



Gesundheitspolitisches Programm

der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Aus dem Inhalt:

- Entstigmatisierung
- Sozialrechtliche Befugnisse
- Weiterentwicklung der Psychotherapie
- Neue Versorgungsformen
- Prävention
- Versorgungsforschung
- Honorarpolitische Ziele
- Ausbildung, Fort- und Weiterbildung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Psychotherapie in der stationären Versorgung

Gesundheitspolitisches Programm der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Verabschiedet von der Delegiertenversammlung der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung
am 20.11.2009

Die **Deutsche PsychotherapeutenVereinigung** vertritt als Berufsverband die Interessen Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Derzeit sind 7.700 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Mitglied des Verbandes.

Diese Broschüre wird herausgegeben von:

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Am Karlsbad 15, 10785 Berlin

Tel. 030/235 009 0, Fax 030/235 009 44

E-Mail: bgst@dptv.de

www.dptv.de

Nachdruck und/oder Vervielfältigungen bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung!

Inhalt

Vorwort	Seite 4
1. Einleitung	Seite 5
1.1. Psychotherapie braucht verlässliche Rahmenbedingungen	Seite 6
1.2. Entstigmatisierung und Gleichbehandlung psychisch Kranker	Seite 6
1.3. Behandlung mit Psychotherapie fördern – Psychopharmaka auf das Nötigste beschränken	Seite 6
1.4. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung haben Vorrang	Seite 7
2. Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse	Seite 7
3. Weiterentwicklung der Psychotherapie im Gesundheitswesen	Seite 9
3.1. Bedarfsplanung	Seite 9
3.2. Neue Versorgungsformen	Seite 10
3.3. Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei chronischen Krankheiten	Seite 10
3.4. Angleichung der sozialrechtlichen Grundsätze in der ambulanten Praxis in Konkurrenz zum Krankenhaus	Seite 11
3.5. Ambulante und stationäre Behandlung sollten besser verzahnt werden	Seite 11
3.6. Psychotherapeuten/-innen und Psychotherapie in der stationären Versorgung ..	Seite 11
3.7. Ausbau der Konsiliar- und Liaisondienste an Krankenhäusern	Seite 12
3.8. Förderung der Prävention	Seite 12
3.9. Gutachtertätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Seite 12
4. Fachliche Weiterentwicklung der Psychotherapie	Seite 13
4.1. Mitwirkung bei der Leitlinien-Erstellung	Seite 14
4.2. Versorgungsforschung	Seite 14
5. Honorarpolitische Ziele	Seite 15
5.1. Angemessene Vergütung und angemessenes Leistungsspektrum in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung	Seite 15
5.2. Angemessene Eingruppierung und Bezahlung von Psychologischen Psychothera- peuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Institutionen	Seite 16
5.3. Novellierung der GOÄ/GOP dringend erforderlich	Seite 17
6. Aus-, Fort- und Weiterbildung	Seite 18
6.1. Ausbildung	Seite 18
6.2. Fort- und Weiterbildung	Seite 19



Vorwort

Um die Gesundheitspolitik mitgestalten und die Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen stärken zu können, braucht ein Berufsverband von Psychotherapeuten Klarheit über seine Ziele und Positionen. So war eines der ersten Projekte nach der Fusion der beiden Vorgängerverbände der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung die inhaltliche Debatte um die politischen und fachlichen Positionen der deutschen Psychotherapeutenschaft.

Eineinhalb Jahre haben unsere Delegierten das Programm erarbeitet. Die Delegiertenversammlung hat am 20. November 2009 das Ihnen hier vorliegende gesundheitspolitische Programm der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung verabschiedet.

Mit diesem Programm haben wir eine verbindliche inhaltliche Grundlage für unsere Ziele und Forderungen geschaffen. Viele strittige Punkte konnten wir in einem langen und fruchtbaren Diskussionsprozess klären, z.B. das Verhältnis des Verbandes zum Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen und zu den neuen wettbewerblichen Möglichkeiten in Selektivverträgen. Wir definierten, welche sozialrechtlichen Befugnisse Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten brauchen, um ihre Kompetenzen bei der Behandlung ihrer Patienten optimal einsetzen zu können, z.B. durch die Möglichkeit der Einweisung von Patienten ins Krankenhaus.

Weil sich das Gesundheitswesen dynamisch wie kaum ein anderer Bereich der Gesellschaft weiter entwickelt, und weil Gesundheitsreformen alle paar Jahre grundlegende Änderungen bringen, ist die Diskussion unserer inhaltlichen Positionen kein abgeschlossener Prozess. In diesem Sinne soll unser Programm auch die weitere Diskussion anregen.

Für den Bundesvorstand

Dieter Best
Bundesvorsitzender

Gesundheitspolitisches Programm der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Verabschiedet von der Delegiertenversammlung der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung
am 20.11.2009

1. Einleitung

Psychische Krankheiten beeinträchtigen den Menschen ebenso wie körperliche Krankheiten. In Folge einer jahrhundertelangen Stigmatisierung psychisch Kranker und einer Geringschätzung der Bedeutung psychischer Krankheiten ist das Gesundheitswesen immer noch einseitig auf die Erkennung und Behandlung körperlicher Krankheiten ausgerichtet. Nur sechs Prozent der Ausgaben in Deutschland werden für psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung ausgegeben. Immer mehr Geld fließt in die Medizintechnik und die Ausgaben für Medikamente steigen Jahr für Jahr um mehr als sechs Prozent. Für Medikamente wird in Deutschland mehr Geld ausgegeben als für die gesamte ambulante Versorgung durch Ärzte und Psychotherapeuten.

Psychische Krankheiten in Deutschland und in anderen europäischen Ländern nehmen zu und werden besser erkannt als früher. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Krankheiten sind besonders lang und kostenträchtig. Psychische Krankheiten sind ein häufiger Grund für Frühberentungen. Der volkswirtschaftliche Schaden übertrifft bei weitem die Kosten für die erforderliche Behandlung.

Das deutsche Gesundheitswesen ist auf diese Entwicklung nicht ausreichend eingestellt. Obwohl das Psychotherapeutengesetz von 1999 im Verhältnis zu früher eine wesentliche Verbesserung der Versorgung bewirkt hat, sind die Behandlungsmöglichkeiten nach wie vor durch ungünstige strukturelle und finanzielle Regelungen eingeschränkt.

Darüber hinaus zeigt sich ein besorgniserregender Trend, psychische Krankheiten ausschließlich medikamentös zu behandeln. Die Verschreibung von Psychopharmaka hat kontinuierlich zugenommen, insbesondere bei älteren Menschen, bei Frauen und auch bei Kindern. So ist nach den Angaben des GEK-Arzneimittelreports 2008 innerhalb der letzten 7 Jahre die verordnete Menge an Tagesdosen von Antidepressiva um das Dreifache gestiegen. Bei der Behandlung des Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndroms von Kindern beträgt die jährliche Steigerungsrate der Verordnung von Stimulanzien mehr als 10%.

Bei der Entstehung und Chronifizierung von Krankheiten spielen psychische Faktoren und Verhaltensweisen eine wesentliche Rolle. Aufklärungen und Schulungsprogramme allein sind oft wenig wirksam, weil sie die psychischen Ursachen gesundheitssschädlichen Verhaltens zu wenig berücksichtigen. In einem Präventionsgesetz müssen deshalb psychologisch-psychotherapeutische Erklärungsansätze und Interventionen eine wichtige Rolle spielen.



Die Positionen und Vorschläge der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung haben das Ziel die Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen zu stärken und die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern.

1.1. Psychotherapie braucht verlässliche Rahmenbedingungen

Eine ungestörte, vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung ist der wesentlichste Wirkfaktor einer Psychotherapie. Technische Fertigkeit allein ist wirkungslos, wenn der Patient kein Vertrauen zum Psychotherapeuten entwickelt. Veränderung von Gefühls-, Einstellungs-, Verhaltens- und Denkmustern erfordert ausreichend Zeit. Die therapeutische Beziehung verlangt deshalb nach verlässlichen Rahmenbedingungen für die Psychotherapie in allen Tätigkeitsfeldern.

1.2. Entstigmatisierung und Gleichbehandlung psychisch Kranker

Auch wenn der Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung durch das Psychotherapeutengesetz zur Entstigmatisierung beigetragen hat, wird es im Allgemeinen immer noch als Makel angesehen an einer psychischen Krankheit zu leiden. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung setzt sich dafür ein, dass psychische Krankheiten nicht anders behandelt und wahrgenommen werden als somatische Krankheiten. Diesem Grundsatz muss in allen Bereichen unseres Gesundheitswesens Rechnung getragen werden.

1.3. Behandlung mit Psychotherapie fördern – Psychopharmaka auf das Nötigste beschränken

Auf die zunehmenden Belastungen und Unsicherheiten in den Familien, in der Schule und im Beruf reagieren manche Menschen mit psychischen Störungen, wenn sie mit ihren hergebrachten Anpassungsfähigkeiten überfordert sind. Sinnvollerweise sollten Menschen mit psychischen Störungen vorrangig mit psychotherapeutischen Mitteln behandelt werden, d.h. ihre eigenen Fähigkeiten sollten gestärkt werden mit den Anforderungen besser umgehen zu können. Zu viele Menschen erhalten entweder keine Psychotherapie oder nur eine medikamentöse Behandlung. Psychotherapie und Psychopharmakotherapie können nach evidenzbasierten Kriterien, wie sie in Leitlinien festgehalten werden, sinnvoll kombiniert werden. Zwar nimmt erfreulicherweise die Verordnung von Tranquillizern ab, weil man die begrenzte Wirksamkeit und das hohe Abhängigkeitspotential erkannt hat. Ungebrochen ist aber ein steiler Aufwärtstrend bei der Verordnung von Antidepressiva. Eine alleinige medikamentöse Behandlung heilt Depression nicht. Zu oft wird so nur die Fähigkeit, zu lernen sich selbst zu helfen, untergraben. Vor allem ältere Menschen und Frauen werden einseitig mit Antidepressiva behandelt, kaum mit Psychotherapie. Jede fünfte Frau um 60 Jahre erhält ein Antidepressivum, mehr als die Hälfte dieser Frauen ohne die Diagnose einer Depression, d.h. Antidepressiva werden in erheblichem Ausmaß unspezifisch verschrieben.

Ca. 15 bis 25% der Patienten in einer hausärztlichen Praxis leiden an einer psychischen Störung, wobei nicht alle einer spezifischen Behandlung bedürfen. Allerdings ist die Verzögerung einer fach-

gerechten Behandlung oft über Jahre hinweg gegenüber den Patienten nicht zu verantworten und wegen der Gefahr der Chronifizierung ökonomisch nicht tragbar. Um psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und die richtigen Schritte für eine fachgerechte Behandlung einzuleiten, ist die konsiliarische Abklärung durch Psychotherapeuten notwendig.

1.4. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung haben Vorrang

Stigmatisierung belastet Patienten nicht nur psychisch, sondern hat für sie auch materielle Nachteile. So ist es z.B. für Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte fast unmöglich, eine private Versicherung gegen Krankheit oder Berufsunfähigkeit zu erhalten. Ein sparsamer und sicherer Umgang mit den Patientendaten hat deshalb bei psychischen Krankheiten eine besondere Bedeutung.

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung beobachtet mit Skepsis und Sorge die mit der Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte und anderer Modelle wie z.B. Gesundheitsportalen einhergehenden Gefahren für den Missbrauch von gespeicherten Patientendaten sowie die Speicherung der Gesundheitsdaten auf zentralen Servern. Wenn solche Daten in unbefugte Hände geraten kann dies katastrophale Folgen für den Patienten haben. Der aktive und reflektierte Umgang mit den eigenen Krankheitsdaten durch Patienten/Patientinnen ist in den Vordergrund zu stellen.

Mit der fortschreitenden Vernetzung im Gesundheitswesen und der Entwicklung kooperativer Behandlungseinheiten (MVZs, Ärztenetze usw.) wächst auch die Gefahr, dass elektronisch gespeicherte Patientendaten innerhalb dieser Netze gestreut werden. Auf die Schweigepflicht und den Datenschutz ist hier besonders zu achten. Es muss sichergestellt sein, dass die Behandlungsdokumentation nur dem Psychotherapeuten und ggf. dem Patienten zugänglich ist.

2. Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse

Die Einführung der Psychotherapie als Kassenleistung 1968 war ein großer Fortschritt. In einem zunehmend wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Angebotsstrukturen und -inhalten sind einheitliche und verlässliche Rahmenbedingungen, wie sie die Psychotherapierichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gewährleisten, besonders wichtig. Patienten mit schweren psychischen Krankheiten sind, wie Patienten mit schweren körperlichen Krankheiten, krankheitsbedingt nur eingeschränkt in der Lage, sich in einem Markt unterschiedlicher therapeutischer Angebote zurecht zu finden. Die Psychotherapierichtlinien sind auch ein Schutz vor Bestrebungen die Psychotherapie als vermeintlich teure Leistung einzuschränken und stattdessen der Psychopharmakabehandlung den Vorzug zu geben.

Die Psychotherapierichtlinien müssen dem wissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden. Die vom



Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden sollten in die Psychotherapierichtlinien aufgenommen werden.

Die Psychotherapierichtlinien engen die Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten jedoch auch ein, nämlich dann, wenn eine Psychotherapie nach den Richtlinien nicht oder nicht mehr indiziert ist. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können diesen Bedarf nur unvollständig decken, weil ihnen die sozialrechtlichen Befugnisse fehlen.

Der über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehende Versorgungsbedarf besteht in erster Linie aus einer längerfristigen psychotherapeutisch-supportiven Behandlung bei chronifizierten psychischen und psychosomatischen Krankheiten, bei der Akutversorgung, bei der begleitenden psychotherapeutischen Behandlung von körperlichen Krankheiten und bei der Prävention. Auch Gruppenbehandlungen, z.B. im Sinne von Psychoedukation bei chronischen psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen wären sinnvolle und kostensparende Behandlungsoptionen.

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung setzt sich deshalb für eine Öffnung der Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten entsprechend ihrer Qualifikation ein. Zum einen müssen die Psychotherapierichtlinien so erweitert werden, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung anwenden können, zum anderen ist eine Änderung des SGB V an der Stelle nötig, an der der Versorgungsauftrag der Psychotherapeuten auf die Psychotherapierichtlinien eingeengt wird (§ 28 Abs. 3 SGB V). Psychotherapeuten sollten durch eine Änderung des § 73 Abs. 2 SGB V Arbeitsunfähigkeit bescheinigen und psychotherapierelevante Heilmittel (Ergotherapie, Logopädie) verschreiben können. Sie sollten ebenfalls ihre Patienten zu Ärzten überweisen oder zur stationären Behandlung in psychiatrische und psychosomatische Kliniken/Abteilungen einweisen können. Die bisherige Einschränkung dieser Befugnisse widerspricht der berufsrechtlichen Gleichstellung mit dem Arzt und kann nur noch als inzwischen obsoleter Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes verstanden werden.

In den Landeskrankenhausgesetzen sollten Regelungen geschaffen werden, die die eigenverantwortliche Leitung von psychosomatischen und psychiatrischen Stationen durch Psychotherapeuten ermöglichen. Tatsächlich ist es jahrzehntelange Praxis auf diesen Stationen, dass psychologische Stationspsychotherapeuten häufig allein zuständig sind. Eine Änderung in den Landeskrankenhausgesetzen würde dies legalisieren.

Die Verordnung von Medikamenten durch Psychotherapeuten ist umstritten, da Medikamente bei Patienten eine passive Haltung und Abgabe von Verantwortung fördern könnten und die therapeutische (Übertragungs-)Beziehung durch die Macht zur Vergabe von Medikamenten Schaden erleiden könnte. In den psychiatrischen Krankenhäusern tätige Psychotherapeuten sind hingegen in der Regel in die Entscheidung über die Verordnung von Psychopharmaka eingebunden, veranlassen diese auch selbst und beraten die Patienten über die Wirkungen. Die Befugnis zur Medikamentenverschreibung durch Psychotherapeuten wird deshalb innerhalb der DPTV kontrovers diskutiert.

3. Weiterentwicklung der Psychotherapie im Gesundheitswesen

3.1. Bedarfsplanung

Psychotherapeutische Behandlung muss wohnortnah und flächendeckend zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere Patienten mit geringen finanziellen Mitteln, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen sowie psychisch schwer kranke Patienten bzw. körperlich erkrankte Patienten die eine psychotherapeutische Behandlung benötigen, sind auf kurze Wege und schnelle Erreichbarkeit angewiesen.

Die Bedarfsplanung für Psychotherapeuten, etabliert bei der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes, war nie eine echte, an der Morbidität und den Versorgungsnotwendigkeiten orientierte Bedarfsplanung, sondern die Feststellung eines Ist-Zustandes des Jahres 1998. Größere Unterschiede in der Einwohner/Arztrelation zwischen ländlichen und städtischen Regionen finden sich in keiner anderen Arztgruppe. Die Bedarfsplanung bedarf dringend der Überarbeitung im Sinne einer Anpassung an den tatsächlichen Bedarf. Bis zu diesem Zeitpunkt soll mindestens eine Angleichung der Einwohner/Arztrelation erfolgen. Auch fehlt der rechnerischen Bedarfsplanung ein Anpassungsquotient an eine sich verändernde Morbidität und ein wandelndes Inanspruchnahme Verhalten durch den Patienten.

Der Verkauf halber Praxissitze bietet dem Nachwuchs neue Möglichkeiten des beruflichen Einstiegs und kann zur Verbesserung des Versorgungsangebotes ambulanter Psychotherapie beitragen.

In gleicher Weise kann eine Veränderung der Jobsharing- Regelungen zur Verbesserung des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes beitragen. Die Festschreibung des Leistungspotentials einer Jobsharing Praxis auf das Vorjahresniveau verhindert die Anpassung an einen steigenden Bedarf. Praxisinhaber, die wegen ihrer persönlichen Lebensplanung ihre Praxen im Leistungsumfang begrenzt haben, müssen flexibel sein können. Der Leistungsumfang einer psychotherapeutischen Praxis ist aufgrund der Zeitbeschränkung und der Zeitgebundenheit der Leistungen begrenzt und eine Ausweitung im nennenswerten Umfang nicht möglich. Bei Jobsharing soll unabhängig vom vorher realisierten Umfang auf einem Kassenpsychotherapeutensitz in vollem Umfang gearbeitet werden dürfen.

Die kleinräumige Bedarfsplanung, wie sie die KBV vorgestellt und den Landes-KVen zur Erprobung bereitgestellt hat, ist in der Lage, die Versorgungssituation detaillierter zu erfassen. Es sollten entsprechende Feldversuche stattfinden, um eine sinnvolle Bewertung vornehmen zu können.

Die im SGB V vorgesehenen Zu- und Abschläge für unter- und überversorgte Gebiete ist als Modell für die Ablösung der jetzigen Bedarfsplanung ungeeignet. Für eine wirksame Niederlassungssteuerung müssten die Abschläge vermutlich so hoch sein, dass Praxen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden könnten. Dies würde einen Zuzug junger Ärzte und Psychotherapeuten in bisher überversorgte Gebiete verhindern und somit langfristig zu Versorgungsproblemen in diesen Gebieten führen.

Die Psychotherapeuten sind die ersten, die eine vollständige Anpassung der Vergütung von Ost- und West erreicht haben. Inwieweit sich hierdurch bereits eine steuernde Wirkung der Niederlassungsbe-



reitschaft in tendenziell unterversorgten Gebieten der neuen Bundesländer ergibt, bleibt zunächst abzuwarten. Die Bedarfsplanung weist derzeit zahlreiche Planungsbezirke aus, die statistisch überversorgt, faktisch aber unterversorgt sind, v.a. in den ostdeutschen Ländern. Abschlüsse bei statistischer Überversorgung würden die Versorgungslage in diesen Planungsbezirken verschlechtern. Davon abgesehen wäre zumindest fraglich, ob Abschlüsse bei den Psychotherapiehonoraren kompatibel mit der Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sind.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) müssen als ein wichtiges Glied in der Behandlungskette für akut und chronisch psychisch Kranke erhalten bleiben. Sie sind traditionell ein zentrales Tätigkeitsfeld für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zur Vermeidung einer unnötigen Konkurrenz zwischen PIAs und niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiatern sind jedoch klare Beschreibungen der Aufgabenbereiche und eine verbindliche Festlegung notwendig, auf welche Krankheitsbilder sich die PIA-Behandlung bezieht.

Wenn zukünftig die Bedarfsplanung neu geordnet werden sollte, z.B. als sektorenübergreifende Bedarfsplanung, sind Vertreter der Psychotherapeut/innen an den entsprechenden Entscheidungsgremien verantwortlich zu beteiligen.

3.2. Neue Versorgungsformen

Der Gesetzgeber hat durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das Wettbewerbsstärkungsgesetz in den letzten Jahren weitere Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen etabliert.

Die DPtV hat für interessierte Psychotherapeuten Modellprojekte (z.B. Gruppenpsychotherapie bei schweren Störungsbildern, Versorgerpraxis, geregeltes Konsiliarverfahren zur Abklärung psychischer Störungen, Mitarbeit beim ADHS-Vertragsmuster der KBV) entwickelt. Mit diesen und möglichen weiteren Konzeptionen entwickelt die DPtV zusammen mit interessierten Psychotherapeuten auf einen konkreten Versorgungsbedarf zugeschnittene Vertragsentwürfe und verhandelt sie mit Kostenträgern. Dabei achtet sie auf eine angemessene Vertretung psychotherapeutischer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Neue Versorgungsprojekte dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die Bedingungen der Grundversorgung im Kollektivvertrag verschlechtert oder beeinträchtigt werden.

3.3. Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei chronischen Krankheiten

Chronische körperliche Erkrankungen werden oft von psychischen Störungen begleitet. Psychotherapeutische Interventionen tragen zur gelungenen Krankheitsbewältigung bei, indem belastende Faktoren reduziert und Ressourcen mobilisiert werden. Um bei körperlichen Erkrankungen psychotherapeutisch wirkungsvoll helfen zu können, bedarf es der Berücksichtigung sozialer, psychischer und biologischer Zusammenhänge der Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung. Psychotherapeutische Kompetenz wird bei diesen Krankheiten bisher jedoch noch zu wenig genutzt.

Die DPtV fordert eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten bei der Behandlung chronisch kranker Patienten um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und um durch verkürzte Krankheitskosten Kosten zu sparen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und –psychiatrie und der Jugendhilfe gibt es eine Vielzahl von Hilfemöglichkeiten, die jedoch oft schlecht koordiniert sind. Sozialgesetzbuch-übergreifende Behandlungsnetzwerke sollten im Sinne einer verbesserten Kooperation der beteiligten Institutionen und Professionen gefördert und evaluiert werden. Eine Finanzierung als interdisziplinäre Leistung wäre rechtlich z.B. über die Konstruktion der sog. „Komplexleistung“ analog des § 30 SGB IX möglich, wie sie in der Frühförderung seit mehreren Jahren praktiziert wird. Im SGB VIII (Jugendhilfe) sollten Regelungen eingeführt werden, die die seit Jahrzehnten stattfindenden psychotherapeutischen Behandlungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren sowohl in der stationären Jugendhilfe als auch in Erziehungs- und Familienberatungsstellen rechtlich absichern.

3.4. Angleichung der sozialrechtlichen Grundsätze in der ambulanten Praxis in Konkurrenz zum Krankenhaus

Krankenhäuser haben gegenüber ambulanten Praxen sowohl finanzielle Vorteile (z.B. Investitionen) als auch in der Entwicklung ambulanter Versorgungsangebote. Die letzten Gesundheitsreformgesetze haben die Benachteiligungen ambulanter Praxen noch verstärkt. Um die Existenzgrundlage der Praxen nicht zu gefährden, muss die freiberufliche Tätigkeit in der ambulanten Praxis geschützt werden.

Die DPtV unterstützt deshalb die Forderung der KBV an den Gesetzgeber, die geltenden Regelungen zur Gründung und Betreuung von MVZ zu präzisieren und die Möglichkeit von Investoren, Gewinne ausschließlich durch die Kapitalbeteiligung zu erzielen, zu begrenzen. Die Leitung der MVZ sollte vorrangig von Freiberuflern ausgeübt werden. Die Möglichkeit der Leitung von MVZ durch Psychotherapeut/innen und die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten durch Psychotherapeut/innen ist gesetzlich zu verankern.

3.5. Ambulante und stationäre Behandlung sollten besser verzahnt werden.

Die Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung kann die Aufenthaltsdauer verkürzen, eine rasche Weiterführung der Psychotherapie nach der Entlassung trägt zur Nachhaltigkeit der Effekte der stationären Behandlung bei. Zu diesem Zweck hat die DPtV entsprechende Modelle erarbeitet und sie weist auf Möglichkeiten hin, diese in konkreten Projekten umzusetzen.

3.6. Psychotherapeuten/-innen und Psychotherapie in der stationären Versorgung

In der stationären Versorgung ist die regelhafte Einbindung von Psychotherapeuten/-innen in den Bereichen zu gewährleisten, in denen Psychotherapie für die Behandlung erforderlich ist. Dies betrifft sowohl die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken als auch die stationären Bereiche, in denen psychotherapeutische Angebote für somatisch erkrankte Patient/innen aufgrund des psychischen Anteils an der Erkrankung oder zur Krankheitsbewältigung erforderlich sind.



Zum Umsetzung dieses Ziels sind Vertreter der Psychotherapeuten/-innen an den entsprechenden Planungsgremien (z.B. Landesausschüsse zur Krankenhausplanung) zu beteiligen. Psychotherapeuten/-innen und psychotherapeutische Angebote sind in den Leistungsangeboten der Krankenhäuser explizit vorzusehen. Die Leitung von Kliniken durch Psychotherapeuten/-innen muss möglich sein.

3.7. Ausbau der Konsiliar- und Liaisondienste an Krankenhäusern

Der Konsiliardienst ist die diagnostische und therapeutische Beratung anderer medizinischer Disziplinen im Krankenhaus für die dort in Behandlung befindlichen Patienten. Der Liaisondienst sieht die Mitbehandlung von Patienten durch externe Psychotherapeuten vor. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung fordert, in den Krankenhausplänen der Länder den Ausbau der Liaison- und Konsiliardienste unter Einbeziehung der Psychotherapeuten nach dem Muster des Krankenhausplans Rheinland-Pfalz:

„Psychische und psychosomatische Beschwerden von Patienten, die wegen somatischer Krankheiten in Krankenhäusern in Behandlung sind, werden oft nicht erkannt. Behandlungsansätze, die die psychische Seite einbeziehen und ggf. weiterführende Hilfen nach der stationären Behandlung einleiten, sind die Ausnahme. Damit jedes Krankenhaus seinen Patienten /-innen komorbiditätsgerechte ergänzende psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung anbieten kann, sollen Konsiliar- und Liaisondienste unter Nutzung vorhandener Ressourcen im stationären und ambulanten Bereich aufgebaut werden.“

3.8. Förderung der Prävention

Die DPtV unterstützt die Anstrengungen zur Prävention im Gesundheitswesen, insbesondere zur Prävention psychischer Störungen. Es gibt eine Vielzahl guter wissenschaftlich evaluierter Präventionskonzepte zur Vermeidung psychischer Krankheiten, die jedoch aufgrund der Finanzierungssystematik nur in Modellprojekten oder einzelnen Regionen umgesetzt werden. Ziel ist die flächendeckende Umsetzung evaluierter Maßnahmen. Dazu muss von der Politik der entsprechende gesetzliche Rahmen geschaffen werden.

Perspektivisch sollten sich Psychotherapeuten/-innen noch sehr viel stärker als bisher in diesem Bereich aktiv konzeptionell und praktisch betätigen können.

3.9. Gutachtertätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben aufgrund ihrer Ausbildung – ggf. mit entsprechenden Zusatzqualifikationen – die spezifische heilkundliche Kompetenz, als Fachgutachter in unterschiedlichen Bereichen (z.B. in der Forensik, Neuropsychologie, bei Legasthenie u.v.m.) tätig zu sein. Die DPtV unterstützt die Psychotherapeutenkammern bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für die Gutachtertätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

4. Fachliche Weiterentwicklung der Psychotherapie

Neue Psychotherapieverfahren und -methoden finden erst dann Eingang in die vertragsärztliche Versorgung, wenn sie einerseits ihre Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bekommen haben und andererseits der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestätigt wurden. Die gesetzlichen Grundlagen sind der § 135 SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) in Verbindung mit § 92 SGB V (Richtlinien des G-BA).

In jedem Fall ist es notwendig, dass genügend aussagekräftige empirische Daten für das Psychotherapieverfahren bzw. die -methode vorliegen, die sich auf die Krankenbehandlung beziehen und idealerweise unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems erhoben wurden.

Aufgrund der hohen sozialrechtlichen Hürden können solche Daten jedoch innerhalb des GKV-Systems kaum gewonnen werden. Neue Psychotherapieverfahren oder -methoden stehen somit vor schier unüberwindbaren Hindernissen.

Die DPtV fordert daher gesetzliche Änderungen, die es ermöglichen, ambulante Krankenbehandlungen auch auf der Grundlage von noch nicht sozialrechtlich zugelassenen wissenschaftlichen Verfahren und Methoden durchführen zu können, wodurch es endlich möglich wäre, Forschungsdaten zu gewinnen, die Wirksamkeit und Nutzen belegen.

Ein weiterer Weg besteht in der Wahrnehmung der §§ 63 und 64 SGB V, die Modellversuche beschreiben, in denen auch solche Leistungen Anwendung finden können, die noch nicht durch den G-BA anerkannt worden sind. Hier bietet sich die Möglichkeit für Psychotherapieverfahren oder -methoden aussagekräftige Daten zu generieren, die in der Versorgung gewonnen wurden.

Würde ein Verfahren oder eine Methode anerkannt, wären in weiteren Schritten Änderungen in nachgeordneten Regelwerken zu bewirken. Diese sind im Wesentlichen der Bundesmantelvertrag-Ärzte mit der Psychotherapievereinbarung und der EBM.

Die DPtV fordert von der Politik:

1. Die Innovationsfeindlichkeit der bestehenden Strukturen ist nicht versorgungsgerecht. Es bedarf spezieller gesetzlicher Vorschriften, die es den Psychotherapeuten ermöglichen, neue Verfahren und Methoden der Psychotherapie zu beforschen, z.B. die Aufhebung des Erlaubnisvorbehalts für bestimmte Forschungsvorhaben.
2. Die dazu notwendigen Finanzmittel müssen aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus Steuergeldern bereitgestellt werden. Die so eingesammelten Finanzmittel könnten dann für die Forschung in neuen Psychotherapieverfahren und -methoden zur Verfügung stehen. Zu begründen sind diese Forderungen damit, dass den Psychotherapeuten weder Finanzmittel der Pharmaindustrie, noch Mittel der medizinisch-technischen Industrie zur Verfügung stehen.



- Über Berufsverband oder Fachverbände, ggf. mit weiteren Kooperationspartnern, könnten z.B. Stiftungen gegründet werden, die die Erforschung neuer Psychotherapiemethoden zum Ziel haben, speziell im Hinblick auf den sozialrechtlichen Nutzen, ggf. könnten dafür auch Sponsoren gefunden werden.

Eine weitere Möglichkeit für G-BA–anerkannte Verfahren/Methoden besteht in der Erweiterung des Versorgungsspektrums in Vertragsformen nach §73c und 140 SGB V außerhalb der Regelversorgung. So können auch Maßstäbe für die Weiterentwicklung der Richtlinienpsychotherapie gesetzt werden.

4.1. Mitwirkung bei der Leitlinien-Erstellung

Leitliniengerechte Behandlungen sollen eine wirksame, sichere und effektive Versorgung sicherstellen. Leitlinien geben einen Korridor für die Behandlung vor, von dem im Einzelfall abgewichen werden kann. Diese Freiheit muss nach Ansicht der DPtV erhalten bleiben. Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien ist bisher weitgehend von der Bundesärztekammer und ärztlichen Berufs- und Fachverbänden getragen worden. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen sich zukünftig stärker an der Erstellung von Leitlinien für psychische Störungen beteiligen. Die DPtV strebt eine stärkere Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer sowie mit der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs und weiteren Fach- und Berufsverbänden an.

Wenn Leitlinien die Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen an der Behandlung von Patienten vorsehen, muss jede Berufsgruppe in die Lage versetzt werden, koordinierend tätig sein zu können.

4.2. Versorgungsforschung

Die DPtV setzt sich dafür ein, Versorgungsforschung im Bereich psychischer Erkrankungen zu fördern, z. B. durch einen von der DPtV eingebrachten Antrag auf Einrichtung eines entsprechenden Referats bei der BPTK, durch die Unterstützung der TK-Studie zur Qualitätssicherung, durch eine Studie zur Diagnosequalität in der Psychotherapie. Weitere Initiativen bei Krankenkassen, Forschungsinstituten und Hochschulen sind geplant. Die DPtV ist Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF). Darüber hinaus führt die DPtV eigene Forschungsstudien durch.

Die DPtV unterstützt die Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009, den Krankenkassen gesetzlich die Möglichkeit einzuräumen, Forschungsstudien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren. Für Bereiche, in denen keine Forschung durch die Industrie erfolgt, sollte eine Verpflichtung zur Finanzierung der Forschung vorgesehen werden.

5. Honorarpolitische Ziele

5.1 Angemessene Vergütung und angemessenes Leistungsspektrum in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Zuge der Gesundheitsreform von 2007 hat für die Jahre 2009 und 2010 zahlreiche Veränderungen gebracht, die Ärzte und Psychotherapeuten gleichermaßen betreffen. Die Erhöhung der Psychotherapiehonorare um durchschnittlich 10%, bundeseinheitliche Honorare und eine sinnvolle Mengensteuerungsregelung sind der konsequenten Interessenvertretung und der engen Abstimmung der in den Gremien der Selbstverwaltung tätigen Psychotherapeuten gedankt. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung war daran maßgeblich beteiligt. Bei den weiteren Schritten der Vergütungsreform muss darauf geachtet werden, dass das Erreichte gehalten und ausgebaut wird.

Die frühere Honorarverteilung in den KVen hatte zu großen Einkommensunterschieden zwischen den einzelnen Arztgruppen zu Gunsten der Apparatemedizin und zu Lasten der zuwendungsorientierten Fachgebiete geführt. Die mit Technik erzielten Rationalisierungseffekte in den somatischen Gebieten werden in der Gebührenordnung nicht adäquat abgebildet, obwohl das Gesetz vorschreibt, dass bei der Bewertung der Leistungen insbesondere der wirtschaftliche Nutzungsaspekt, der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen ist. Die der Gebührenordnung zugrunde liegende Kalkulation des Wertes einer Leistung nach dem Zeitaufwand, den der Arzt in direktem Kontakt mit dem Patienten benötigt, lässt sich durch den Einsatz von Technik und durch die Delegation von Leistungen an Personal unterschreiten. Das ist in der zuwendungsorientierten Medizin nur bedingt möglich. Zuwendung lässt sich kaum rationalisieren, denn Explorations- und Gesprächsleistungen benötigen Zeit. Eine Leistungsverdichtung pro Zeiteinheit ist nicht möglich und eine Vermehrung des Umsatzes je Zeiteinheit nicht erzielbar. Deshalb fordert das Sozialrecht auch die „angemessene Vergütung“ für die genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten. Diese Vorschrift muss auch in zukünftigen Reformen des Vergütungssystems erhalten bleiben.

Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Umsetzung der Vergütungsreform 2009 haben zu einer deutlich besseren Vergütung der Psychotherapie und zu bundeseinheitlichen Honoraren in Höhe von 81,- € je Sitzung Einzeltherapie geführt. Allerdings liegt das Ziel gerechter Honorare im Sinne „gleiches Geld für gleiche Leistungen“ noch in weiter Ferne. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung setzt sich dafür ein, dass die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen so gefasst werden, dass gleiche Leistung mit gleichem Honorar bezahlt wird.

Die Einführung der Zeitkapazitätsgrenzen zum 1. Januar 2009 hat den Spielraum für Diagnostik und Abklärung der Indikation für eine Psychotherapie erweitert. So kann ein Psychotherapeut je nach Bedarf bei gleichbleibender Arbeitszeit nicht-genehmigungspflichtige und genehmigungspflichtige Leistungen austauschen. Es ist zu erwarten, dass Behandlungen durch die mit der Vergütungsreform erreichte größere Flexibilität effektiver werden. Den freien Austausch von genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen zu erhalten ist ein wichtiges Ziel bei den weiteren Schritten zur Umsetzung der Vergütungsreform.



Die Leistungen der Psychotherapeuten sind in mehrfacher Hinsicht, nämlich durch die Psychotherapierichtlinien, Psychotherapievereinbarungen und den EBM begrenzt. Eine unplausible „übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis“ (§ 87b Abs. 2 SGB V) findet nachweislich nicht statt. Die jetzigen Zeitkapazitätsgrenzen reichen als Begrenzungsmaßnahmen völlig aus. Die DPTV wendet sich deshalb gegen alle Bestrebungen, weitere Begrenzungen einzuführen.

Bezogen auf den EBM konnten wir gemeinsam mit den Vertretern anderer Verbände in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung erreichen, dass

- wenigstens 150 Minuten im Quartal je Patient für antragsfreie Gespräche zur Verfügung stehen,
- die Testdiagnostik zeitgetaktet abgerechnet wird und nur von Psychotherapeuten und Ärzten erbracht werden kann, die dafür qualifiziert sind,
- die Gruppentherapie doppelt so gut honoriert wird wie noch im EBM von 1996,
- in der Verhaltenstherapie Kleingruppen bis zu 5 Teilnehmern möglich sind,
- es Doppelsitzungen in allen Verfahren und bis zu 4-stündige Behandlungseinheiten in der Verhaltenstherapie gibt,
- Zuschläge für Behandlungen außerhalb der Praxis bezahlt werden.

Wegen sachfremder, standespolitisch motivierter Bestrebungen der Ärzteschaft sind die beruflichen Möglichkeiten der Psychotherapeuten im EBM jedoch weiterhin eingeschränkt.

Zwar ist hinzunehmen, dass der sozialrechtliche Leistungskatalog nicht sämtliche durch die Qualifikation der Ärzte und Psychotherapeuten gegebenen Leistungsmöglichkeiten abbildet. Es ist jedoch nicht nachzuvollziehen, weshalb nicht auch bei den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gelten soll, was für ärztliche Psychotherapeuten selbstverständlich ist: ein erweitertes Spektrum an Abrechnungsmöglichkeiten außerhalb einer Richtlinienpsychotherapie. Es ist z.B. nicht nachzuvollziehen, weshalb die Sprechstunde am Samstag nur bei Ärzten gefördert wird, nicht bei Psychotherapeuten.

5.2. Angemessene Eingruppierung und Bezahlung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Institutionen

Die DPTV fordert für alle Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die angestellt oder verbeamtet tätig sind, eine angemessene Bezahlung entsprechend ihrer Tätigkeit, d.h. in der Regel eine Eingruppierung auf Facharztniveau.

Derzeit werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anstellungsverhältnissen sehr unterschiedlich eingruppiert und bezahlt, in der großen Mehrzahl jedoch deutlich unter einem angemessenen Niveau. In sehr vielen Einrichtungen gibt es keine tarif-

vertragliche Bindung bzw. keine Bindung an das Tarifvertragssystem des öffentlichen Dienstes (TvÖD), was zu einer hohen Abhängigkeit vom jeweiligen Arbeitgeber und den jeweiligen Bedingungen führt. Der TvÖD kennt ebenso wie die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) keine Psychotherapeuten und keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ordnet diese dementsprechend niedrigeren, ihren Qualifikationen in keiner Weise entsprechenden Vergütungsgruppen zu.

In der bisher in den Krankenhäusern der Regelversorgung gültigen PsychPV wurden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht berücksichtigt, da diese Verordnung vor dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erarbeitet wurde. Dieses Versäumnis muss bei einer Novellierung der PsychPV bzw. bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems in den Krankenhäusern der Regelversorgung entsprechend nachgeholt werden. Die spezifischen Leistungen der approbierten Psychotherapeuten müssen im neuen Entgeltsystem adäquat erfasst und abgebildet werden. Hierfür erscheint der DpTV eine Einzelleistungserfassung als das geeignete Instrument, um zu verhindern, dass hochqualifizierte psychotherapeutische Leistungen im Rahmen von Komplexleistungen beliebig austauschbar werden, z.B. mit Ergotherapie u.a. Die Verankerung der spezifischen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dient letztlich auch der Absicherung der zukünftigen adäquaten Vergütung dieser Leistungen.

Die DpTV setzt sich insgesamt dafür ein, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in allen Einrichtungen eine ihren Qualifikationen und ihren Tätigkeiten entsprechende Vergütung auf Facharztniveau erhalten. Die DpTV unterstützt deshalb auch entsprechende Bemühungen von Gewerkschaften, insb. von Ver.di, zu einer angemessenen Abbildung der Tätigkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Tarifvertragssystemen.

5.3. Novellierung der GOÄ/GOP dringend erforderlich

Die GOÄ, auf die die GOP (Gebührenordnung für Psychotherapeuten) verweist, ist völlig veraltet. Der Leistungskatalog entspricht in den für die Psychotherapeuten relevanten Abschnitten nicht mehr dem heutigen Stand der Wissenschaft. Dies führt in der Praxis zu zahlreichen Anwendungsproblemen und Konflikten mit Kostenträgern und Patienten. Die Behebung dieser Mängel und präzisere, für die Patienten transparentere Beschreibungen der Leistungen würden einen Großteil der Probleme beseitigen. Die DpTV unterstützt personell und fachlich die Mitarbeit der BpTK an den Novellierungsbestrebungen der Bundesärztekammer, wobei das Positionspapier der BpTK von 2006 die Richtung vorgibt.

So hat die Bundesärztekammer mit unserer Unterstützung ein Konzept für neue und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Leistungen der Psychotherapeuten in der GOÄ entwickelt. Zuwendungsleistungen, insbesondere der Psychiatrie und Psychotherapie, müssen deutlich höher bewertet werden als heute und gegenüber der somatischen Medizin aufgewertet werden.

Die DpTV setzt sich in der Politik für eine Novellierung der GOÄ ein und unterstützt die Bundespsychotherapeutenkammer bei den Verhandlungen mit der Bundesärztekammer und den Kostenträgern.



6. Aus-, Fort- und Weiterbildung

6.1. Ausbildung

Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde vor 10 Jahren auch die Ausbildung auf der Grundlage definierter Zugangsstudiengänge geregelt. Damit wurde ein Qualifikationsniveau eingeführt, das für die psychotherapeutische Versorgung unverzichtbar ist. Es haben sich jedoch zwischenzeitlich gravierende strukturelle Probleme in den Zugangsstudiengängen und der Ausbildung ergeben, die dringend kurzfristige politische Maßnahmen und eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes erfordern. Durch die Auswirkungen des Bologna-Prozesses mit der Einführung der Bachelor-/Masterstudiengänge ist das Qualifikationsniveau und damit der Gesundheitsschutz von Patienten/-innen substantiell gefährdet. Dies trifft insbesondere auf fehlende Voraussetzungen bei den Bachelor-Abschlüssen im Bereich der Sozialpädagogik zu, aber auch auf die fehlende Verbindlichkeit von inhaltlichen Mindestanforderungen in allen Zugangsstudiengängen. Außerdem ist die finanzielle Situation der Psychotherapeuten/-innen in der Ausbildung dringend reformbedürftig. Die DPTV wird sich in Zusammenarbeit mit den Psychotherapeutenkammern für ein rasches politisches Handeln in den Bundesländern und beim Bundesgesetzgeber einsetzen, um die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und die Qualität der Ausbildung zu erhalten und weiterzuentwickeln und eine Verbesserung der rechtlichen und finanziellen Situation der Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung zu erreichen.

Die Qualifikation zu eigenständigem wissenschaftlichen Arbeiten und der eigenständigen Anwendung wissenschaftlicher Inhalte auf dem Niveau eines Masters und die weitere Förderung der Psychotherapie an den Universitäten und Hochschulen in Forschung und Lehre sind für Psychotherapeuten/-innen unverzichtbar. Diese Forderung gilt unabhängig von der Altersstufe der zu behandelnden Patienten/-innen. Unter den Bedingungen von Bachelor- und Master-Studiengängen fordert die DPTV, die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen über die zu durchlaufenden Studienmodule zu definieren. Die DPTV setzt sich dafür ein, dass die Psychotherapeutenkammern an der Anerkennung der für die Ausbildung qualifizierenden Studiengänge beteiligt sind.

Die DPTV begrüßt das vorgelegte Forschungsgutachten zur Ausbildung der Psychotherapeuten/-innen. Vorrangig erscheinen insbesondere die Forderungen nach einem Masterabschluss und qualifizierten inhaltlich spezifizierten Studiengängen auf psychologischer Grundlage im sozialwissenschaftlichen Kontext. Weitere Fragen, so z.B. wie eine flächendeckende Vergütung und rechtliche Besserstellung der PiA garantiert werden kann, müssen noch gelöst werden. Die DPTV setzt sich dafür ein, dass ein zukünftiges Ausbildungsmodell die positiven Elemente der bestehenden Ausbildung erhält. Es soll ein gemeinsamer Rahmen und ein einheitliches Qualifikationsniveau für einen formal einheitlichen Beruf geschaffen werden, innerhalb dessen notwendige und mögliche Differenzierungen nach Verfahren, Altersgruppen, Schwerpunkten etc. weiterhin möglich sind. Nach der Approbation soll sowohl eine allgemeine berufsrechtliche Behandlungsberechtigung für alle Altersgruppen stehen als auch der Nachweis von vertiefenden Schwerpunkten der Ausbildung (z.B. die Behandlung von Kindern und Jugendlichen).

Die DPtV wirkt darauf hin, dass die Psychotherapeuten/-innen möglichst bald zu einer gemeinsamen und einheitlichen Positionierung in diesen Fragen finden.

6.2. Fort- und Weiterbildung

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung setzt sich dafür ein, dass der Berufsstand die gesetzlichen Möglichkeiten ausschöpft, die Standards der eigenen Berufstätigkeit selbst zu definieren. Denkbare Bereiche sind Verfahren oder Vorgehensweisen für die schon sozialrechtliche Normen vorliegen (z.B. „Zweitverfahren“, Gruppentherapie usw.), psychotherapeutische Methoden (z.B. EMDR etc.) oder weitere Bereiche (z.B. Psychodiabetologie, Sachverständigentätigkeit etc.). Als ein Beispiel wird die Neuropsychologie angesehen; um diese als psychotherapeutische Methode auf hohem Niveau abzusichern, setzt die DPtV sich dafür ein, baldmöglichst eine Weiterbildungsordnung mit dem Bereich Neuropsychologie in allen Länderkammern – soweit dies noch nicht geschehen ist – zu verabschieden.

Die Bedeutung der Approbation muss auch bei Erwerb zusätzlicher Qualifikationen erhalten bleiben.

