



# BPtK-Newsletter

D 67833  
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 3/2008

September  
2008

## Themen dieser Ausgabe:

- ... *GKV-OrgWG*
- ... *Referententwurf zum KHRG*
  
- ... **BPtK-Dialog:**  
*Interview mit Dr. Thomas Ruprecht (TK)*
  
- ... **BPtK-Focus:**  
*Gesundheitsreports 2008*  
*Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich*  
*Vergütung psychotherapeutischer Leistungen*
  
- ... **BPtK-Inside:**  
*Gesprächspsychotherapie*  
*Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung*

## Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Gesetzesberatung

Mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) werden voraussichtlich im Herbst dieses Jahres wichtige Regelungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen getroffen. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 16. Juli (BT-Drs. 16/9559) liegen seit Anfang Juli die Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 342/08) und seit Mitte August die Gegenäußerung der Bundesregierung dazu vor. Mit der Anhörung des Entwurfes im Gesundheitsausschuss am 24. September ist die Gesetzesberatung im Deutschen Bundestag in ihre entscheidende Phase gegangen.

### Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der Bundesrat plädiert für die Einführung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von 20 Prozent, die sich am Versorgungsbedarf orientiert, während die Bundesregierung eine Quote von zehn Prozent für ausreichend hält, obwohl bereits jetzt durchschnittlich 13,6 Prozent der Psychotherapeuten Kinder und Jugendliche behandeln. Die Bundesregierung argumentiert, dass eine zu hohe Quo-

te dazu führen könne, dass die zusätzlichen Praxissitze die Versorgung vor allem in Städten, nicht aber in anderen Gebieten verbessern.

Eine KJP-Mindestquote von 20 Prozent brächte bundesweit einen zusätzlichen Bedarf von ca. 700 psychotherapeutischen Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, mit sich. Die Nachwuchssituation der Psychotherapeuten erlaubt es, die zusätzlichen Praxissitze flächendeckend rasch zu besetzen. Allein in 2007 gab es in Deutschland über 200 abgeschlossene Ausbildungen zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Im laufenden Jahr werden es etwa 250 Neuprobationen sein. Hinzu kommt der große Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten, die im Rahmen einer einjährigen Zusatzqualifikation die Fachkunde erwerben, um Kinder und Jugendliche ambulant zu behandeln.

### Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte

Die Bundesregierung will die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte nicht –

wie bisher im Sozialgesetzbuch V vorgesehen – auslaufen lassen, sondern nur von 40 auf 20 Prozent absenken. Dabei kann bereits jetzt ein großer Teil der ärztlichen Praxissitze aufgrund eines gravierenden Nachwuchsmangels nicht besetzt werden. Die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte trägt damit systematisch zur Unterversorgung psychisch kranker Menschen bei. In der Bedarfsplanung gelten Praxissitze, die aufgrund der Quote reserviert sind und unbesetzt bleiben, als besetzt. In Ostdeutschland können deshalb gut 500 Praxissitze nicht mit Psychotherapeuten besetzt werden. Die Gesetzesberatungen werden zeigen, ob die berufspolitischen Interessen der Ärzteschaft Vorrang vor dem Abbau der Unterversorgung psychisch kranker Menschen haben.

### Halbe Praxissitze

Die Beratungen des GKV-OrgWG könnten eine Klarstellung zur Ausschreibung halber Praxissitze bringen. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffnete die Möglichkeit, ei-

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheitsberichte der Krankenkassen zeigen: Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird immer mehr zum Thema. Das ist gut so und überfällig! Die jetzige Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erlaubt es den Krankenkassen, für psychisch kranke Menschen präventiv orientierte, niedrigschwellige Versorgungsangebote zu fördern. Eine wichtige Weichenstellung! Unter- und Fehlversorgung lässt sich aber nur mit Psychotherapeuten abbauen, die Zeit für mehr Patienten haben. Mit einem Platz auf der Warteliste ist keinem Patienten geholfen. Mit dem GKV-OrgWG könnte durch ein Auslaufen der Ärztequote und die Einführung einer 20prozentigen Quote für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher eine entscheidende Verbesserung eintreten. Wir werden uns dafür einsetzen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

*Fortsetzung von Seite 1*

nen vollen Versorgungsauftrag auf einen halben zu reduzieren. Das Bundesgesundheitsministerium ging von Beginn an davon aus, dass Ärzte und Psychotherapeuten auch einen halben Praxissitz über die Zulassungsausschüsse ausschreiben können (entsprechend § 103 SGB V). Diese Auffassung teilte die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht. Damit waren die gesetzlich angestrebte Flexibilisierung

sowie die Verringerung der Unterversorgung von psychisch kranken Menschen gefährdet. Die Bundesregierung hat nun eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen und beabsichtigt, den Sachverhalt im GKV-OrgWG in ihrem Sinne klarzustellen.

**Altersgrenze verzichtbar**

Mit dem GKV-OrgWG wird außerdem aller Voraussicht nach die Altersgrenze für Ärzte,

Zahnärzte und Psychotherapeuten, die derzeit bei der Vollendung des 68. Lebensjahres liegt, für die vertragsärztliche Versorgung abgeschafft werden. Sie gilt – gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung – als nicht mehr sachgerecht.

Laufend aktuelle Informationen zum Stand der Beratungen des GKV-OrgWG finden Sie auf der Homepage der BPTK ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

## BMG-Entwurf zur Krankenhausfinanzierung

Am 22. August legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referentenentwurf für ein „Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz“ vor. Der Entwurf sieht für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vor, ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ einzuführen.

Dieses Entgeltsystem soll zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart werden. Die Verfahrensschritte sind stark an die Regelungen des Entgeltsystems für somatische Krankenhäuser angelehnt. Mit der Entwicklung wird das DRG-Institut beauftragt, das das Fallpauschalensystem für die somatischen Krankenhäuser entwickelt hat. Dazu wird das Institut im Wesentlichen mit Daten arbeiten, wie sie jetzt schon die somatischen Häuser liefern, und zusätzlich Daten über die Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verwenden.

Die Vorgaben für das neue Entgeltsystem eröffnen einen weiten Spielraum für die Selbstverwaltung. Nach dem Entwurf sind nicht nur tagesbezogene Entgelte möglich. Zu prüfen ist auch, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können.

Dies ermöglicht prinzipiell auch sektorübergreifende Vergütungsmodelle. Hierbei könnten auch die psychiatrischen Institutsambulanzen in das Entgeltsystem einbezogen werden.

Vorgesehen sind ebenfalls Änderungen der Bundespflege-satzverordnung. Von zentraler Bedeutung sind dabei Vorschriften zur Finanzierung von Stellenbesetzungen und Tarifierhöhungen. Dazu werden Nachverhandlungen (und damit eine Finanzierung) von Stellen ermöglicht, die zur Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV zum Personalbedarf notwendig sind. Allerdings lässt der Entwurf noch offen, ob dies für alle Stellen gilt, die besetzt werden müssten, um den Personalbedarf zu decken. Ferner ist eine Öffnungsklausel für die Berücksichtigung von Tariflohn-erhöhungen vorgesehen, wobei auch hier der genaue Umfang noch offen bleibt.

Die BPTK begrüßt grundsätzlich die Einführung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Dabei ist sicherzustellen, dass das neue Entgeltsystem in der Lage ist, von Beginn an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Die Psychiatrie-Personalverordnung kann dies bereits seit Jahren nicht mehr leisten. Sie ist bald 20 Jahre alt und ein in sich geschlossenes System, das vor allem den wissenschaftlich-therapeutischen

Fortschritt der letzten Jahre nicht abbildet. Auch die Einführung der Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Psychotherapeutengesetz 1999 wurde in der Psychiatrie-Personalverordnung noch nicht nachvollzogen. Sie bildet also weder den sich stetig verändernden Professionenmix noch die damit verbundene Veränderung der Arbeitsteilung bzw. die Gewichtung der Behandlungsschwerpunkte ab.

Für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems ist die Kompetenz von Psychotherapeuten unerlässlich. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass die BPTK Gelegenheit zur Teilnahme an beratenden Sitzungen erhalten soll. Allerdings sollte sich die Beteiligung der BPTK auch auf Fragen des Entgeltsystems für somatische Krankenhäuser beziehen.

Der im Entwurf vorgesehene Auftrag, die Mehrkosten zu prüfen, die durch die Zu- und Abschläge der ärztlichen Weiterbildung entstehen, sollte auf die Mehrkosten ausgeweitet werden, die mit der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung verbunden sind. Teilnehmern einer Psychotherapieausbildung werden angemessene Ausbildungsvergütungen mit der Begründung verweigert, eine (Re-)Finanzierung sei nicht vorgesehen. Genau dies wäre über solche Zu- und Abschläge möglich.



InEK

## „Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung – Die Sicht der TK“

Interview mit Dr. Thomas Ruprecht, Arzt bei der TK

**Was kosten psychisch kranke Menschen die Techniker Krankenkasse?** Die Techniker Krankenkasse (TK) verzeichnet einen Anstieg ihrer Ausgaben für die stationäre Versorgung von psychisch Kranken, der mit Mitgliederzuwachs und Morbidität allein nicht erklärbar ist. Im Vergleich zu anderen Krankenkassen sind psychisch kranke TK-Versicherte länger im Krankenhaus, benötigen dort häufiger eine erneute Behandlung und erzeugen damit je Fall höhere Kosten. Zwischen 2003 und 2006 stieg bei TK-Versicherten die Zahl stationärer Aufenthalte in der Psychiatrie um 35 Prozent. Die TK-Ausgaben erhöhten sich entsprechend von 230 Mio. Euro auf 300 Mio. Euro, ein Anstieg um 32,8 Prozent. Die Zahl der TK-Versicherten stieg im gleichen Zeitraum insgesamt jedoch nur um 13 Prozent. Schizophrenie, Depression und Neurosen verursachen rund 70 Prozent der TK-Krankenhausausgaben für psychisch Kranke.

**Warum besteht für die TK dringender Handlungsbedarf?** Das TK-Image einer „psychoaffinen Kasse“ könnte sich zu einem Wettbewerbsnachteil entwickeln. Durch den Gesundheitsfonds erzielen ab 2009 alle Krankenkassen grundsätzlich die gleichen Einnahmen je Versicherten. Mangelnde Wirtschaftlichkeit in der Versorgung psychisch Kranker, auch bei der ambulanten Psychotherapie, könnte sich zu einem Nachteil für die Kasse entwickeln, auch wenn psychische Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

**Was soll sich aus Ihrer Sicht in der ambulanten Versorgung ändern?** Wir stellen eine erhebliche Fehlallokation der Ressourcen in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker fest:

Therapiewahl und -dauer sind nicht primär diagnose- und/oder morbiditätsbedingt, sondern angebotsabhängig. Bei gleicher Diagnose entscheidet die Art des aufnahmebereiten Therapeuten über das Therapieverfahren und damit auch über die Therapiedauer, die sich vor allem bei den Kurzzeittherapien oft an der Maximaldauer und nicht an der Morbidität orientiert. Dadurch ist der Patientendurchsatz je Therapeuten zu gering. Weiterhin gibt es keine hinreichende Differenzialdiagnostik, nicht zuletzt aufgrund unzureichend vergüteter Probatoren, aber auch aufgrund des Anspruchs, dass diagnoseunabhängig grundsätzlich alle Richtlinienverfahren therapeutisch geeignet seien. Zudem besteht die Tendenz, sich auf Patienten zu konzentrieren, die eher leichtere oder mittlere Störungen haben. Solche mit höherer Krankheitslast bzw. höheren Pharmakotherapiekosten werden gerne an die Krankenhäuser überwiesen.

Das Gutachterverfahren entfaltet kaum Steuerungspotenzial. Nur 0,4 Prozent der eingegangenen Anträge für TK-Versicherte werden überhaupt abgelehnt (im Bundesdurchschnitt ca. 4 Prozent). Angesichts dieser extrem niedrigen Quote stellt sich die Frage, ob die Berichtspflicht bzw. das Gutachterverfahren überhaupt erforderlich sind. Fehlsteuerung gibt es auch in der Bedarfsplanung u. a. dadurch, dass Teilzeittherapeuten Vollzeitpraxissitze in Anspruch nehmen. Das führt zu Kapazitätsengpässen und langen Wartezeiten.

**Wie beurteilen Sie die Verzahnung von ambulanten und stationärem Sektor?** Ambulante und stationäre Versorgung sind bzgl. Kapazität und Therapieverfahren unzureichend koordiniert, u. a. weil stationäre und ambulante Psycho- und Phar-

makotherapie oft nicht kongruent und nur selten aufeinander abgestimmt sind und im Anschluss an einen stationären Aufenthalt zu lange Wartezeiten bis zum Beginn einer ambulanten Therapie entstehen. So wird die erforderliche Therapiekontinuität nicht erreicht und dies bei oft mangelhaftem Krankheits- und Symptomverständnis bei Versicherten und Angehörigen.

**Wie stellen Sie sich die Versorgung psychisch kranker Menschen vor?** Die TK möchte die multidisziplinäre, sektorübergreifende und sozialpsychiatrisch ausgerichtete Versorgung stärken. Wir brauchen auch in der Akutversorgung Angebote, die direkt im Lebensumfeld der Patienten ansetzen und ihnen ermöglichen, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Dies lässt sich am ehesten über Verträge zur integrierten Versorgung verwirklichen. Wir denken hier zunächst an die Metropolregionen und an unsere Versicherten mit chronischen Verläufen. Entscheidende Behandlungselemente sind schnelle Erreichbarkeit (24 Stunden rund um die Uhr sieben Tage die Woche), ein flexibler, unbürokratischer Zugang zur Versorgung, feste Ansprechpartner und Bezugspersonen, ein Fallmanagement mit personenzentrierter Hilfeplanung, „Home-Treatment“, also „Zuhausebehandlung“ einschließlich ambulanter Kriseninterventionen in Rückzugsräumen, häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie und Psychoedukation, aber auch stationäre Behandlungsoptionen bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung. Die Vergütung sollte unabhängig vom Setting über ein Budget erfolgen, das sich aus prognostizierten Kosten pro eingeschriebenem Versicherten ergibt und eine längere Zeitspanne umfasst, z. B. 12 Monate.

## BPtK-Dialog



Dr. Thomas Ruprecht,  
Arzt bei der  
Techniker Krankenkasse

## Psychische Erkrankungen im Morbi-RSA

Das Bundesversicherungsamt (BVA) legte am 3. Juli weitere zentrale Regelungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) fest, so auch die genauen Kriterien, nach denen psychische Krankheiten berücksichtigt werden. Die Vorbereitungen für den Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 liegen damit im Zeitplan.

Bereits im März 2008 hatte das BVA die Krankheiten festgelegt, die zukünftig im Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigt

... Schizophrenie und wahnhaftige Störungen,  
 ... Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen,  
 ... Persönlichkeitsstörungen,  
 ... Anorexie und Bulimie,  
 ... Aufmerksamkeitsstörungen und andere hyperkinetische Störungen,  
 ... demenzielle Erkrankungen.

Bei der letzten Festlegung des BVA wurden insbesondere die Morbiditätsgruppen und die Zuordnungsalgorithmen ein-

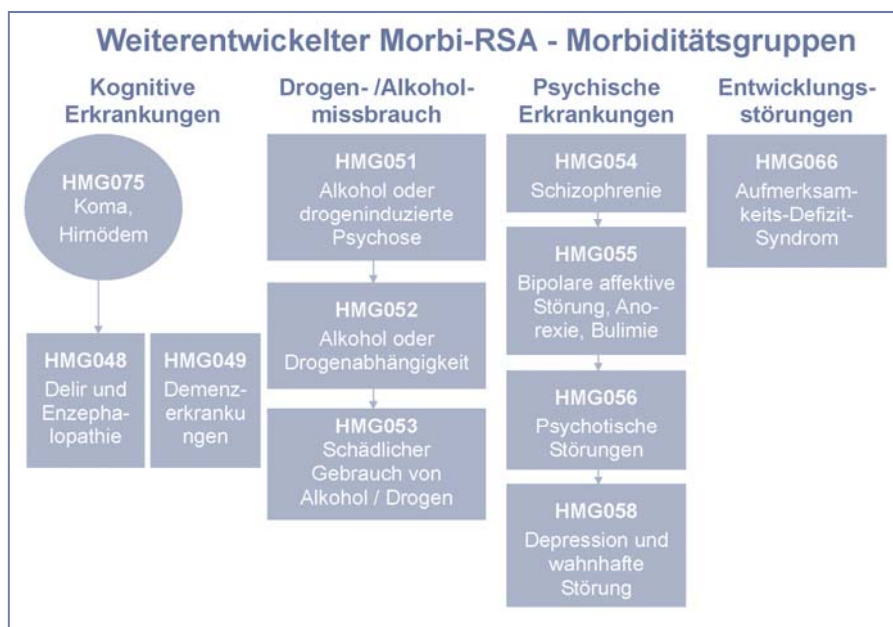
nären Versorgungssektor gesetzt. Das BVA ist damit den Hinweisen des Gesetzgebers auf die gebotene Versorgungsneutralität bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA gefolgt.

Besonders wichtig ist dabei, dass in der ambulanten Versorgung weitgehend auf Arzneimittelwirkstoffe als Kriterium dafür verzichtet wird, dass psychische Krankheiten berücksichtigt werden („Aufgreifkriterium“). Lediglich bei den Diagnosen Bipolare affektive Störungen, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen sowie kognitive und demenzielle Erkrankungen sind Arzneimittel ein notwendiges Kriterium, damit Ausgleichszahlungen im Morbi-RSA erfolgen. Das BVA ist damit einem zentralen Argument der BPTK gefolgt, dass sich im ambulanten Bereich die Morbidität psychischer Erkrankungen nicht angemessen über Arzneimittelverordnungen erfassen lässt. Nach dem Gebot der Versorgungsneutralität sollten im Morbi-RSA keine gezielten finanziellen Anreize für vornehmlich pharmakotherapeutische Behandlungen von psychischen Störungen gesetzt werden. Selbst bei den genannten psychischen Erkrankungen muss bezweifelt werden, ob sich die ambulanten Diagnosen mit den sehr breit definierten Arzneimittelgruppen tatsächlich zusätzlich absichern lassen.

Die psychischen Erkrankungen, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden, werden schließlich in so genannten „hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ (HMG) zusammengefasst, die einer prospektiven Kostenvorhersage dienen:

... HMG048: Delir und Enzephalopathie,  
 ... HMG049: Demenzerkrankungen,  
 ... HMG051: Alkohol- und drogeninduzierte Psychose,  
 ... HMG052: Alkohol- und Drogenabhängigkeit,  
 ... HMG053: Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom,

*Fortsetzung auf Seite 6*



werden. Die BPTK hatte sich in den vorangegangenen Stellungnahmeverfahren beim BVA erfolgreich dafür eingesetzt, dass ein relativ breites Spektrum an psychischen Erkrankungen zu den 80 Krankheiten des Morbi-RSA gehört. Damit ist eine wichtige Voraussetzung dafür erfüllt, dass sich Krankenkassen für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen einsetzen, ohne Gefahr zu laufen, dass die Kosten der Krankenbehandlung nicht durch Zuweisungen aus dem Morbi-RSA gedeckt werden.

Zu den im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen zählen:

... Unipolare depressive Störungen,  
 ... Bipolare affektive Störungen,

schließlich der Aufgreifkriterien definiert. Das ursprünglich im Gutachten 2004 favorisierte Klassifikationsmodell (IPHCC plus RxGroups) sah gesonderte Morbiditätsgruppen für den stationären (Entlassungsdiagnosen) und ambulanten Sektor (Arzneimittelwirkstoffe) vor. Dieses Modell wurde nun vom Bundesversicherungsamt zugunsten eines sektorübergreifenden Modells („All-Encounter Models“) aufgegeben, welches stationäre und ambulante Diagnosen in jeweils einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe berücksichtigt (ambulant bei Auftreten in mindestens zwei Quartalen). Dadurch, dass ambulante und stationäre Diagnosen zu denselben Zuschlägen führen, werden keine Fehlanreize für den statio-

## Gesundheitsreports 2008: Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu

Psychische Störungen nehmen in Deutschland weiter erheblich zu – insbesondere depressive Störungen, Angststörungen und psychosomatische Erkrankungen. Das ist ein zentrales Ergebnis der Gesundheitsreports 2008 der Techniker Krankenkasse (TK) und der Barmer Ersatzkasse (BEK), die sich schwerpunktmäßig mit psychischen Störungen bzw. Depressionen beschäftigen.

Der Anteil der Barmer-Versicherten, die aufgrund einer Depression ambulant behandelt wurden, stieg von 2004 bis 2006 von 4,7 Prozent auf 6,1 Prozent, was einer Zunahme von 30 Prozent entspricht. Ebenso deutlich nahm der Anteil der Versicherten zu, die aufgrund einer Depression stationär behandelt wurden.

Nach den Daten der TK erkrankten 7,2 Prozent aller Erwerbspersonen an einer Depression. Die TK wertete erstmals nicht allein die Daten zur Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten aus. Um die psychischen Belastungen besser einschätzen zu können, zog sie zusätzlich Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung heran. Psychische Erkrankungen sind danach noch häufiger, als es die bisherigen Auswertungen der Krankschreibungen und Arzneimittelrezepte vermuten ließen. Insgesamt wurde bei 15 Prozent der männlichen und 32,1 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen innerhalb des Jahres 2006 mindestens einmal eine psychische Störung diagnostiziert. Geschlechtsübergreifend entspricht das einem Anteil von 22,1 Prozent. Demnach erkrankte 2006 mehr als ein Fünftel aller Erwerbspersonen mindestens einmal an einer psychischen Störung. Jeder siebte Patient war 2007 aufgrund seiner psychischen Krankheit arbeitsunfähig.

Parallel zur Zunahme psychischer Störungen berichtet die Gmünder Ersatzkasse (GEK) in

ihrem Arzneimittelreport 2008 von einer steigenden Zahl an Versicherten, die Antidepressiva verordnet bekommen. Neben dem Einsatz bei depressiven Störungen werden Antidepressiva auch bei anderen psychischen Erkrankungen, wie z. B. Panikattacken, generalisierten Angststörungen, Essstörungen, Phobien, und zur Therapie chronischer Schmerzen eingesetzt. Dabei zeigen die GEK-Daten deutliche Altersunterschiede. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl der Anteil der Versicherten, bei denen eine Depression diagnostiziert wird, als auch die Anzahl der Patienten, die Antidepressiva verordnet bekommen. Der Anteil der GEK-Versicherten, die aufgrund einer Depression eine Psychotherapie erhielten, ist dagegen insgesamt sehr gering (1,3 Prozent) und spielt bei den Menschen im höheren Lebensalter eine noch geringere Rolle. Frauen im mittleren Lebensabschnitt erhalten allerdings deutlich häufiger eine Psychotherapie als männliche Patienten.

Bei den BEK-Versicherten stieg dagegen der Anteil der Versicherten, die zwischen 2004 und 2006 aufgrund einer Depression eine ambulante Psychotherapie erhielten: bei Männern um 8,5 Prozent und bei Frauen um 16 Prozent. Der Anteil der Antidepressiva-Verordnungen blieb dagegen auch bei BEK-Versicherten (16 Prozent) auf gleichem Niveau.

Die TK-Daten zeigen, dass in Hamburg, Berlin und Bremen verhältnismäßig wenige depressive Patienten Antidepressiva erhalten. Eine mögliche Ursache für diese regionalen Unterschiede sieht die TK darin, dass in städtischen Ballungsräumen ambulante Psychotherapie breiter verfügbar ist.

Als Reaktion auf die Zunahme psychischer Störung beabsichtigen die Krankenkassen, zum einen die Prävention und

Früherkennung seelischer Krankheiten, zum anderen die ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen zu verbessern. Dazu sollen die Angebote im betrieblichen Gesundheitsmanagement, wie eine Unterstützung der Betriebe bei der Ermittlung arbeitsbedingter psychischer Belastungen, ausgeweitet werden. Nach Ansicht der BEK spielt der Hausarzt eine zentrale Rolle bei der Früherkennung. Seine Rolle als „Gatekeeper“ soll gestärkt werden.

Um die Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern, planen die Krankenkassen, die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern. Vorrangiges Ziel ist es, unnötige stationäre Aufenthalte durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern zu vermeiden. „Vor allem nach stationären Aufenthalten fällt es den Betroffenen oftmals schwer, wieder in ihrem Alltag und Beruf Fuß zu fassen“, so Dr. Christoph Straub, stellvertretender TK-Vorstandsvorsitzender. So möchte die TK vor allem für chronisch psychisch kranke Menschen eine sozialpsychiatrisch ausgerichtete Versorgung im Lebensumfeld der Versicherten mit „Home-Treatment“, ambulanten Kriseninterventionen und so genannten Rückzugsräumen und Krisenpensionen anbieten. Die BEK entwickelt derzeit ein neues Versorgungskonzept speziell für Menschen mit depressiven Erkrankungen. Dazu plant sie in Berlin die Einrichtung einer rund um die Uhr erreichbaren ambulanten Anlaufstelle, die vom Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten gemeinsam getragen wird und bei der der Patient bei einer akuten depressiven Episode sofort Hilfe finden kann.

### BPtK-Focus



**Fortsetzung von Seite 4**

... HMG054: Schizophrenie,  
 ... HMG055: Bipolare affektive  
 Störung, Anorexie, Bulimie,  
 ... HMG056: Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen,

... HMG058: Depressionen und  
 wahnhafte Störungen,

... HMG066: Aufmerksamkeits-  
 Defizit-Syndrom.

Da das BVA nicht näher erläuterte, wie es die HMG gebildet hat, kann dieser Entscheidungsprozess nur sehr eingeschränkt nachvollzogen werden. Der Zusammenhang der einzelnen psychischen Störungen ist aber beispielsweise bei der HMG055 sehr lose, die so unterschiedliche Diagnosen wie die Bipolare

Störung und die Anorexie bzw. Bulimie zusammenfasst. Grundsätzlich gilt, dass pro Versicherten nur ein Zuschlag fällig wird, auch wenn mehrere Diagnosen aus einer HMG (zum Beispiel Bipolare Störung und Anorexie) vorliegen.

Zudem bilden die HMG051 bis HMG053 sowie die HMG054 bis HMG058 jeweils eine strenge Hierarchie. Dies bewirkt, dass bei komorbid auftretenden psychischen Störungen, die sich zu mehreren HMG einer Hierarchie zuordnen lassen (zum Beispiel depressive Episode und Bulimie), lediglich der Zuschlag für die höchste HMG fällig wird und nicht mehrere Zuschläge. Im nächsten Schritt wird das Bundesversicherungsamt auf dieser Grundlage die Höhe der Risikozuschläge pro hierarchisierter Morbiditätsgruppe für das kommende Jahr berechnen.

**Ab 2009: Kein Krankengeld für Selbstständige**

Ab dem 1. Januar 2009 haben freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige keinen Krankengeldanspruch mehr. Dies wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossen. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, zum Januar Krankengeld-Wahltarife für einen Zusatzbeitrag anzubieten.

Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen ist eine solcher Krankengeldvertrag nicht mit einer Risikoprüfung verbunden. Allerdings bindet sich der Versicherte für drei Jahre an seine Krankenkasse. Innerhalb dieser drei Jahre verzichtet er außerdem auf sein Sonderkündigungsrecht bei einer Beitragssatzerhöhung.

Eine Alternative ist der Vertrag über ein „Krankentagegeld“ bei einer privaten Krankenversicherung. Hier hängt die Höhe des Beitrages vom abgesicherten Risiko, vom Eintrittsalter und vom Gesundheitszustand des Versicherten ab.

**2009:****Höhere Vergütung für Vertragspsychotherapeuten**

Für die Vergütung vertragspsychotherapeutischer Leistungen gelten ab dem 1. Januar 2009 neue Regelungen. Das Honorar für genehmigungspflichtige Leistungen wird künftig bundesweit einheitlich bei 79,50 Euro je Sitzung Einzeltherapie liegen. Je nach Ausgangssituation werden die Psychotherapeuten regional unterschiedlich von dem Ergebnis profitieren. Die höchsten Zuwächse von bis zu 20 Prozent wird es in Ostdeutschland geben, mit nur geringen bzw. keinen Zuwächsen ist z. B. in Bayern, Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe zu rechnen.

Die neuen Regelungen wurden im Erweiterten Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der Krankenkassen beschlossen. Der Bewertungsausschuss trifft Beschlüsse zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Vergütung. Der Erweiterte Bewertungsausschuss wird einberufen, wenn im Bewertungsausschuss keine

Einigung erzielt wird. Ihm gehören neben den Mitgliedern des Bewertungsausschusses (Vertreter der Krankenkassen und der Ärzte und Psychotherapeuten) ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder an.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss trägt mit seinem Beschluss zu einer sachgerechten Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bei. Entscheidend für die Höhe des Honorars ist ab 2009 der so genannte Orientierungspunktwert. Er ist bundesweit einheitlich und liegt künftig bei 3,5058 Cent. Um für Psychotherapeuten – wie gesetzlich vorgesehen – mit diesem Punktwert eine „angemessene Vergütung pro Zeiteinheit“ zu erreichen, musste die Punktzahl für die genehmigungspflichtigen Leistungen im EBM „normativ“ erhöht werden. Dazu werden die EBM-Punkte für psychotherapeutische Leistungen nach Kapitel 35.2 des EBM mit dem Faktor 1,2923 multipliziert, was für

eine Einzelsitzung 2.268 Punkte und in der Multiplikation mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert das Sitzungshonorar ergibt.

Für die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen bleibt es bei der „normalen“ EBM-Punktzahl, so dass sich hier z. B. für probatorische Sitzungen ein Honorar in Höhe von 61,53 Euro ergibt. Auch dies ist eine Verbesserung, denn der Wert liegt deutlich über dem Mindesthonorar, das das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom September 2007 (44,93 Euro) festgelegt hatte.

Offen bleibt, wie sich das Honorar der Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Arztgruppen entwickelt. Das Ziel einer gerechten Honorierung psychotherapeutischer Leistungen („Gleiches Geld für gleiche Leistung“) ist damit voraussichtlich noch nicht erreicht – schmälert jedoch nicht den jetzigen Erfolg, da dies nur durch eine Gesetzesänderung möglich ist.



Spitzenverband

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

## Gesprächspsychotherapie – Verfahren oder Methode?

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den ablehnenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Gesprächspsychotherapie in seinem Schreiben vom 24. Juni nicht beanstandet. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist der ablehnende Beschluss rechtskräftig geworden. Entgegen den Voten der BPTK und der gesprächspsychotherapeutischen Fachgesellschaften wurde die Gesprächspsychotherapie damit nicht als weiteres Richtlinienverfahren anerkannt. Damit ist die Gesprächspsychotherapie auch künftig keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der G-BA hatte festgestellt, dass die Gesprächspsychotherapie zwar fast sämtliche Kriterien eines Psychotherapieverfahrens erfüllt, z. B. eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihre Behandlung sowie eine psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen; der G-BA sah jedoch Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie „nicht in ausreichender Breite wissenschaftlich belegt“. Er fand

ausschließlich Belege dafür, dass die Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung von depressiven Patienten ebenso nützlich ist wie die bereits anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Damit habe die Gesprächspsychotherapie keine „ausreichend breite Versorgungsrelevanz“.

Das BMG machte dem G-BA zur Auflage, die Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Methode bei der Indikation Depression/affektive Störung zu prüfen. Der G-BA bat die BPTK, die Bundesärztekammer und die gesprächspsychotherapeutischen Fachgesellschaften deshalb um Stellungnahme zu zwei Fragen:

1. Erfüllt die Gesprächspsychotherapie die Voraussetzungen für die Überprüfung als Methode im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien?
2. Wenn ja, welchem/welchen Richtlinienverfahren kann die Methode „Gesprächspsychotherapie“ zugeordnet werden?

In ihrer Stellungnahme kritisiert die BPTK, dass die Frage grundsätzlich falsch gestellt sei, da es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein Psychotherapieverfahren handelt, welches

für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten zugelassen ist. Der G-BA selbst hatte bereits festgestellt, dass die Gesprächspsychotherapie mit Ausnahme des Schwellenkriteriums alle Kriterien eines Verfahrens erfüllt.

Eine besondere Problematik ergibt sich zudem über eine veraltete Definition der Gesprächspsychotherapie, die der G-BA zugrunde gelegt hatte. Diese steht nicht nur im Widerspruch zu den Auffassungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, der BPTK und der gesprächspsychotherapeutischen Fachgesellschaften, sondern auch zu den heute existierenden Aus- und Weiterbildungen in Gesprächspsychotherapie.

Schließlich macht die BPTK in ihrer Stellungnahme deutlich, dass die Anforderung, die Gesprächspsychotherapie einem oder mehreren Richtlinienverfahren zuzuordnen, nicht aus dem Normtext der Psychotherapie-Richtlinien abgeleitet werden kann und zudem im Widerspruch zu den Regelungen für die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 SGB V steht.

## BPtK-Inside



## Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungsberatung stärken

In Erziehungsberatungsstellen arbeiten multidisziplinäre Teams zusammen, um Eltern und Kindern bei der Lösung familiärer Konflikte zu helfen. Dabei werden mit pädagogischer Zielsetzung auch Interventionen eingesetzt, die in der Psychotherapie entwickelt und erprobt wurden. Wenn sich die Probleme eines Kindes verfestigt haben oder sich akut zuspitzen, können auch psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne indiziert sein, z. B. damit ein Kind häufig auftretende Wutanfälle zu kontrollieren lernt. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) treten

daher gemeinsam dafür ein, die psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungsberatung zu stärken und in Zukunft sicherzustellen.

Psychotherapie in der Erziehungsberatung ist jedoch immer wieder dadurch gefährdet, dass Kommunen und Länder versuchen, die Kosten an die gesetzliche Krankenversicherung abzuschieben. Dies gilt besonders für ... Eltern von Kindern und Jugendlichen mit schweren Problemen, ... psychisch kranke Kinder, die die äußeren Bedingungen einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung nicht einhalten können,

- ... Kinder psychisch kranker Eltern, die eine besondere Entwicklungsförderung brauchen,
- ... Kinder, die eine längerfristige pädagogisch-psychotherapeutische Unterstützung in der Jugendhilfe benötigen.

Psychotherapeutische Kompetenz und psychotherapeutische Interventionen sind in der Erziehungsberatung erforderlich, werfen jedoch zugleich eine Reihe fachlicher, versorgungspolitischer und rechtlicher Fragen auf. Eine gemeinsame Stellungnahme der bke und der BPTK gibt erste Antworten auf diese Fragen.

**Gemeinsame Stellungnahme von bke und BPTK:**

[http://www2.bptk.de/uploads/stn\\_bke\\_bptk\\_final.pdf](http://www2.bptk.de/uploads/stn_bke_bptk_final.pdf)

bke

## World Mental Health Day 2008: Priorität für seelische Gesundheit

Etwa 12 Prozent der Weltbevölkerung sind von psychischen Störungen betroffen, das sind nahezu 450 Millionen Menschen. Weltweit wird einer von vier Menschen im Laufe seines Lebens psychisch krank. Diese Erkrankung könnte durch eine professionelle Diagnostik und Behandlung geheilt oder gelindert werden. Psychische Krankheiten finden sich in jedem Land, jeder Kultur, jedem Alter und jeder sozioökonomischen Schicht.

Warum bekommen psychische Erkrankungen und ihre Behandlung sowie die Förderung von psychischer Gesundheit nicht die Aufmerksamkeit und Finanzierung wie andere Krankheiten und Gesundheitsthemen? Diese Frage stellt die World Federation for Mental Health an ihrem diesjährigen „Internationalen Tag der Seelischen Gesundheit“ am 10. Oktober 2008 und fordert dazu auf, der psychischen Gesundheit weltweit eine stärkere Priorität einzuräumen.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter <http://www.wfmh.org/02WFMHDay08.htm>.

## KBV: AD(H)S zunächst ohne Medikamente behandeln

Der jüngste GEK-Arzneimittelreport dokumentiert eine besorgniserregend häufige Verordnung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen, die an einem Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität (AD(H)S) leiden. Unter den fünf häufigsten Medikamenten, die 11- bis 14-jährige verschrieben bekommen, befinden sich gleich zwei Psychostimulanzien zur Behandlung von AD(H)S. Diese Präparate verursachen insgesamt zehn Prozent der gesamten Aufwendungen für Arzneimittel im Kindes- und Jugendalter.

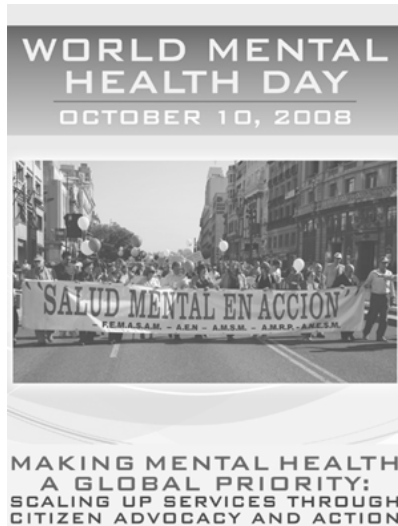
Ein neues Versorgungskonzept, das gemeinsam von Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern entwickelt und von der Kassennärztlichen Bundesvereinigung im Juni vorgestellt wurde, zielt darauf ab, an AD(H)S erkrankte Kinder zunächst verstärkt psychotherapeutisch zu behandeln. Ein besonderer Schwerpunkt wird auch auf diagnostische und differenzialdiagnostische Maßnahmen gelegt, damit nur Patienten mit einer gesicherten Diagnose behandelt werden.

## 2007: Fünf Prozent mehr Psychotherapeuten

Die Zahl der Psychotherapeuten steigt. 2007 arbeiteten in Deutschland 31.536 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Damit nahm ihre Zahl um fast fünf Prozent gegenüber dem Vorjahr zu. Psychotherapeuten sind damit – knapp zehn Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz – einer der wichtigsten Heilberufe in der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Psychotherapie ist in Deutschland vor allem ein Beruf für Frauen. Zwei Drittel der approbierten Psychotherapeuten sind weiblich. Die Mehrheit ist bereits länger im Beruf tätig: Rund 60 Prozent sind 50 Jahre und älter. Gut die

Hälfte hat sich in einer eigenen Praxis niedergelassen. Etwa jede Fünfte arbeitet in einem Krankenhaus, fast jede achte in einer Beratungsstelle und circa jede zwanzigste in einer Rehabilitationseinrichtung. Ferner sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in sozialpsychiatrischen und psychosozialen Diensten sowie Tagesstätten für psychisch Erkrankte und Behinderte beschäftigt.



## Impressum

BPtK-Newsletter  
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter

Redaktion: Kay Funke-Kaiser

Layout: Judith Scheide

Verlag: Verlagsgruppe Hüthig  
Jehle Rehm,  
Im Weiher 10,  
69121 Heidelberg.

Druck: Zimmermann-Druck,  
Balve

Nachdruck und Fotokopien auch auszugswise 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)



### Psychotherapie und Suchtbehandlung

25. November 2008  
13:00 - 17:15 Uhr

Kaiserin-Friedrich-Stiftung  
Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin

Fachverband  
Sucht e.V.

In Deutschland existiert ein hochwertiges Beratungs- und Behandlungsangebot für abhängige Menschen und parallel dazu ein breites Netz ambulanter Psychotherapeuten. Ziel der Veranstaltung ist es, Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Einrichtungen der Suchtbehandlung aufzuzeigen und diese hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit zu diskutieren. Im Vordergrund stehen hierbei folgende Fragen:

- Welche Aufgaben haben Psychotherapeuten hinsichtlich der Behandlung substanzbezogener Störungen (riskanter Konsum, schädlicher Konsum, Abhängigkeit)?
- Wie können die Frühintervention und die frühzeitige Vermittlung durch Psychotherapeuten bei Abhängigkeitserkrankungen gefördert werden?
- Welche Rolle spielen Psychotherapeuten bei der Weiterbehandlung komorbider psychischer Störungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung?
- Wie kann eine verbesserte Kooperation durch die Politik, Leistungsträger und die beteiligten Leistungserbringer vorangebracht werden?

Ziel der Veranstaltung ist ein ergebnisorientierter Erfahrungsaustausch mit gezielt eingeladenen Teilnehmern in einem überschaubaren Rahmen.

Moderation  
Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Begrüßung durch Fachverband Sucht  
und Bundespsychotherapeutenkammer  
Grußwort, Sabine Bätzing

Verbreitung von Suchtformen und  
Zugangsweg zur Behandlung  
Prof. Dr. Gerhard Bühringer

Weiterentwicklung des Suchthilfesystems aus  
der Praxis der medizinischen  
Rehabilitation Abhängigkeitskranker  
Peter Missel

13:35 -  
13:55 Uhr

Evidenzbasierte Psychotherapie der Sucht  
Prof. Dr. Fred Rist

13:55 -  
14:15 Uhr

Praxis der ambulanten Psychotherapie bei  
Sucht  
Dr. Klaus Billitz

14:15 -  
14:35 Uhr

Kostenrelevanz der Behandlung suchtkran-  
ker Menschen in der GKV  
Uwe Reppschläger

14:35 -  
15:00 Uhr

Handlungsbedarf  
aus Sicht des Fachverbandes Sucht  
Dr. Volker Weissinger

15:00 -  
15:30 Uhr

aus Sicht der  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Monika Konitzer

15:30 -  
15:45 Uhr

Perspektiven einer qualitätsgesicherten und  
vernetzten Versorgung suchtkrank-  
er Menschen - Podiumsdiskussion -

15:45 -  
17:00 Uhr

Dr. Ingo Michels  
Dr. Christiane Korsukewitz  
Uwe Reppschläger  
Ralf Schneider  
Monika Konitzer  
Dr. Theo Wessel

Schlusswort und Ausblick  
Fachverband Sucht  
Bundespsychotherapeutenkammer

17:00 -  
17:15 Uhr