Praxen verbunden. Bei der Überleitung von Patienten aus dem ambulanten Bereich in die stationäre Behandlung oder umgekehrt sollten Modelle zur Verbesserung der Versorgungskontinuität und sektorenübergreifenden Behandlungsplanung ermöglicht werden.

3. Die Reform der Bedarfsplanung als vordringliche Aufgabe.

Der vom Gesetzgeber zur Überarbeitung der Bedarfsplanung beauftragte G-BA muss die gesetzlichen Fristen zur Anpassungen der Bedarfsplanung an eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung im Bereich der ambulanten Psychotherapie dringend einhalten und kurzfristig reagieren. Sozial- und Morbiditätsfaktoren sind bei einer ambulanten Versorgungsplanung zu berücksichtigen.

Mit Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung wurde im Jahr 1999 ein Mangelzustand zum Sollzustand erklärt.

Erhebliche Disparitäten in der Versorgungsdichte innerhalb von Planungsbereichen, im Vergleich städtischer Regionen zu Umland- und ländlichen Regionen, sowie ein West-Ost-Gefälle kennzeichnen das Versorgungsangebot in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Nach wie vor bestehen wohnortabhängig erhebliche Wartezeiten auf eine dringend benötigte ambulante Psychotherapie. **Nur mit Umsetzung kurzfristiger Maßnahmen können die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendigen Behandlungsplätze überhaupt vermitteln.**

Die Planung des Ruhrgebietes als Sonderregion ist nicht länger zu rechtfertigen und bedarf der Anpassung und Eingliederung in eine am Bedarf orientierte Planungssystematik. Für den Bereich der Psychotherapeutischen Versorgung ist die Sonderregion aufzuheben.

4. Bessere Vergütung für die ambulante Behandlung

Die Struktur und Höhe der Vergütung ambulante psychotherapeutischer Leistungen wird einer modernen Versorgung nicht gerecht. Klare gesetzliche Vorgaben, die eine mit den somatisch tätigen Arztgruppen vergleichbare Honorierung ihrer Leistungen vorsieht, ist notwendig.

Die Politik hat mit gesetzlichen Vorgaben dazu beigetragen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Die Vergütungs- und Finanzierungsgrundlagen hemmen jedoch den erforderlichen Ausbau professioneller Praxisstrukturen. Die finanzielle Ausstattung der Praxen ist zu gering und der erhöhte Koordinationsaufwand bei Kindern und Jugendlichen sowie bei der Komplexbehandlung von schwer psychisch Kranken wird nicht vergütet.

Bei den derzeitigen Einkommensbedingungen der Psychotherapeuten ist es für Männer offenbar unattraktiv, eine Psychotherapiepraxis zu führen. Inzwischen sind 90% der Berufsanfänger Frauen. Dramatisch ist der Mangel an männlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insbesondere für sozial auffällige männliche Jugendliche sind mehr männliche psychotherapeutische Bezugspersonen notwendig.

Durch den medizinischen Fortschritt fließen immer mehr Mittel in die stationäre oder technik- und medikamentenorientierte Medizin. Psychotherapeuten und Psychiater, die ihre Patienten fast ausschließlich mit (nicht delegierbaren und nicht-rationalisierbaren) Gesprächsleistungen behandeln, sind bei der Vergütung gegenüber den somatisch tätigen Ärzten prinzipiell im Nachteil und die Selbstverwaltung hat sich als unfähig erwiesen, Honorargerechtigkeit unter gedeckelten Vergütungsbedingungen zu garantieren. So müssen Psychotherapeuten seit mehr als 15 Jahren vor den Sozialgerichten klagen, um wenigstens ein Mindesthonorar zu erhalten. Trotzdem beträgt der Praxisüberschuss eines Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht einmal die Hälfte des Überschusses eines somatisch tätigen Arztes.

5. Bessere Repräsentanz der Psychotherapeuten im KV-System

Die „Integration“ der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Selbstverwaltung der KBV und der KVen ist unterentwickelt und muss verbessert werden.

Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 sind die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das KV-System integriert worden. Obwohl sie mit inzwischen 24.000 Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten eine der größten Gruppen in den KVen sind, sind sie in vielerlei Hinsicht nach wie vor ein „Fremdkörper“ in der ärztlich dominierten Selbstverwaltung. Auch werden die Belange der Psychotherapeuten angesichts des zugespitzten Konflikts zwischen Haus- und Fachärzten an den Rand gedrängt. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die ungelösten Honorarfragen des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs. Eine bessere Integration in das KV-System kann nur gelingen, wenn

Psychotherapeuten regelhaft in Kommunikations- und Entscheidungsprozesse eingebunden sind. Das schließt ein eigenständiges psychotherapeutisches Verhandlungsmandat bei den Belangen dieses Versorgungsbereiches mit ein.

6. Sicherung der Qualität von E-Health-Anwendungen

Die Indikationsstellung für den Einsatz elektronisch unterstützter Anwendungen muss aus Gründen der Patientensicherheit in der Hand des approbierten Psychotherapeuten bzw. Arztes liegen. Die Mittel selbst müssen wissenschaftlichen Qualitätsstandards genügen und den Datenschutz gewährleisten.

Psychotherapeuten oder Fachärzte sollten nach Diagnosestellung im persönlichen Kontakt den Einsatz entsprechender Medien verordnen oder selbst für die Behandlung ihrer Patienten nutzen können. Anwendungen von qualifizierten Selbsthilfe-Programmen sind als verschreibungsfähige Hilfsmittel denkbar und wären dann nur nach entsprechender Qualitätsprüfung einsetzbar. Ein Einsatz durch z.B. Krankenkassen ohne ärztliche/psychotherapeutische Diagnose sollte nicht zulässig sein. Psychotherapeutische Online-Sprechstunden oder psychotherapeutische Interventionen z.B. per Skype, Chat oder E-Mail sind nur durch Psychotherapeuten/Ärzte und nur unter Beachtung gesicherter Daten-Übertragungswege durchzuführen.

7. Förderung der Prävention und der betrieblichen Psychotherapie

Eine wirksame Prävention psychischer Erkrankungen erfordert eine stärkere Beteiligung psychotherapeutischen Sachverständes.

Frühberentungen und Erwerbsminderungen aufgrund psychischer Erkrankungen weisen ein exponentielles Wachstum auf. Bereits mehr als ein Drittel der Arbeitsunfähigkeitstage gehen auf psychische Erkrankungen zurück. Wir begrüßen deshalb die Etablierung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GB-Psych) und die entsprechenden Regelungen im Arbeitsschutzgesetz. Im Arbeitssicherheitsgesetz sollten klar umschriebene betriebspsychotherapeutische Betreuungsmodelle oder wenigstens eine strukturierte Kooperation zwischen Betriebsärzten und Psychotherapeuten vorgesehen werden.

Das Präventionsgesetz sollte dahingehend geändert werden, dass sich der Anspruch der gesetzlich Versicherten auch auf psychotherapeutische Gesundheitsuntersuchungen erstreckt und dass entsprechende Präventionsempfehlungen auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegeben werden können.

8. Bedarfsgerechte Finanzierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Angestelltenverhältnis

Die Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist angemessen zu finanzieren

Mehr als die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten ist in einem abhängigen Arbeitsverhältnis in der stationären Versorgung beschäftigt. Ohne ihren Einsatz wäre die stationäre Versorgung nicht mehr denkbar. Dem steht gegenüber, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Finanzierungssystem psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken (in der Psychiatrie-Personal-Verordnung) nicht berücksichtigt sind. Das Entgeltsystem und seine Instrumente müssen darüber hinaus regelhaft um neue Entwicklungen in der Versorgung und Qualifizierungen, beispielsweise auch für Komplex-Behandlungen, angepasst werden.

9. Bessere psychotherapeutische Versorgung der geflüchteten Menschen

Das Asylpaket II ist nachzubessern, und alle geflüchteten Menschen sollten die Gesundheitskarte erhalten, unabhängig von Ort und Aufenthaltsstatus.

Im Asylpaket II werden psychische Erkrankungen verharmlost. So werden Posttraumatische Belastungsstörungen nicht als schwerwiegende Erkrankungen angesehen, die eine Abschiebung verhindern würden. Psychische Erkrankungen sind klar diagnostizierbar, allerdings ist die vorgegebene Frist zu kurz, um psychische Erkrankungen sicher zu beurteilen. Die Nicht-Beachtung psychischen Leids im beschleunigten Asylverfahren, u.a. bei Opfern von Folter und Kriegstraumatisierung, ist nicht mit psychotherapeutisch-ethischen Grundsätzen vereinbar.

Durch die halbherzigen Regelungen zur Kostenübernahme von Behandlungen ist ein Flickenteppich unterschiedlicher Zuständigkeit und unklarer Verhältnisse entstanden, der die Behandlung psychischer Erkrankungen verhindert. Die Schwere psychischer Erkrankungen wird verkannt, u.a. Selbst- oder Fremdgefährdung, Ängste, schwere Depressionen und Sucht können die Folge sein und die Integration behindern. Klare Regelungen, die Behandlungen auch bei Wechsel des Aufenthaltsstatus und in allen Regionen ermöglichen, sind notwendig. Weiterhin ist die Finanzierung von Dolmetschern/Sprachmittlern zu etablieren, um ggf. notwendige psychotherapeutische Behandlungen angemessen durchführen zu können.