

## Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

25.11.2016

Wir Psychotherapeuten sehen uns in der Verantwortung, uns zu gesellschaftlichen Entwicklungen zu äußern, insbesondere wenn das soziale Miteinander und die psychische Gesundheit von Menschen betroffen sind. Wir wenden uns gegen die Stigmatisierung und Diffamierung psychisch kranker Menschen, gleich welchen Geschlechts, welcher Abstammung, Religion, Sprache, Hautfarbe und welchen Herkunftslandes. Die Geringschätzung psychischen Leids und die Vernachlässigung psychischer Erkrankung bei benachteiligten Gruppen wie z.B. suchtkranken Menschen oder traumatisierten Flüchtlinge sind nicht mit ethischen bzw. psychotherapeutischen Standards und unserem Menschenbild vereinbar.

Im Weiteren schlagen wir verschiedene Maßnahmen vor, die zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen.

### 1. Zügige Umsetzung der Reform des Psychotherapeutengesetzes

Die Bundesregierung hat sich in dieser Legislaturperiode laut Koalitionsvertrag vorgenommen: „Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.“ Bis jetzt, November 2016, liegt noch kein Gesetzentwurf vor und die Zeit drängt. Die Reform ist zur Sicherstellung einer verantwortungsvollen Patientenversorgung dringend notwendig und ist mit oberster Priorität anzugehen.

Die vom BMG im Oktober 2016 vorgelegten Eckpunkte berücksichtigen in wesentlichen Punkten die vom Deutschen Psychotherapeutentag mit großer Mehrheit verabschiedeten Positionen:

So sieht der BMG-Vorschlag ein wissenschaftliches Hochschulstudium auf Master-Niveau vor, das auch praktische Ausbildungsinhalte integriert und nach Ablegen eines Staatsexamens zur Approbation führt. Das Studium soll für die Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen qualifizieren. Im Anschluss an das Studium ist eine mehrjährige Weiterbildung erforderlich, die zur Spezialisierung in einem Altersbereich und der Vertiefung in einem Psychotherapieverfahren führt und eine Kassenzulassung ermöglicht. Diese Struktur einer zukünftigen Ausbildung zum (Psychologischen) Psychotherapeuten wird von der DPTV begrüßt.

Auch die breit angelegten Ausbildungsziele und der Abschluss des wissenschaftlichen Studiums mit einem Staatsexamen finden unsere Zustimmung. Durch die für alle zu behandelnden Altersgruppen bundesweit einheitlichen Anforderungen an das Studium wäre ein einheitlicher Qualitätsstandard gegeben. Mit der Erteilung der Approbation im Anschluss an das Studium könnten die Psychotherapeuten während ihrer anschließenden Weiterbildung auf einer klaren rechtlichen Grundlage für die Patientenversorgung tätig werden. Wir sehen bei den Eckpunkten Nachbesserungsbedarf bei der Sicherstellung des Masterniveaus (EQR 7) und bei Einzelheiten der praktischen Ausbildung. Außerdem fehlt die Präzisierung der notwendigen Änderungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) zur Finanzierung der

Behandlungen in den ambulanten Weiterbildungsstätten. Wir fordern, die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung über eine gesetzliche Regelung sicherzustellen.

Dabei ist über die Möglichkeit der Förderung des männlichen Psychotherapeuten-nachwuchses nachzudenken, z.B. über spezielle Regelungen zum Studienzugang. Inzwischen sind 90% der Berufsanfänger Frauen. Dies bedeutet einen dramatischen Mangel bei der Berücksichtigung von Patienteninteressen und für die fachliche Berücksichtigung von Gender-Aspekten z.B. bei der Behandlung sozial auffälliger männlicher Jugendlicher oder anderer Konstellationen, bei denen männliche psychotherapeutische Bezugspersonen notwendig sind.

## **2. Entwicklung fach- und sektorenübergreifender Rahmenbedingungen zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen**

**Chronische und komplexe psychische Erkrankungen, die oftmals in Zusammenhang mit chronischen körperlichen Krankheiten auftreten, erfordern eine interdisziplinäre Komplexbehandlung. Die strukturellen Voraussetzungen dafür sind nicht gegeben, und es fehlen finanzielle Anreize zur Förderung der dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen.**

Zwar gibt es vielfältige ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Behandlung dieser Patienten, die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans ist aber nur mit hohem idealistischen Einsatz der Beteiligten möglich. Weil der erhöhte Abstimmungsaufwand nicht vergütet wird, ist er mit finanziellen Verlusten für die Praxen verbunden. Bei der Überleitung von Patienten aus dem ambulanten Bereich in die stationäre Behandlung oder umgekehrt sollten Modelle zur Verbesserung der Versorgungskontinuität und sektorenübergreifenden Behandlungsplanung ermöglicht werden.

Der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ muss im Sinne dieser Patienten gerade bei psychischen Erkrankungen beachtet werden. Ambulante Behandlung durch das Krankenhaus darf nur dann durchgeführt werden, wenn für diese Behandlung die spezifischen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind. Für die ambulante Behandlung durch das Krankenhaus müssen die gleichen Qualitätsanforderungen gelten wie in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Für die Durchführung ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Maßnahmen ist der Facharzt-Status, bzw. der Fachkundenachweis nach § 95c SGB V erforderlich. Dies gilt auch für das mit dem PsychVVG neu eingeführte Home-Treatment.

## **3. Die Reform der Bedarfsplanung als vordringliche Aufgabe.**

**Der vom Gesetzgeber zur Überarbeitung der Bedarfsplanung beauftragte G-BA muss die gesetzlichen Fristen zur Anpassungen der Bedarfsplanung an eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung im Bereich der ambulanten Psychotherapie dringend einhalten und kurzfristig reagieren. Sozial- und Morbiditätsfaktoren sind bei einer ambulanten Versorgungsplanung zu berücksichtigen.**

Mit Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung wurde im Jahr 1999 ein Mangelzustand zum Sollzustand erklärt.

Erhebliche Disparitäten in der Versorgungsdichte innerhalb von Planungsbereichen, im Vergleich städtischer Regionen zu Umland- und ländlichen Regionen, sowie ein West-Ost-Gefälle kennzeichnen das Versorgungsangebot in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Nach wie vor bestehen wohnortabhängig erhebliche Wartezeiten auf eine dringend benötigte ambulante Psychotherapie. **Nur mit Umsetzung kurzfristiger Maßnahmen können die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendigen Behandlungsplätze überhaupt vermitteln.**

Die Planung des Ruhrgebietes als Sonderregion ist nicht länger zu rechtfertigen und bedarf der Anpassung und Eingliederung in eine am Bedarf orientierte Planungssystematik. Für den Bereich der Psychotherapeutischen Versorgung ist die Sonderregion aufzuheben.

#### **4. Bessere Vergütung für Psychotherapie im ambulanten und stationären Bereich**

**Die Struktur und Höhe der Vergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen wird einer modernen Versorgung nicht gerecht. Auch die Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist angemessen zu finanzieren. Klare gesetzliche Vorgaben, die eine mit den somatisch tätigen Arztgruppen vergleichbare Honorierung ihrer Leistungen vorsieht, sind notwendig.**

Die Politik hat mit gesetzlichen Vorgaben dazu beigetragen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Die Vergütungs- und Finanzierungsgrundlagen hemmen jedoch den erforderlichen Ausbau professioneller Praxisstrukturen. Die finanzielle Ausstattung der Praxen ist zu gering und der erhöhte Koordinationsaufwand bei Kindern und Jugendlichen sowie bei der Komplexbehandlung von schwer psychisch Kranken wird nicht vergütet.

Durch den medizinischen Fortschritt fließen immer mehr Mittel in die technik- und medikamentenorientierte Medizin. Psychotherapeuten und Psychiater, die ihre Patienten fast ausschließlich mit (nicht delegierbaren und nicht-rationalisierbaren) Gesprächsleistungen behandeln, sind im ambulanten Bereich bei der Vergütung gegenüber den somatisch tätigen Ärzten prinzipiell im Nachteil. Die Selbstverwaltung hat sich als unfähig erwiesen, Honorargerechtigkeit unter gedeckelten Vergütungsbedingungen zu garantieren. So müssen Psychotherapeuten seit mehr als 15 Jahren vor den Sozialgerichten klagen, um wenigstens ein Mindesthonorar zu erhalten. Trotzdem beträgt der Praxisüberschuss eines Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht einmal die Hälfte des Überschusses eines somatisch tätigen Arztes.

Mehr als die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten ist in der stationären Versorgung beschäftigt. Ohne ihren Einsatz wäre die stationäre Versorgung nicht mehr denkbar. Dem steht gegenüber, dass die Berufsgruppen der Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten im Finanzierungssystem psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken (in der Psychiatrie-Personal-Verordnung) nicht berücksichtigt sind, hier sind Anpassungen dringend notwendig. Das Entgeltsystem und seine Instrumente müssen darüber hinaus regelhaft um neue Entwicklungen in der Versorgung angepasst werden.

### **5. Stärkung des Kollektivvertragssystems und der ‚Sprechenden Medizin‘ im KV/KBV-System**

**Die angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen ist flächendeckend und bei gleichbleibend hoher Qualität am besten durch eine kollektivvertraglich organisierte Versorgung zu gewährleisten. Die Bedeutung von qualifizierter Zuwendung und therapeutischem Gespräch muss gestärkt werden.**

Die zugespitzten Konflikte im System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verdecken das hinter vielen Auseinandersetzungen liegende Interesse an größerem Einfluss einzelner Verbände/Organisationen zulasten des Kollektivvertragssystems. Dies darf nicht mit einer Schwächung der Selbstverwaltung beantwortet werden, wie es das ‚Selbstverwaltungsstärkungsgesetz‘ vorsieht. Die Vertretung des Ehrenamtes in der KBV sollte durch eine paritätische Besetzung der Vertreterversammlung durch haupt- und ehrenamtliche Vertreter unterstützt werden. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und dessen Stellvertreter benötigen eine institutionell verankerte Unterstützung. Der Vorstand sollte zukünftig die verschiedenen sich in der KBV wiederfindenden Interessen durch eine personelle Erweiterung abbilden, so dass auch auf dieser Ebene ein echter Interessenausgleich gewährleistet werden kann. Ggf. notwendige Korrekturen durch den Gesetzgeber sollten behutsam und im Dialog mit der Selbstverwaltung entwickelt werden.

Die flächendeckend nach abgestimmten Regeln erfolgende kollektivvertraglich geregelte Gesundheitsversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV hat sich trotz einiger Mängel im Wesentlichen bewährt. Ergänzende Selektivverträge können Innovationen erproben und ermöglichen, Ein Flickenteppich der Versorgung durch unterschiedliche Selektivverträge ist für Patienten ungerecht, insbesondere wenn diese Selektivverträge das wirtschaftliche Interesse der Krankenkasse in den Vordergrund stellen. Psychisch kranke Menschen haben ein Recht auf fachlich gebotene angemessene Versorgung unabhängig vom Wohnort oder der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse.

Die zeitaufwändige zuwendungsorientierte ‚sprechende Medizin‘ ist ebenso wichtig wie die Berücksichtigung des technischen Fortschritts. Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen ist nicht mit technischen Mitteln zu lösen sondern erfordert dem Patienten zugewendete Zeit, die notwendig ist, um heilsame psychische Prozesse zu unterstützen.

### **6. Sicherung der Qualität von E-Health-Anwendungen**

**Die Indikationsstellung für den Einsatz elektronisch unterstützter Anwendungen muss aus Gründen der Patientensicherheit in der Hand des approbierten**

**Psychotherapeuten bzw. Fachärztes liegen. Die Mittel selbst müssen wissenschaftlichen Qualitätsstandards genügen und den Datenschutz gewährleisten.**

Psychotherapeuten oder Fachärzte sollten nach Diagnosestellung im persönlichen Kontakt den Einsatz entsprechender Medien verordnen oder selbst für die Behandlung ihrer Patienten nutzen können. Nutzen und Aufwand gegenüber der Behandlung im persönlichen Kontakt sind abzuwägen und alle Sorgfaltspflichten einzuhalten. Anwendungen von qualifizierten Selbsthilfe-Programmen sind als verschreibungsfähige Hilfsmittel denkbar und wären (nur) nach entsprechender Qualitätsprüfung einsetzbar. Ein Einsatz durch z.B. Krankenkassen ohne fachärztliche/psychotherapeutische Diagnose darf nicht zulässig sein. Psychotherapeutische Online-Sprechstunden oder psychotherapeutische Interventionen z.B. per (Video-)Chat oder E-Mail sind nur durch Psychotherapeuten/Ärzte und nur unter Beachtung gesicherter Daten-Übertragungswege durchzuführen.

## **7. Förderung der Prävention und der betrieblichen Psychotherapie**

**Eine wirksame Prävention psychischer Erkrankungen erfordert eine stärkere Beteiligung psychotherapeutischen Sachverständes.**

Frühberentungen und Erwerbsminderungen aufgrund psychischer Erkrankungen weisen ein exponentielles Wachstum auf. Bereits mehr als ein Drittel der Arbeitsunfähigkeitstage gehen auf psychische Erkrankungen zurück. Wir begrüßen deshalb die Etablierung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GB-Psych) und die entsprechenden Regelungen im Arbeitsschutzgesetz. Im Arbeitssicherheitsgesetz sind klar umschriebene betriebspsychotherapeutische Betreuungsmodelle oder wenigstens eine strukturierte Kooperation zwischen Betriebsärzten und Psychotherapeuten vorzusehen.

Das Präventionsgesetz ist dahingehend zu ändern, dass sich der Anspruch der gesetzlich Versicherten auch auf psychotherapeutische Gesundheitsuntersuchungen erstreckt. Für Kinder und Jugendliche sollten die Vorsorgeuntersuchungen im Bereich von psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen nicht nur durch Kinderärzte, sondern aufgrund des spezialisierten Aufgabenspektrums auch durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich sein. Präventionsempfehlungen müssen auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgestellt werden können. Projekte zum Erhalt der psychischen Gesundheit sollten im Zuge der Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben aktiv angegangen werden.

## **8. Bessere psychotherapeutische Versorgung der geflüchteten Menschen**

**Das Asylpaket II ist nachzubessern, und alle geflüchteten Menschen sollten die Gesundheitskarte erhalten, unabhängig von Ort und Aufenthaltsstatus.**

Im Asylpaket II werden psychische Erkrankungen verharmlost. So werden Posttraumatische Belastungsstörungen nicht als schwerwiegende Erkrankungen angesehen, die eine Abschiebung verhindern würden. Psychische Erkrankungen sind

klar diagnostizierbar, allerdings ist die vorgegebene Frist zu kurz, um psychische Erkrankungen sicher zu beurteilen. Die Nicht-Beachtung psychischen Leids im beschleunigten Asylverfahren, u.a. bei Opfern von Folter und Kriegstraumatisierung, ist nicht mit psychotherapeutisch-ethischen Grundsätzen vereinbar.

Durch die halbherzigen Regelungen zur Kostenübernahme von Behandlungen ist ein Flickenteppich unterschiedlicher Zuständigkeit und unklarer Verhältnisse entstanden, der die Behandlung psychischer Erkrankungen verhindert. Die Schwere psychischer Erkrankungen wird verkannt, u.a. Selbst- oder Fremdgefährdung, Ängste, schwere Depressionen und Sucht können die Folge sein und die Integration behindern. Klare Regelungen, die Behandlungen auch bei Wechsel des Aufenthaltsstatus und in allen Regionen ermöglichen, sind notwendig. Weiterhin ist die Finanzierung von Dolmetschern/Sprachmittlern zu etablieren, um ggf. notwendige psychotherapeutische Behandlungen angemessen durchführen zu können.