



Dipl.-Psych. Dieter Best • Postfach 140116 • 67021 Ludwigshafen

Dr. Martina Bunge (MdB)
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Bundesvorsitzender
Dipl.-Psych. Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
Fon 0621 – 632836
Fax 0621 – 63490210
DieterBest@dptv.de

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin
Fon 030 - 235 00 90 • Fax 030 - 23 50 09 44
bgst@dptv.de • www.dptv.de
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03 • Konto 000 682 8914
Steuernummer 27/620/58340

28.04.2008

**Fortführung einer Bedarfsplanungsmindestquote für ärztliche Psychotherapeuten,
Einführung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
Neuregelung des § 101 (4) SGB V
- Stellungnahme der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung-**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

zur Frage der Bedarfsplanungsmindestquoten ist Ihnen bereits die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 18.04.2008 zugegangen. In Ergänzung zu dieser Stellungnahme, die wir in jedem Punkt unterstützen, möchten wir folgende Aspekte zum Bericht des BMG (Ausschussdrucksache 16(14)0370) vom 11.04.2008) nachtragen:

Wenn es dringenden Handlungsbedarf zur Sicherstellung einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung gibt, dann in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Der Vorschlag des BMG – Einführung einer 10%-Mindestquote – hilft nicht weiter.

In der epidemiologischen Forschung wird davon ausgegangen, dass 8 bis 15% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychisch auffällig sind. Ein Viertel davon zeigt schwere Formen psychischer Auffälligkeit. Viele psychische Erkrankungen weisen eine hohe Persistenz auf und zeigen sich auch im späteren Lebensalter, wenn sie unbehandelt bleiben (z. B. Angst- und Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen). Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden in einem Drittel der Fälle chronisch und sie sind nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache. Hyperkinetische Störungen weisen eine hohe Komorbidität v. a. mit Störungen des Sozialverhaltens und dissozialen Auffälligkeiten auf. Unbehandelt haben sie eine ungünstige Prognose^{1,2}.

¹ Schubert, I., Horch, K.: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert-Koch-Institut, Berlin 2004.



Die immer noch große Lücke zwischen Bedarf und Angebot bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen führt zu Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz von mehreren Monaten bis über ein Jahr. Dies hat inzwischen dazu geführt, dass Eltern zunehmend auf die Möglichkeiten der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V zurückgreifen und Nicht-Vertragsbehandler (mit oft unklarer Qualifikation) in Anspruch nehmen.

Ein Problem ersten Ranges stellt die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozial auffälligem (oppositionellem) Verhalten und mit hyperkinetischen Störungen dar. Insbesondere in Zusammenhang mit der Verschreibung von Methylphenidat-Präparaten ist diese Problematik in die Öffentlichkeit gerückt. Im Standardwerk von Döpfner, Schürmann und Fröhlich über diese Störungen wird auf das hohe Chronifizierungsrisiko hingewiesen, das mit kurzzeitigen pharmako- oder psychotherapeutischen Interventionen im Allgemeinen nicht zu beeinflussen ist³.

Der im Schreiben des BMG dargestellte Anstieg der Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von 1999 bis heute um annähernd das Doppelte geht wesentlich auf die Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Zuge des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 zurück, als die zuvor im Kostenerstattungsverfahren tätigen Psychotherapeuten per Übergangsregelung zugelassen wurden. Seither sind durch die Restriktionen der Bedarfsplanung lediglich mäßige Zuwachsraten auf geringem Niveau zu verzeichnen. An den Tatsachen einer generellen Unterversorgung und einer Ungleichmäßigkeit der Versorgung in der Fläche hat sich seither nichts Wesentliches geändert. Um nur ein krasses Beispiel zu nennen: in Sachsen-Anhalt stieg die Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von 2 im Jahre 2002 auf 6 im Jahre 2006. Eine nennenswerte Verbesserung ist dies nicht. Selbst eine Mindestquote von 20%, wie von der BPTK und der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung in Ermangelung umsetzbarer Alternativen vorgeschlagen, würde nur zusätzliche 12 Sitze schaffen.

Die Einführung einer Mindestquote von 20% für diejenigen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln entspräche dem Anteil der Altersgruppe und der Prävalenz psychischer Störungen in dieser Gruppe. Aus diesem Grund plädieren wir für die Einführung einer Mindestquote in dieser Höhe, auch wenn damit eine gleichmäßige Versorgung nicht erreicht und die Fehlversorgung lediglich gemildert wird.

Die Fortführung einer Mindestquote in Höhe von 20% für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte hingegen trägt nicht zur Verbesserung der Versorgung bei. Wenn sie als Kompromisslösung zwischen dem Bedarf in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und den Ansprüchen psychotherapeutisch tätiger Ärzte gedacht ist, ist sie für das Anliegen, die Situation psychisch kranker Kinder zu verbessern, nicht zielführend.

Die Argumentation im Papier des BMG, eine Doppelkompetenz des Behandlers sei für Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder für eine Anwendung von Pharmakotherapie und Psychotherapie „aus einer Hand“ von Vorteil, ist aus mehreren Gründen nicht überzeugend:

- Somatoforme Störungen nach F45 des ICD-10 als eine der vielen Untergruppen des Kapitels F (der Begriff „psychosomatische Krankheiten“ ist als Diagnosekategorie nicht mehr gebräuchlich) ist Bestandteil des Indikationskatalogs der Psychotherapierichtlinien. Sie werden üblicherweise im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie mit

² Ihle, W., Esser, G.: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Psychologische Rundschau, 53 (4), 159-169, 2002

³ Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J.: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. Beltz-Verlag 2002, S. 52.





Erfolg behandelt. Außerdem können annähernd 60.000 Ärzte, die eine entsprechend Weiterbildung absolviert haben, Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung des EBM-Kapitels 35.1 erbringen.

- Wenn eine somatische Abklärung bzw. Mitbehandlung notwendig ist, so erfolgt dies im konsiliarischen Austausch zwischen Psychotherapeut und mitbehandelndem, somatisch spezialisiertem Arzt. Es ist meist sinnvoller, eine kombinierte Behandlung von somatischen Krankheiten, bei denen psychische Faktoren mitbeteiligt sind, interdisziplinär mit jeweils spezialisiertem Sachverstand der beteiligten Behandler durchzuführen als eine Behandlung „aus einer Hand“.
- Wer als Patient eine psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung „aus einer Hand“ wünscht, kann sich an einen „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ wenden, der sowohl psychiatrisch als auch psychotherapeutisch tätig ist. Auch bei der sog. „fachgebundenen Psychotherapie“, einer neu eingeführten Zusatzbezeichnung für Ärzte, ist grundsätzlich, sofern vom Patienten gewünscht, eine parallele psychotherapeutische und somatische Behandlung möglich. Die „fachgebundene Psychotherapie“ ist nicht an die Bedarfsplanung gebunden.

Die Einführung einer Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten war als Übergangsregelung gedacht. Aus unserer Sicht sollte die Übergangsregelung nach 10 Jahren wie vorgesehen enden. Die Tatsache, dass die Quote nicht ausgefüllt werden konnte, liegt am fehlenden ärztlichen Nachwuchs und nicht daran, dass Psychologische Psychotherapeuten ärztliche Psychotherapeuten verdrängen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Dieter Best
Bundesvorsitzender

