



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

G-BA-Beschluss zur Mindestquote – Reformbedarf der Bedarfsplanung

Am 18. Juni 2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seinen Beschluss zur Umsetzung der Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie getroffen. Der G-BA beabsichtigt eine zögerliche und unzureichende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Der Beschluss offenbart außerdem erneut die systematischen Mängel der derzeitigen Bedarfsplanung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bei Redaktionsschluss zusätzliche Informationen und eine ergänzende Stellungnahme vom G-BA gefordert. Beschlüsse des G-BA treten erst in Kraft, wenn sie nicht innerhalb von zwei Monaten vom BMG beanstandet werden. Diese Beanstandungsfrist wird durch die Forderung des BMG nach zusätzlichen Informationen unterbrochen.

Psychotherapeuten, die nicht ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln

Mit der zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Änderung im SGB V hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, in Planungsbereichen einen 20-Prozent-Anteil der Praxissitze für Psychotherapeuten/Ärzte vorzusehen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.

Der G-BA-Beschluss sieht jedoch vor, dass dabei nicht nur Psychotherapeuten berücksichtigt werden, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, sondern auch Psychotherapeuten, die vorrangig Erwachsene versorgen. Psychotherapeuten mit doppelter Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) werden auf die Quote angerechnet, auch wenn sie de facto an der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendli-

Psychotherapieausbildung nur mit Master

Von den neuen Studienabschlüssen „Bachelor“ und „Master“ erfüllt nach der derzeitigen Rechtslage nur der Masterabschluss die Voraussetzungen für den Zugang zur Psychotherapieausbildung. Die BPTK hat sich deshalb an die Gesundheitsministerkonferenz und das Bundesgesundheitsministerium gewandt, um schon vor einer Reform des Psychotherapeutengesetzes eine bundeseinheitliche Handhabung zu erreichen. Psychotherapie ist „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (§ 1 Psychotherapeutengesetz). Notwendige Voraussetzung einer eigenverantwortlichen psychotherapeutischen Tätigkeit ist eine umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz, die es erlaubt, Patienten nach der bestmöglichen Evidenz zu beraten und zu behandeln und die Aufgaben einer Wissenschaftsdisziplin innovativ bearbeiten zu können. Dies sind Fähigkeiten, die nach den Kriterien der Kultusministerkonferenz das Kompetenzniveau eines Masterabschlusses beschreiben. Das Kompetenzniveau eines Bachelorabschlusses setzt dagegen lediglich Fähigkeiten zur Bearbeitung von Aufgaben in Teilbereichen einer Wissenschaftsdisziplin voraus. Dieses Niveau reicht für einen akademischen Heilberuf nicht aus. Nach dem europäischen Bologna-Prozess werden „Diplom“ und „Magister“ durch die Abschlüsse „Bachelor“ und „Master“ abgelöst. Dies hat zu einer bundesweit unterschiedlichen Zulassungspraxis zur Psychotherapieausbildung geführt. Nach dem am 7. Mai 2009 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten „Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung“ unterscheidet sich die Zulassungspraxis der Landesprüfungsämter insbesondere in der KJP-Ausbildung erheblich. So verlangt die Hälfte der 16 Aufsichtsbehörden von Absolventen eines Pädagogik- oder Sozialpädagogikstudiums bei Abschlüssen aus gestuften Studiengängen einen Masterabschluss, die andere Hälfte akzeptiert den Bachelorabschluss.

chen im gesetzlich vorgegebenen Umfang nicht beteiligt sind. Dadurch ergeben sich wesentlich weniger Niederlassungsmöglichkeiten als sich bei einer vollständigen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ergeben müssten.

Zusätzliche Zehn-Prozent-Quote

Durch die gesetzliche Regelung soll sichergestellt werden, dass es ausreichende Niederlassungsmöglichkeiten für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, gibt und dadurch die Versorgung für Kinder und

Jugendliche verbessert wird. Nach Ansicht des Gesetzgebers ist der Zugang zu frühzeitigen Therapien „dringend erforderlich, um persönliches Leid bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien sowie hohe volkswirtschaftliche (Folge-) Kosten zu vermeiden“.

Der G-BA-Beschluss verhindert dies, indem er eine zusätzliche Zehn-Prozent-Quote schafft, die im Gesetz nicht vorgesehen ist. Er schreibt vor, dass sich die Zahl der Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, in allen Planungsbereichen einer Kassenärztlichen

Vereinigung erst einmal auf zehn Prozent erhöhen muss, bevor in einem zweiten Schritt die gesetzlich angestrebten 20 Prozent erreicht werden können. Mit anderen

Worten: Der G-BA-Beschluss blockiert eine 20-Prozent-Quote, solange der Versorgungsgrad in nur einem einzigen Planungsbereich unter zehn Prozent liegt.

Keine sinnvolle Steuerung

Ziel der Regelung soll sein, die Niederlassungen in „unattraktiven“ ländlichen

Stellungnahme der Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) zur Veröffentlichung des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung

Mit Spannung wurde es von uns PiA erwartet und nun ist es endlich da: das Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung, welches im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von einer Gutachtergruppe um Prof. Bernhard Strauß erstellt wurde. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Gutachtergruppe werden bei der Diskussion um eine notwendige Reform der Psychotherapieausbildung eine wichtige Rolle spielen.

In Bezug auf die praktische Tätigkeit (PT) stellt die Gutachtergruppe fest, dass die Bedingungen zwar sehr heterogen ausgestaltet sind, dass aber viele PiA in der praktischen Tätigkeit Einzel- und Gruppentherapiegespräche führten und eigene Arbeitsbereiche selbstständig übernahmen, was nicht Zweck der PT sei. Die Gutachtergruppe gibt zwar Empfehlungen zur Umgestaltung, bietet jedoch keine Lösungsvorschläge für die Tatsache an, dass PiA in tausenden Fällen in der PT therapeutische Tätigkeiten ausüben, was sie, wie im Forschungsgutachten festgestellt wird, eigentlich nicht dürfen.

Unserer Auffassung nach ist es dringend notwendig, eine Diskussion darüber zu führen, welche Zielsetzung die PT haben soll und welche Aufgaben von den PiA darin im Patientenkontakt übernommen werden sollen und dürfen. Bei dieser Diskussion müsste dann auch die Frage geklärt werden, wer die Patienten in den Kliniken behandeln sollte, wenn PiA dies nicht (mehr) tun dürften bzw. sollten. Erst wenn in einer solchen Diskussion der tatsächliche Charakter einer zukünftigen PT geklärt ist, wäre es sinnvoll, auf dieser Basis über die Länge und eine angemessene Bezahlung der PT zu entscheiden.

Die Position der PiA ist hierzu klar: Wir wollen keine Praktikanten oder Hospitan-

ten sein! Eine PT, die auf das bloße Kennenlernen psychiatrischer Störungsbilder und Settings ausgerichtet ist und in der nicht vorgesehen ist, dass wir praktisch psychotherapeutisch tätig werden, hat ihren Zweck verfehlt und ist dem bereits



erreichten fachlichen und akademischen Bildungsstand der Ausbildungsteilnehmer nicht angemessen.

Bei den Empfehlungen zu den Zugangsvoraussetzungen ist zunächst zu begrüßen, dass die Gutachtergruppe – wie ein Großteil der Profession auch – den Master als unverzichtbaren akademischen Bildungsgrad für die Ausübung von Psychotherapie anführt und weiterhin inhaltliche Zugangsvoraussetzungen für die Aufnahme der Ausbildung definiert. Bei diesen eng am Curriculum des bisherigen Psychologiestudiums orientierten inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen stellt sich jedoch die Frage, wie sie sich auf die Zugangsmöglichkeiten der Absolventen pädagogischer Studiengänge auswirken werden. Werden die pädagogischen Hochschulinrichtungen willens und in der Lage sein, die geforderten psychologischen Studieninhalte im Rahmen eines konsekutiven Bachelor-/Master-Studiums anzubieten? Oder wird es dazu kommen, dass pädagogische Absolventen flächen-

deckend (wahrscheinlich kostspielige) Nachqualifikationsmaßnahmen in Anspruch nehmen müssen, um die Ausbildung beginnen zu können? Im Extremfall könnte dies zu einer Verhinderung der pädagogischen Zugangswege führen, mit unabsehbaren Folgen für die Nachwuchssicherung. Weiterhin wären auch einige spezielle Regelungen des vorgeschlagenen Curriculums der inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen, beispielsweise, dass ein Praktikum nicht nachgeholt werden kann, in ihrer Sinnhaftigkeit zu diskutieren.

Zu den Finanzierungsvorschlägen ist anzumerken, dass eine BAföG- oder Darlehensfinanzierung aus unserer Sicht keine angemessene Lösung darstellt. So würden den Ausbildungsteilnehmern weiterhin teilweise oder ganz die finanziellen Lasten der Ausbildung aufgebürdet – nur diesmal zeitlich verzögert. Außerdem wäre der gesetzliche Regelungsaufwand, um ein den Bedingungen der Psychotherapieausbildung angemessenes BAföG-Modell zu schaffen, sehr hoch. Der wichtigste Punkt ist jedoch, dass wir es in jedem Fall für angemessener halten, wenn PiA für ihre im Rahmen der Ausbildung erbrachten Arbeitsleistungen bezahlt werden, anstatt von staatlichen Transferleistungen oder Darlehen leben zu müssen!

Wir hoffen und wünschen uns, dass die Ergebnisse der Forschergruppe offen und konstruktiv diskutiert werden und zu einer Verbesserung der Psychotherapieausbildung führen. Wir als primär Betroffene dieser Ausbildung wollen uns mit dieser Stellungnahme und auch in Zukunft aktiv an diesem Prozess beteiligen.

*Jürgen Tripp
(für die Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung)*

Gebieten zu fördern und vorrangig dort die Zahl der Zulassungen zu steigern. Das Gegenteil ist aber der Fall. Gerade in städtischen und „attraktiveren“ Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad relativ häufig unter zehn Prozent, was der Systematik der Bedarfsplanung geschuldet ist. Diese sieht in Städten wesentlich mehr Niederlassungsmöglichkeiten pro Einwohner vor als in ländlichen Gebieten. Regelmäßig sind das in Städten im Vergleich zu ländlichen Gebieten deutlich mehr als unter Versorgungsgesichtspunkten notwendig sind. Dies gilt auch, wenn berücksichtigt wird, dass Psychotherapeuten in Städten ländliche Gebiete mitversorgen. Das zeigt erneut, dass die Bedarfsplanung in ihrer derzeitigen Form nicht in der Lage ist, für sinnvolle Versorgungsstrukturen zu sorgen und jeder Versuch, diesen strukturellen Mangel der Bedarfsplanung mit Einzelfallregelungen zu begegnen, letztlich zum Scheitern verurteilt ist. Mittelfristig bedarf es einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung. Bis dahin bleibt zu hoffen, dass der G-BA die Forderung des BMG zum Anlass nimmt, seinen Beschluss im Sinne der dringend erforderlichen besseren Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu überarbeiten.

Kinderschutzgesetz gescheitert

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zu einem Bundeskinderschutzgesetz ist gescheitert (BT-Drs. 16/12429). Nach heftiger Kritik zahlreicher Fachverbände, Kinderschutzexperten und Träger der Jugendhilfe haben die Koalitionsfraktionen den Gesetzentwurf fallen gelassen.

Heftig umstritten waren insbesondere die verpflichtenden Hausbesuche durch das Jugendamt. Der obligatorische Hausbesuch nehme den Jugendämtern die Flexibilität, individuell angemessen zu reagieren, so die Kritik. So könne ein Hausbesuch als Kontrollinstrument durchaus schädlich sein, wenn er Bemühungen zuwiderlaufe, schrittweises Vertrauen zu Familien aufzubauen. Wenn das Jugendamt zu einem Kontrollbesuch erscheine, obwohl z. B. in der Familie bereits eine Familienhelferin

tätig sei, die nicht zum Jugendamt gehöre, könnte dies zu einem Abbruch aller behördlichen Kontakte der Familie führen. Voreilige Hilfen könnten unter Umständen mehr schaden als nutzen.

Auch die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme deutlich gemacht, dass für einen besseren Kinderschutz frühzeitige und niederschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern erforderlich seien. In der Praxis zeigen sich aber gerade hier große Defizite. Die im Kinderschutzgesetz vorgeschlagenen Regelungen hätten keine Rechtsfolgen für die Länder und daher keine neuen Anspruchsgrundlagen für Familien bzw. Kinder und Jugendliche in Not geschaffen. Müssten Jugendämter künftig bei jedem geäußerten Verdacht das Kind und sein persönliches Umfeld in Augenschein nehmen, würden in großem Umfang personelle Ressourcen gebunden, die für die Beratung und Betreuung der Familien dringend gebraucht würden. An diesem zentralen Punkt würde der Gesetzentwurf keine positive präventive Wirkung entfalten, sondern möglicherweise sogar negative Effekte haben.

In einem Schreiben an die Mitglieder des Bundestagsausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte sich BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter für eine Verbesserung des Kinderschutzes durch eine weitergehende Reform des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ausgesprochen. Unter Zuhilfenahme der verfügbaren Fachexpertise und mit der Besonnenheit, die das Thema Kinderschutz verdiene, sollten dabei Regelungen geschaffen werden, die beides gewährleisten könnten: ein bedarfsgerechteres Hilfs- und Unterstützungsangebot und ein zuverlässigeres Erkennen von Risikoentwicklungen. Darin käme dann tatsächlich eine höhere Priorität des Kinderschutzes zum Ausdruck.

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf wollte die Bundesregierung nach den in den Medien vielbeachteten spektakulären Fällen von Kindesvernachlässigung mit tödlichem Ausgang den Kinderschutz in Deutschland verbessern. Dazu sollte neben den verpflichtenden Hausbesuchen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen insbesondere auch eine Befugnisnorm für Berufsheimlichträger (wie Psychothera-

peuten und Ärzte) geschaffen werden, um bestehende Unsicherheiten in Bezug auf die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt zu reduzieren.

13. Kinder- und Jugendbericht veröffentlicht

Das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen hat sich gewandelt. Chronische Erkrankungen und psychische Störungen haben gegenüber akuten und somatischen Erkrankungen an Bedeutung gewonnen. Ein besonders hohes Krankheitsrisiko tragen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund. Dies zeigt die Zustandsbeschreibung durch den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung der erstmals die Themen Gesundheit und gesundheitsbezogene Prävention behandelt (BT-Drs. 16/12860).

Der Bericht arbeitet heraus, dass die Kinder- und Jugendhilfe mit ihren Beratungs- und Förderangeboten und den von ihr getragenen Einrichtungen einen viel stärkeren Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten könne: beispielsweise durch den Aufbau einer flächendeckenden, breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung der Familien. Dem Erfolg von Maßnahmen stehe jedoch in der Praxis eine unzureichende Koordination von Angeboten im Weg. So mangle es zwar nicht an Konzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Diese seien jedoch zwischen den Verantwortlichen in Jugendhilfe, Sozialhilfe und Gesundheitswesen künftig besser zu verzahnen.

Ein Präventionsgesetz könnte bundesweite Regelungen für ein effektives, qualitätsgesichertes und koordiniertes Angebot vor Ort treffen mit ausreichenden Ressourcen, wenn Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden würde. In der zu Ende gehenden Legislaturperiode ist nach 2005 auch der zweite Anlauf zu einem solchen Gesetz gescheitert. Dabei macht der 13. Kinder- und Jugendbericht wieder deutlich, wie dringend ein Präventionsgesetz gebraucht wird.

Sozialpsychiatrievereinbarung: Mehr Kompetenzen erforderlich

Kinder und Jugendliche mit komplexen psychischen Störungen haben zukünftig einen gesicherten Anspruch auf eine ambulante multiprofessionelle Behandlung. Der Bundesrat stimmte am 10. Juli 2009 der 15. Novellierung des Arzneimittelgesetzes (15. AMG-Novelle) einschließlich zahlreicher weiterer Änderungen im Sozialrecht zu und sicherte damit auch die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind zukünftig gesetzlich verpflichtet, entsprechende Verträge zu schließen. Die Krankenkassen hatten die bisher freiwilligen Vergütungsvereinbarungen wegen der Einführung des Gesundheitsfonds gekündigt.

Multiprofessioneller Behandlungsansatz

Der Gesetzgeber stellt mit der 15. AMG-Novelle ein multiprofessionelles Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche mit komplexen psychischen Störungen dauerhaft sicher. In den Sozialpsychiatrievereinbarungen ist die Vergütung niedergelassener Ärzte für Leistungen zu regeln, die nicht von ihnen selbst, sondern durch Angehörige anderer Berufe erbracht werden, beispielsweise durch Logopäden oder Heilpädagogen. Diese können bei den Ärzten angestellt oder im Rahmen von Kooperationen tätig sein.

Gesetz nennt Psychotherapeuten nicht

Die neuen gesetzlichen Regelungen nennen allerdings neben den Ärzten nicht die

Psychotherapeuten. Dem Gesetzgeber ging es ausschließlich um die Fortführung der bisherigen Verträge. Darüber hinausreichende Veränderungen wollte er nicht. Die Sozialpsychiatrievereinbarung sieht jedoch nur die Regelung einer Vergütung für bestimmte Ärzte, nicht aber für Psychotherapeuten vor.

Kompetenzen von Psychotherapeuten

Die BPTK wird sich weiterhin für eine Verbesserung der sozialpsychiatrischen Vereinbarungen selbst einsetzen. Dafür müssten Psychotherapeuten allerdings über mehr Kompetenzen verfügen als bisher. Bislang können Psychotherapeuten keine Heilmittel (z. B. Ergotherapie, Logopädie) verordnen. Dies erschwert rechtlich ihren Einbezug in die Sozialpsychiatrievereinbarung.

Psychotherapeutenstatistik 2008

Auf 33.077 stieg die Zahl der Psychotherapeuten in Deutschland im Jahr 2008, ein Zuwachs von knapp fünf Prozent wie schon im Jahr zuvor. Mehr als Dreiviertel hat eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (76,7 Prozent), etwa jeder Sechste ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert. Die übrigen 7,1 Prozent verfügen über beide Approbationen.

Beschäftigte Psychotherapeuten

Art der Einrichtung	Jahr		
	2008	2007	2006
Einrichtungen insgesamt	33.077	31.536	30.076
Gesundheitsschutz	34	25	43
Ambulante Einrichtungen	24.135	22.656	21.524
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	7.039	7.169	7.256
Verwaltung	49	219	421
Sonstige Einrichtungen	1.820	1.467	832

www.gbe-bund.de

Über die Hälfte der Psychotherapeuten arbeitet für die ambulante Versorgung in einer psychotherapeutischen Praxis. Weitere 16 Prozent sind in anderen ambulanten Einrichtungen und dabei im Wesentlichen in Beratungsstellen beschäftigt.

Das größte Tätigkeitsfeld im stationären bzw. teilstationären Bereich ist das Krankenhaus. Hier arbeiten knapp 17 Prozent der Psychotherapeuten, weitere fünf Prozent sind in einer Rehabilitationseinrichtung angestellt. Darüber hinaus versorgen Psychotherapeuten psychisch kranke Menschen in sozialpsychiatrischen und psychosozialen Diensten, Tagesstätten für psychisch Erkrankte und Behinderte, Einrichtungen der stationären Jugendhilfe und im Strafvollzug.

Psychotherapie wird immer mehr zu einem Frauenberuf. Heute sind 65,7 Prozent der Psychotherapeuten weiblich. Dieser Anteil wird in Zukunft weiter wachsen, denn in den unteren Altersgruppen ist der Frauenanteil deutlich größer als in den oberen. Ist bei den 60- bis 64jährigen mit 58 Prozent nur eine knappe Mehrheit weiblich, sind es bei den 50- bis 54jährigen bereits 63 Prozent, bei den 40- bis 44jährigen 75 Prozent und bei den 30- bis 34jährigen sogar 90 Prozent.

Der Altersdurchschnitt der Psychotherapeuten lag 2008 bei 52,7 Jahren, 60 Prozent der Psychotherapeuten waren 50 Jahre und älter. Die Psychotherapeuten-schaft steht damit wie die anderen akademischen Heilberufe auch vor einem

Generationenwechsel. In den nächsten Jahren wird dabei die Zahl der Neuprobationen die Zahl der altersbedingt aus der Versorgung ausscheidenden Psychotherapeuten deutlich übersteigen. Allein 2008 gab es über 1.100 bestandene Abschlussprüfungen von PP und KJP. In der Folge wird die Psychotherapeuten-schaft auch in den nächsten Jahren weiter wachsen.

Mittelfristig würden diese Absolventenzahlen sogar ausreichen, um das altersbedingte Ausscheiden der zahlenmäßig stärksten Jahrgänge aus der psychotherapeutischen Versorgung auszugleichen. Dazu müssten die Ausbildung und die Berufsperspektiven von Psychotherapeuten allerdings im Wettbewerb mit anderen akademischen Berufen attraktiv bleiben.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 / 278785-0
Fax. 030 / 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de