



Foto: Fotolia/meripino

KINDLICHE GEWALTOPFER

Keine Entwarnung möglich

Die jüngsten Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik lassen erkennen, dass Maßnahmen zum Kinderschutz weiterhin notwendig sind.

Gewalt und sexueller Missbrauch an Kindern sind schwere Straftaten mit einem großen, teils lebenslang andauernden Schaden für die Opfer. So dürfen auch die in einigen Deliktsbereichen langfristig sinkenden Fallzahlen keine Entwarnung für uns sein.“ Mit diesen Worten hat der Präsident des Bundeskriminalamts (BKA), Jörg Ziercke, Anfang Juni aktuelle Daten zu kindlichen Gewaltopfern aus der Polizeilichen Kriminalstatistik 2013 vorgestellt. Danach wurden im vergangenen Jahr 153 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren getötet, in weiteren 72 Fällen lag ein Tötungsversuch vor. Vor etwa zehn Jahren verzeichnete die Statistik noch 233 Tötungen und 85 Tötungsversuche.

4 051 Kinder wurden im Jahr 2013 Opfer körperlicher Misshandlungen. Die in der Kriminalstatistik erfassten Fälle des Besitzes und der Verbreitung von kinderpornografischem Material stiegen im Vergleich zum Vorjahr um circa 16 Pro-

zent auf knapp 7 000 Fälle an. Im Bereich sexueller Gewalt an Kindern weist die Statistik im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang um knapp zwei Prozent auf etwas weniger als 15 000 Opfer auf. Die Dunkelziffer sei aber in allen Bereichen hoch, besonders in dem der Kinderpornografie, ergänzte Ziercke. Er verwies zudem darauf, dass bei Mord- und Totschlagsdelikten kleine Kinder unter sechs Jahren besonders häufig zu Opfern wurden.

Die größte Gefahr lauert im familiären Umfeld

„Die Angst vor dem Unbekannten im Park, auf dem Spielplatz oder neben der Schule ist dabei nur ein sehr kleiner Teil der Wahrheit“, betonte angesichts der gesamten Daten der Verein Deutsche Kinderhilfe, der die Statistik in Berlin präsentierte und mit Hilfe von Experten analysierte. „Die größte Gefahr für das kindliche Wohlbefinden findet sich dort, wo sich Kinder und Jugendliche geborgen fühlen sollten: in der Familie.“

Der Kinderschutz gleiche trotz mancher Verbesserungen wie der „Frühen Hilfen“ noch immer einem Flickenteppich, monierte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Kinderhilfe, Rainer Becker. Zur Verbesserung bedürfe es einheitlicher Fachstandards, gerechter Entlohnung sowie der Supervision und einer Entlastung von Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendhilfe.

Wie man Misshandlung und Missbrauch erkenne und welche Handlungspflichten sich daraus ergeben, müsse „verpflichtender Teil der Aus- und Weiterbildung in allen kinder- und jugendspezifischen Berufen sein“, fordert der Verein. Er sprach damit auch die Medizin an.

Becker lobte ausdrücklich Angebote wie die Kinderschutz-Hotline in Mecklenburg-Vorpommern, die rund um die Uhr erreichbar ist. Bei solchen Angeboten müssten sich Kommunen aber auch auf einen größeren Hilfebedarf und höhere Kosten einstellen.

„Das alltägliche Wegschauen, Verharmlosen und Tabuisieren von Kindesmisshandlung durch unsere Politiker muss endlich ein Ende haben“, verlangte der Rechtsmediziner Prof. Dr. med. Michael Tsokos, der zusammen mit seiner Kollegin Saskia Guddat das Buch „Deutschland misshandelt seine Kinder“ geschrieben hat. Ähnlich argumentierte Prof. Kathinka Beckmann, Professorin der Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz.

„Solange die Kommunen als Hauptfinanzierer der Jugendhilfe seitens der Politik und Gesellschaft eher zum Stopfen der Asphaltlöcher als zum Schließen der Lücken im Kinderschutz aufgefordert werden, bleibt das wohl eine Utopie.“ Beckmann verwies darauf, dass in Berlin ein Jugendamtsmitarbeiter teilweise für bis zu 160 gefährdete Kinder beziehungsweise ihre Familien zuständig sei. So könne man sich um Einzelne nicht mehr ausreichend kümmern, warnte sie. „Eine breit aufgestellte Jugendhilfe – im Sinne angemessen finanziell und personell ausgestatteter Jugendämter – wäre der beste Kinderschutz.“ ■

Sabine Rieser

Ausschuss ambulante Versorgung

- Gründung Nov. 2013 -

Arbeitsschwerpunkte:

Bestandsaufnahme

Auswirkungen der Bedarfsplanungsrichtlinie auf die
psychotherapeutische Versorgung - in Berlin

Lösungsansätze

Zeitgemäße und bedarfsorientierte Nutzung
neuer Versorgungsformen zur Verbesserung der
psychotherapeutischen Versorgung für die Patienten

Erster Arbeitsschwerpunkt

Recherchen und Bestandsaufnahme zu den Beschlüssen und den Auswirkungen der Bedarfsplanungsrichtlinie:

Inhalte:

- Kostenerstattung – Versorgungssitze – Psychiatrische Institutsambulanzen

Zweiter Arbeitsschwerpunkt

Lösungsansätze: Neue Versorgungsformen

- **Informationsveranstaltungen mit Beratung der KollegInnen:**
 Kostenerstattung - Vernetzung
 Praxisabgabe: Abgabe hälftiger/ganzer Sitze
 Praxisweitergabe: Nutzung der neuen Kooperationsformen:
 Ü-Berufsausübungsgemeinschaften, Anstellungsverhältnisse, MVZ.

- **Information und Nutzung bedarfsorientierter Reformmodelle für die psychotherapeutische Versorgung; s. BPtK-Standpunkt - differenziertes Versorgungskonzept 2014:**
 Erreichbarkeit: Sprechstundenangebot
 Online: Freies Platzmanagement

Schnellere und bedarfsorientiertere Behandlung mit variablen Therapiebausteinen: Akutversorgung; spezielle Gruppentherapie; Reha-/Nachsorge.

- **Koordination/Entwicklung zeitgemäßer Einzelverträge mit Leistungsanbietern; s. Prävention von Folgestörungen bei Arbeitsunfähigkeit, Beispiele:**
 Betriebliche Prävention;
 Gruppentherapie / Akutversorgung bei Jugendlichen u.a. Patientengruppen.

Ausschuss Ambulante Versorgung (AV) - PTK Berlin

- Bericht für die 49. DV am 17. 06. 2014 -

Mitglieder des Ausschuss:

Pilar Isaac-Candeias, Archontula Karameros (Ausschusssprecherin), Jan Kordt, Prof. Armin Kuhr (Vorstandsmitglied), Beate Lämmel, Jens Lückert, Harald Montag, Doris Müller.

Der Ausschuss AV hat seit der 48. DV 1mal am 05. Mai 2014 getagt.

Zu der 3. Sitzung war Frau Kemper-Bürger vom Ausschuss eingeladen worden und wurde herzlich begrüßt.

Wir haben uns weitergehend mit den Auswirkungen der Bedarfsplanungsrichtlinie auf die ambulante Regelversorgung befasst. Entsprechend der geltenden Bedarfsplanung liegt in den Berliner Bezirken eine mehr oder weniger ausgeprägte sog. Überversorgung vor. Vor diesem Hintergrund kann KollegInnen mit geringer Stundenauslastung in ihrer Praxisführung - nach mündlicher Mitteilung von PP-Vertretern aus dem Zulassungsausschuss (ZA) der KV Berlin liegt die Grenze unterhalb der Hälfte des durchschnittlichen Gruppenumsatzes bei mind. 11 Stunden / Woche; angerechnet werden die letzten 12 Quartale - von der KV Berlin die Vollzulassung hälftig entzogen werden. Davon macht die KV Berlin seit diesem Jahr verstärkter Gebrauch. Es betrifft aktuell pro Monat mehrere hälftige Sitze. Entscheidend dabei ist, dass dieser hälftige Behandlungsplatz unwiderruflich verloren geht. Gleichzeitig nimmt die Kostenerstattung aufgrund des zu deckenden Bedarfs an Psychotherapie seit einigen Jahren in den überversorgten Berliner Bezirken in größerem Umfang zu (Die Krankenkassen haben leider seit 2014 die Veröffentlichung der Statistik zur Kostenerstattung in Berlin gestoppt). Eine solche Entwicklung führt zur Aushöhlung der ambulanten Regelversorgung. Der Ausschuss AV sieht sich - im Verbund mit Kammer und Berufsverbänden - veranlasst, durch gestaffelte Initiativen wie Beratung mit einem PP-Hauptvertreter des ZA der KV Berlin, durch gezielte Info-Veranstaltungen für die KollegInnen, aber auch durch Gespräche mit Vertretern der Krankenkassen und Politik und sonstige Aktionen dieser unhaltbaren und nicht nachvollziehbaren Entwicklung entgegen zu treten.

Im Mittelpunkt der 3. Ausschuss-Sitzung am 05.05. stand das 4. Folgetreffen am 16. 06. mit dem MDK, das sich der Begutachtung in der Kostenerstattung widmet. Es wurde zur Vorbereitung auf das Treffen mit den beiden eingeladenen ärztlichen MDK-ReferentInnen ein vorläufiger Fragekatalog zusammengestellt. An dem Treffen mit dem MDK werden auf Seiten der LPTK Berlin neben den Ausschussmitgliedern Frau Kemper-Bürger, Herr Krenz und RAin Frau Dittberner teilnehmen. Da das Treffen mit dem MDK einen Tag vor der 49. DV stattfindet, kann davon auch mündlich berichtet werden. Außerdem wurde ein vom Ausschuss AV zuvor initiiertes und zu dieser Sitzung vorgelegter Fragebogen, der sich an die KollegInnen in der Kostenerstattung richtet und ihre Arbeitssituation erfassen möchte, diskutiert und zur Veröffentlichung (s. Mitglieder-Mailverteiler/Geschäftsstelle) beschlossen.

In der Sitzung wurde von Frau Kemper-Bürger auch der Entwurf des Berliner LPTK-Reformmodells vorgestellt. Der Ausschuss AV wird sich mit den Reformmodellen zur Richtlinienerweiterung und mit daran anknüpfenden regionalen Reformprojekten rund um die Gesundheitsversorgung zur Frühintervention in Betrieben, Schule usw., beschäftigen. Und um sich einen fortlaufenden Überblick in Berlin zu Reformprojekten, zu Struktur-, und Selektivverträgen seitens der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin verschaffen zu können, fand im Ausschuss AV zwischenzeitlich die Idee einer Projektbeauftragung Eingang. Das Anliegen wird bei uns noch weiter besprochen.

gez. Archontula Karameros

Pressemitteilung

Ausgaben für Kostenerstattung fast verzehnfacht Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten reicht immer weniger

Berlin, 21. Juli 2014: Wenn psychisch kranke Menschen keinen Psychotherapeuten finden, der zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist, können sie sich auch bei einem approbierten Psychotherapeuten behandeln lassen, der in einer Privatpraxis arbeitet. Die Ausgaben für Psychotherapie, die in diesen Privatpraxen erbracht wird, haben sich in den vergangenen zehn Jahren fast verzehnfacht: von 1,7 Millionen auf 15,5 Millionen Euro pro Quartal (siehe Grafik). Allein in den letzten eineinhalb Jahren haben sie sich fast verdoppelt. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hervor.

„Die Anzahl der Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung reicht nicht aus, um psychisch kranke Menschen ausreichend zu versorgen“, stellt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fest. „Die Krankenkassen können angesichts dieser Zahlen die Augen nicht mehr vor einer massiven Unterversorgung verschließen.“ Die BPtK fordert seit langem, eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen bei zugelassenen Psychotherapeuten zu schaffen und schneller einen ersten Termin beim Psychotherapeuten durch eine psychotherapeutische Sprechstunde zu ermöglichen.

Die Bundesregierung hält ihren Beschluss aufrecht, diese Statistiken ab 2014 nicht mehr zu veröffentlichen. Dabei ist das Ausmaß der Kostenerstattung ein untrüglicher Indikator für Defizite bei der Bereitstellung von gesetzlichen Gesundheitsleistungen. „Die Bundesregierung handelt nach dem Motto ‚Was ich nicht sehe, das gibt es nicht‘“, so Prof. Richter. Der Anteil der Psychotherapien in der Kostenerstattung belief sich auf drei Prozent der Gesamtausgaben für ambulante Psychotherapie. Immerhin: Die Bundesregierung sieht wegen der Wartezeiten von Patienten auf einen Psychotherapieplatz Handlungsbedarf. Sie plant dazu einen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.

Die BPtK fordert, die Ausgaben für Kostenerstattung auch weiterhin statistisch zu erfassen und zu veröffentlichen. „Probleme lassen sich nicht dadurch lösen, dass man über sie hinweg sieht“, kritisiert Richter die neue Intransparenz der Bundesregierung.

Anlage:

Antwort der Bundesregierung vom 15. Juli 2014 auf die Kleine Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Anstieg der Kostenerstattung für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Bundestagsdrucksache 18/1947)

Grafik

Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung in der GKV 2004 - 2013

Ihr Ansprechpartner:

Herr Kay Funke-Kaiser
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: 030 278785-21
E-Mail: presse@bptk.de

Ausschuss Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität

Aktuelle Themen

- Das neue Patientenrechtegesetz - Implikationen für die Praxis
- Überarbeitung der Berufsordnung der Kammer für PP und KJP
- Kurzzeittherapie - Allheilmittel zur Reduzierung der Versorgungsengpässe?

Merkblatt für Patientinnen und Patienten zur ambulanten Psychotherapie

Psychotherapeutenkammer Berlin

Ausschuss für Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität

Ihre Rechte in der psychotherapeutischen Behandlung

Wer eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufsucht, befindet sich in einer schwierigen Lebenssituation. Als Patientin bzw. Patient wenden Sie sich in Not an eine Fachkraft, von der Sie sich Hilfe erhoffen. Juristisch gesehen begegnen sich zugleich zwei Individuen, die in einem spezifischen Rechtsverhältnis stehen.

Sie als Patientin oder Patient haben gegenüber Ihrer Psychotherapeutin bzw. Ihrem Psychotherapeuten Rechte:

Sie haben das Recht auf freiheitliche Selbstbestimmung, Privatheit und Vertraulichkeit. Sie können Ihren Psychotherapeuten oder Ihre Psychotherapeutin frei wählen und von ihm bzw. ihr die Achtung Ihrer Würde und Integrität erwarten. Sie haben Anspruch auf eine fachkundige Aufklärung und Beratung und auf eine gewissenhafte und qualifizierte Behandlung.

Eine vertrauensvolle, kooperative Beziehung zwischen der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten und Ihnen ist die wichtigste Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung.

Kostenträger ambulanter Psychotherapie

Psychotherapie ist eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Liegt eine psychische Störung mit Krankheitswert vor, haben Sie Anspruch auf die Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung durch Ihre Krankenkasse.

Im Rahmen der privaten Krankenversicherung ist Ihr jeweiliger Versicherungsvertrag maßgeblich, für die Beihilfe die Beihilfevorschriften. Klären Sie bitte vor Aufnahme einer Psychotherapie, wie die Bedingungen bei Ihrer Krankenversicherung für die Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung sind (siehe Teil A).

Darüber hinaus, gibt es auch andere Kostenträger, die die Kosten einer Psychotherapie übernehmen (z.B. Sozialleistungsträger, Jugendämter, Berufsgenossenschaften etc.).

Psychotherapie kann auch in Institutionen (Erziehungs- und Familienberatung, Lebensberatung, Drogenberatung etc.) stattfinden. Dann sind die Rahmenbedingungen der jeweiligen Institutionen für den weiteren Fortgang maßgeblich. Ob dort Kosten für Sie entstehen, hängt von den Bedingungen der Institution ab. Die Bandbreite reicht von kostenloser Behandlung (z.B. bei bezirklichen Beratungsstellen) bis zu festen Honoraren pro Sitzung (siehe Teil B).

Patientenrechte - Psychotherapeutenpflichten

Ihre Psychotherapeutin bzw. Ihr Psychotherapeut ist verpflichtet, Sie nach den qualitativen Standards des Berufsstandes zu behandeln.



Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Auskünfte gegenüber Dritten bedürfen in der Regel einer schriftlichen Erklärung der Patientin bzw. des Patienten zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Sie oder er stellt Ihnen während der Therapiestunden die volle Aufmerksamkeit für Ihre Behandlung zur Verfügung. Die Therapiestunden sollten daher nicht gestört werden. Therapeutische Sitzungen dauern in der Regel (mindestens) 50 Minuten, können aber aus inhaltlichen Gründen oder bei bestimmten therapeutischen Interventionen geteilt oder verlängert werden.

Psychotherapeutisch Tätige sind verpflichtet, die Behandlung zu dokumentieren und diese Dokumentation sowie alle von Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellten Unterlagen 10 Jahre lang aufzubewahren (kann in Institutionen abweichen) und dann zu vernichten. Als Patientin oder Patient haben Sie grundsätzlich das Recht auf Einsicht in diese Dokumentation, sofern keine inhaltlichen Gründe dagegen sprechen. Sollten Sie den Wunsch auf Einsicht in die Unterlagen haben, sprechen Sie mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten darüber. (s. hierzu auch Merkblatt Patientenrechtegesetz v. 30.04.2014)

Sollte Ihre Psychotherapeutin oder Ihr Psychotherapeut zur Qualitätssicherung Aufzeichnungen der Therapiesitzungen mit Video oder Tonband machen wollen, bedarf dies Ihrer Zustimmung.

A. Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und der Beihilfe

Aufklärung und Entscheidung zur Psychotherapie

Zunächst werden Vorgespräche (probatorische Sitzungen) durchgeführt, die der Feststellung der Diagnose und der Klärung der Indikation für eine Psychotherapie dienen. In diesen Gesprächen klärt die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut Sie über die verschiedenen Behandlungsformen der Psychotherapie auf. Gegenwärtig finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und psychoanalytische Psychotherapie. Gemeinsam mit Ihnen wird der voraussichtliche Behandlungsumfang und die Frequenz der Therapiesitzungen erörtert. Am Ende der probatorischen Sitzungen entscheiden Sie und die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut, ob die Behandlung aufgenommen werden soll.

Vor Aufnahme der Behandlung ist in jedem Fall eine somatische Abklärung in Form eines Konsiliarberichts durch einen Arzt oder eine Ärztin erforderlich. Ihre Psychotherapeutin bzw. Ihr Psychotherapeut ist verpflichtet, Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt und ggf. Ihrer Fachärztin oder Ihrem Facharzt zu Beginn und Ende der Therapie und einmal jährlich während der Behandlung zu berichten. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, können die Berichte entfallen.

Beantragung der Kostenübernahme für eine Psychotherapie

Als Patientin oder Patient stellen Sie den Antrag auf Kostenübernahme. Die Behandlung gesetzlich Versicherter erfolgt in der Regel durch Psychotherapeuten, bzw. Psychotherapeutinnen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind. Können bei diesen in



angemessener Wartezeit keine freien Therapieplätze angeboten werden, haben Sie die Möglichkeit, bei der Krankenkasse die Kostenerstattung nach §13,3 SGB V für eine Behandlung in einer Privatpraxis zu beantragen.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen ist in der Regel ein Bericht Ihrer Psychotherapeutin oder Ihres Psychotherapeuten an eine Gutachterstelle erforderlich. Hier wird überprüft, ob die Leistungspflicht der Krankenkasse gegeben ist und die vorgeschlagene Behandlung erfolgversprechend erscheint. Dieser Bericht erfolgt anonymisiert. Dadurch sind beim Antragsverfahren bei gesetzlichen Krankenkassen der Schutz der Patientendaten und die Schweigepflicht gewährleistet.

Die Krankenkasse erhält keine Kenntnis des Berichts, lediglich der Diagnose, die auf dem Abrechnungsschein vermerkt werden muss.

Wird die Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren durchgeführt, erfolgt die Begutachtung des Antragsberichtes meist über den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Auch hier erhält die Krankenkasse keine Kenntnis des Berichts. Sollte die Krankenkasse jedoch in anderen Zusammenhängen einen sozialmedizinischen Begutachtungsauftrag an den MDK erteilen, kann dieser den Bericht unter Umständen hinzuziehen.

Die Beantragung erfolgt in Bewilligungsschritten mit einer durch die Psychotherapierichtlinien festgelegten Anzahl von Therapiestunden.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine ambulante Psychotherapie ab dem Datum der schriftlichen Genehmigung und im genehmigten Umfang. Sie erhalten eine Mitteilung darüber. Die Behandlung kann erst beginnen, wenn die Kostenübernahme zugesagt ist.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, aber auch gelegentlich bei der Behandlung von Erwachsenen, kann es angezeigt sein, dass Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden. Bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen können solche Sitzungen für Bezugspersonen zusätzlich beantragt werden.

Bereitstellungshonorar oder Ausfallhonorar

Psychotherapeutische Sitzungen finden in der Regel zu fest und verbindlich vereinbarten Terminen statt. Als Patientin bzw. Patient verpflichten Sie sich, die Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen oder im Verhinderungsfall rechtzeitig abzusagen. Die Frist, in der Sie spätestens absagen sollten, vereinbaren Sie mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung. Nach Auffassung der Psychotherapeutenkammer ist eine Frist von mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin angemessen. Als Absage genügt eine schriftliche Mitteilung oder eine telefonische Absage auch auf dem Anrufbeantworter.

Da in psychotherapeutischen Praxen aufgrund der Zeitgebundenheit der psychotherapeutischen Sitzungen zu jedem Termin nur eine Patientin oder ein Patient bestellt wird, wird meist bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar berechnet. Dieses ist von Ihnen persönlich zu tragen und wird nicht von der Versicherung erstattet. Die Höhe des Bereitstellungshonorars vereinbaren Sie vor Beginn der Behandlung mit Ihrer Psychotherapeutin bzw. Ihrem Psychotherapeuten. Die Höhe darf den jeweiligen Gebührensatz der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse nicht übersteigen.



Psychotherapiekosten

Eine von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigte Psychotherapie wird über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Derzeit müssen Sie hierfür keine Zuzahlung leisten und solche dürfen auch nicht von Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten erhoben werden.

Sind Sie gesetzlich krankenversichert, müssen Sie Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten in jedem Quartal Ihre Krankenversichertenkarte zum Einlesen mitbringen. Sie müssen Ihrer Psychotherapeutin bzw. Ihrem Psychotherapeuten jeden Krankenversicherungswechsel sofort anzeigen, weil bei der neuen Versicherung eine neuerliche Kostenzusage eingeholt werden muss.

Therapieunterbrechungen von mehr als einem halben Jahr bedürfen der Begründung gegenüber der Krankenkasse. Wird diese nicht anerkannt, erlischt der Anspruch auf die verbleibenden genehmigten Psychotherapiestunden. Bei regulärer Therapiebeendigung, aber auch bei Therapieabbruch, ist die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut verpflichtet, dieses - ohne weitere inhaltliche Angaben - der gesetzlichen Krankenkasse mitzuteilen.

Bei privat Krankenversicherten - einschließlich Beihilfe - schuldet die Patientin bzw. der Patient das Honorar unabhängig von der Erstattung durch Dritte persönlich in voller Höhe. Die Abrechnung erfolgt gemäß Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).

Bei ausschließlich selbstzahlenden Patientinnen und Patienten wird das Honorar vor Beginn der Behandlung gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und der Berufsordnung vereinbart.

Beendigung der Therapie

Die Psychotherapie kann von der Patientin oder dem Patienten jederzeit beendet werden. Es ist allerdings sinnvoll, das Therapieende mit der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten gründlich zu besprechen.

Laut Berufsordnung sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehalten, von sich aus die Psychotherapie zu beenden, wenn die Behandlung nicht die gewünschten Wirkungen hat. Sie oder er wird dies mit der Patientin bzw. dem Patienten besprechen.

B. Ambulante Psychotherapie in Institutionen

Das Angebot ambulanter Psychotherapie in Institutionen ist vielfältig. Psychotherapie wird in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Studienberatungen, Ambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser oder psychotherapeutischer Abteilungen an Krankenhäusern, Alkohol- und Drogenberatungsstellen usw. angeboten. Anders als bei Psychotherapien, die von Ihrer Krankenkasse finanziert werden (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und psychoanalytische Psychotherapie), können in Institutionen auch andere psychotherapeutische Verfahren angewandt werden. Die Bedingungen für die Aufnahme und für die Durchführung einer Therapie werden durch die Institution geregelt.



Beispielsweise bestehen die Teams in **Erziehungs- und Familienberatungsstellen** in der Regel aus Psychologischen und / oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychotherapeuten und sowie pädagogischen oder sozialpädagogischen Fachkräften. Es ist hier keine Beantragung nötig. Meist genügt ein Anruf bei Beratungsstellen kommunaler und freier Träger für die Vereinbarung eines ersten Gesprächs. Der Verlauf dieses und ggf. weiterer Gespräche entscheidet darüber, ob psychologische Beratung oder Psychotherapie in der Beratungsstelle angezeigt ist. Manchmal ist es sinnvoll, z.B. wegen der Art der Problematik, die ggf. auch eine längere Psychotherapie notwendig macht, in eine psychotherapeutische Praxis zu vermitteln. Außerdem gibt es für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern die Möglichkeit, eine Psychotherapie nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz zu beantragen. Die Art, die Frequenz und die Dauer der psychotherapeutischen Interventionen richten sich nach der Problematik des Hilfesuchenden und werden mit diesem abgesprochen.

Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen besteht unbedingte Schweigepflicht. Die Psychotherapie und die psychologische Beratung können auf Wunsch der Ratsuchenden auch anonym erfolgen, d.h. es werden weder Namen noch Adressen notiert.

Allen Institutionen gemeinsam ist, dass

- Verfahren zur Qualitätssicherung durchgeführt werden,
- alle dort Tätigen einer Fachaufsicht unterstehen,
- die Behandlungen dokumentiert werden,
- die internen Prozesse und Strukturen den Klientinnen und Klienten auf Nachfrage offen gelegt werden,
- Psychologische und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und -psychotherapeuten den qualitativen Standards ihres Berufsstandes verpflichtet sind und ihr Handeln im Beschwerdefall auch gegenüber der Psychotherapeutenkammer rechtfertigen müssen.

C. Unsicherheiten, Streitfragen und Beschwerden

Alle approbierten Psychologischen oder Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Mitglieder der Psychotherapeutenkammer ihres Bundeslandes. Diese wacht über das berufsethische Verhalten ihrer Mitglieder. Sollten Sie unsicher sein, ob Ihre Psychotherapeutin oder Ihr Psychotherapeut sich sorgsam verhält, können Sie sich an die Ombudsstelle der Berliner Psychotherapeutenkammer wenden. Die Ombudspersonen sind erfahrene unparteiische Kammermitglieder, die Sie im Auftrag der Kammer vertraulich und auf Wunsch anonym beraten. Sie erreichen die Ombudsstelle unter der Telefonnummer 01803 – 00 36 26 (9ct/Minute aus dem Festnetz der deutschen Telekom).

In Streitfällen können Sie eine Schlichtung beim Schlichtungsausschuss der Psychotherapeutenkammer beantragen. Hier wird man sich darum bemühen, eine gütliche Einigung zwischen Ihnen und Ihrer Psychotherapeutin bzw. Ihrem Psychotherapeuten herbei zu führen.

Haben Sie Grund zu einer Beschwerde, so können Sie diese schriftlich bei der Psychotherapeutenkammer einlegen. Die Kammer wird Ihrer Beschwerde nachgehen und prüfen ob ein Verstoß gegen die Berufsordnung vorliegt.



Kontakt:

Psychotherapeutenkammer Berlin

Kurfürstendamm 184

10707 Berlin

Tel: 030 88 71 40 0

Fax: 030 88 71 40 40

Email: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Web: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Selektivverträge (Einzelverträge) und die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien

Archontula Karameros; Sprecherin des Ausschuss neue Versorgungsformen

Im **Mai 2013** fand eine öffentliche Info-Veranstaltung des Ausschuss neue Versorgungsformen der LPK Berlin statt. Das Thema lautete: „Können Reformblockaden und Versorgungsengpässe durch Selektivverträge überwunden werden?“ Kundige Berliner Gesundheitsreferenten der Profession (DPtV), der Krankenkasse (AOK-Nordost), der Politik (SPD Gesundheitsausschuss) und der Versorgungsträger des MVZpinel nahmen teil.

Wieso eine Info-Veranstaltung zum Thema Selektivverträge?

Der politisch intendierte Wettbewerb der Krankenkassen untereinander hat die Bedeutung selektivvertraglicher Organisationsformen für die Versorgung bei psychischen Erkrankungen erhöht. Es gibt Selektivverträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V und zur sektorenübergreifenden Versorgung nach § 140a. Was zeichnet sich ab? Auch wenn insgesamt das Abrechnungsvolumen von Selektivverträgen - mit Ausnahme reicherer Länder wie Bayern und Baden-Württemberg - z.B. in Berlin derzeit noch eine bescheidene Größe erreicht hat, nimmt ihre Bedeutung zu. So beziehen sich bei indikationsbezogenen Verträgen nach Paragraph 73c inzwischen 15% der Verträge auf psychische Erkrankungen und sind damit die drittgrößte Indikationsgruppe. Allerdings führt die Nachfrage nach Psychotherapie bei begrenztem Angebot zunehmend auch dazu, dass sich Verträge andocken, die den Standards einer sachgerechten psychotherapeutischen Behandlung nicht genügen. Daher werden mehr denn je eine Orientierung und Maßstäbe für eine Standortbestimmung benötigt, wie wir uns auf die selektivvertraglichen Versorgungsangebote beziehen und nach welchen Richtlinien wir gehen können, um sog. „gute“ von sog. „schlechten“ Selektivverträgen auseinanderzuhalten.

Auf der Veranstaltung wurden folgende Fragen diskutiert:

Haben Selektivverträge zu mehr Wettbewerb, Innovation und Effizienz im Gesundheitssystem geführt und bieten sie überhaupt die Chance dazu? Welche Risiken sind real entstanden? Stellen sie eine Möglichkeit dar, innovative Behandlungskonzepte zu erproben? Wann sind sie innovativ, wann genügen sie nicht den Standards einer sachgerechten psychotherapeutischen Behandlung? Besteht mit ihnen die Gefahr, dass bewährte Strukturen der kollektivvertraglichen Regelungen, v.a. der Psychotherapierichtlinie, allmählich aufgelöst werden? Was spricht für eine Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien? Gibt es „Reformblockaden“ bzw. einen „Reformstau“ tatsächlich, oder bieten die gewachsenen kollektivvertraglichen Bedingungen die derzeit besten Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung?

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung/DPtV hat in den letzten Jahren mehrere innovative Selektivverträge initiiert und mitgestaltet, die die Behandlungsmöglichkeiten der ambulanten Psychotherapie erweitern und flexibilisieren. Der Vorsitzende Herr D. Best wurde deshalb als Hauptreferent eingeladen. Er stellte in seinem Referat einen Kriterienkatalog zur Beteiligung an Selektivverträgen vor, der mit den Gesundheitsreferenten und den Teilnehmern entlang der Fragen eingehend erörtert wurde. Die Podiumsdiskussion leitete Herr Prof. A. Kuhr. Er ist Vorstandsmitglied der LPK Berlin sowie Vorstandsmitglied im Ausschuss und seinerseits erfahren in der Thematik.

Bieten die gewachsenen kollektivvertraglichen Bedingungen die derzeit besten Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung?

Für den Kollektivvertrag spricht: bundesweit einheitliche und verlässliche Bedingungen für Patienten und Psychotherapeuten; nur wissenschaftlich anerkannte und vom GBA nutzengeprüfte Verfahren und Methoden; breites Indikationsspektrum; feste Sitzungskontingente; kein Zeitdruck, der sich negativ auf den Therapieprozess auswirkt; keine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die person- und verfahrensbezogene „Zuweisung“ der Patienten zu Psychotherapeuten funktioniert in der Regel gut, und es besteht in der Regel eine gute Kooperation mit mitbehandelnden Ärzten und anderen Stellen. Psychotherapeuten gehen flexibel und sparsam mit den beschränkten Ressourcen um. Sie behandeln das gesamte Spektrum an Schweregraden, weit überwiegend jedoch mittel-schwere und schwere psychische Störungen (vgl. Zwischenbericht zum Gutachten „Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ im Auftrag der KBV; Kruse, Herzog 2012).

Was spricht für die - selektivvertragliche - Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien?

Lange Wartezeiten auf den ersten Termin; selten frühzeitige diagnostische Abklärung; kein Anreiz für Akutversorgung; unzureichende Möglichkeiten für Rezidivprophylaxe/Erhaltungstherapie; zu geringer Anteil an Gruppentherapien; keine Förderung koordinierender Leistungen, besonders gravierend bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen; mangelhafter Austausch zwischen ambulant tätigen Psychotherapeuten und stationären Einrichtungen; zu engmaschige Bewilligungsschritte mit jeweiliger Begutachtung; eingeschränkte Möglichkeiten für PP und KJP, den Gesamtbehandlungsplan einschließlich sozialmedizinischer/sozialpsychotherapeutischer Maßnahmen zu verantworten.

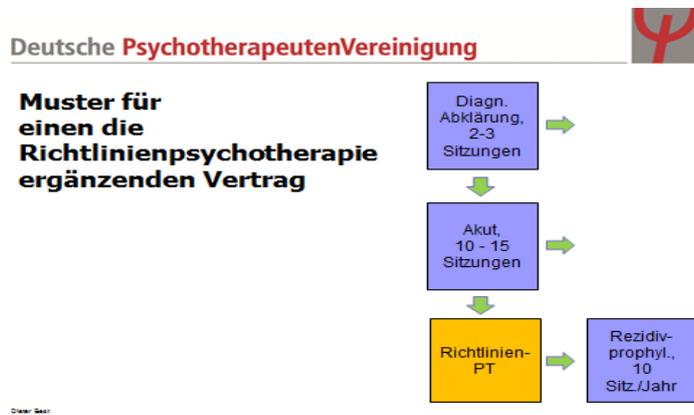
Stellen Selektivverträge eine Möglichkeit dar, innovative Behandlungskonzepte zu erproben?

Selektivverträge machen als sog. „add-on-„Leistungen einen Sinn, wenn mit ihnen Innovationen erprobt werden können, die im Falle ihrer Bewährung in den Kollektivvertrag (Psychotherapierichtlinie, BMV-Ä) übernommen werden können. Sie sollten nicht zum Ziel haben, den Kollektivvertrag abzulösen - s. dazu auch das 8-Punkte-Programm der LPK Berlin und die Präambel der GII - Psychotherapeuten Verbände (2011).

Zwei „add-on“-Vertragsbeispiele, an denen die DPtV mitbeteiligt ist / Kriterien:

- Vertrag mit der Bosch-BKK: Förderung der Akut-Psychotherapie durch Zuschläge (40 € zur 35150 und 35140, 25 € zu 35.2-Leistungen bis zu 10 Sitzungen); Kooperationszuschlag 1x/Quartal 25 €). Wenn Hausarzt, dann erfolgt eine konsiliarische Mitteilung; mit Zuweisung durch fachliche Koordinatoren (Hausarzt od. Koordinationsstelle od. Patientenbegleiter der BKK); kein Gutachterverfahren für evtl. anschließende Richtlinienpsychotherapie; Abrechnung läuft über KV.
- Vertrag BKK/Reha-Klinik: Reha-Klinik bietet innerhalb von 3 Tagen Beratungs- und Screening-Termin an; wenn psych. Krankheit Zuweisung an „gemeinsame neutrale Stelle“ innerhalb von 5 Tagen; Empfehlung für Reha oder ambulante Psychotherapie; wenn ambulante Psychotherapie, dann Termin

innerhalb von 2 Wochen; Förderung der Akut-Psychotherapie durch Zuschläge (40 € zur 35150 und 35140, 16 € zu 35.2-Leistungen bis zu 25 Sitzungen).



Wann genügen Selektivverträge nicht mehr den Standards einer sachgerechten psychotherapeutischen Behandlung?

Verträge ohne definierte Beteiligung von Psychotherapeuten (bei allen psychischen Indikationen und bei den meisten körperlichen Volkskrankheiten) sind nicht zeitgemäß und leitliniengerecht. „Case-Management“ durch eine psychotherapeutische Stelle ist aus fachlichen Gründen kritisch einzuordnen. „Case-Management“ oder „Psychotherapie“ durch fachfremde Stellen sind rechtlich fragwürdig und sind fachlich abzulehnen. Hierzu gehören die Psychotherapie ersetzende Angebote durch Nicht-Psychotherapeuten (z.B. „Jena-Paradies“) oder die Fallsteuerung durch Krankenschwestern im Auftrag einer Managementgesellschaft (Deutsche BKK).

Worum geht es bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien?

Mit der extrabudgetären Vergütung seit dem 01.01.2013 hat sich das Interesse der Krankenkassen an strukturellen Reformen der kollektivvertraglich geregelten ambulanten Psychotherapie erhöht. Eine die Honorarbeschlüsse flankierende Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband wurde getroffen. Danach sollten bis zum 30. Juni 2013 die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiterentwickelt werden. Wie sich zeigt, ist dieser Zeitplan nicht einzuhalten. Zusammen mit der Vereinbarung einer extrabudgetären Vergütung ging einher, dass die KBV bei der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie 2013 einer Aufstockung der Psychotherapeutenplätze (angestrebt waren ungefähr 1.350 neue Plätze bundesweit, real werden es nach neuesten Erkenntnissen wohl weniger sein) zugestimmt hat. Insofern bleibt in den nächsten Jahren die Konzentration eher auf die Verbesserung struktureller Reformen gerichtet.

Mit dieser Vereinbarung können aber nun unzeitgemäße Psychotherapie-Richtlinien heutigen Versorgungsanforderungen angepasst werden. Dabei geht es insbesondere um die Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsdauern der Verfahren und das Verhältnis von Einzel- hin zum Ausbau von Gruppentherapie; um die Honorarangleichung von Sitzungen für Diagnostik und Kriseninterventionen an die Psychotherapiesitzungen; um Flexibilisierung der Therapiekontingente entspre-

chend den Belangen unterschiedlicher Patientengruppen; um Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens; um extra zu vergütende Sitzungen im Bereich der Akutversorgung/ Krisenintervention, um die Einrichtung der Abendsprechstunde und um die Bereitstellung rezidiv-prophylaktischer Sitzungen. Ferner sollten Psychotherapeuten durch die Streichung des § 73 Abs. Satz 2 SGB bzw. durch selektivvertragliche Regelungen die volle Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan übernehmen können; und es sollten sinnvolle Korrekturen in § 95 SGB V für die Vorgaben zur Gründer-, Träger- und Leitungsstruktur der MVZ erfolgen.

Info-Veranstaltung - Fazit

Psychotherapeuten sind an den fachlich begründeten Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinien sehr interessiert. Sie wünschen sich eine angemessene Beteiligung bei der Verhandlung und Umsetzung von „add-on“-Verträgen. Die Vertretung der AOK Nordost zeigte sich gesprächsbereit für die selektivvertragliche Weiterentwicklung der Richtlinien, z.B. bei der Akutversorgung und bei der Ausweitung von gruppentherapeutischen Angeboten. Und an die Politik richtete sich der Appell, die Koordinations- u. Versorgungsprobleme an den sektoralen Schnittstellen infolge ihrer inkompatiblen Sozialgesetzbereiche einer gesetzlichen Neuregelung zuzuführen.