

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

31.05.2017

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 Flüchtlingen, 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, Ende Mai 2017, liegt noch kein Gesetzentwurf vor, und die Zeit drängt. Die Reform ist zur Sicherstellung einer verantwortungsvollen Patientenversorgung dringend notwendig und mit oberster Priorität anzugehen.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit (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 zur (Psychologischen) Psychotherapeutin bzw. 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 bundesweit einheitlichen Anforderungen an das Studium wäre ein einheitlicher Qualitätsstandard gegeben, der die Schwierigkeiten mit den bisher unzureichend geregelten Zulassungsvoraussetzungen behebt. Mit der Erteilung der Approbation im Anschluss an das Studium könnten die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während ihrer anschließenden Weiterbildung auf einer klaren rechtlichen Grundlage für die Patientenversorgung tätig werden. In Ergänzung der Eckpunkte sollte ein Gesetz

eindeutige Vorgaben zur Sicherstellung des Masterniveaus (EQR 7) beinhalten. Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) sind Regelungen zur Ermächtigung von Ambulanzen an Weiterbildungsstätten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung gesetzlich Versicherter zu treffen. Wir fordern, die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung über eine gesetzliche Regelung sicherzustellen.

Bei der Reform der Aus- und Weiterbildung 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 spezifischen Mangel bei der Berücksichtigung von Patienteninteressen, sowie für die fachliche Berücksichtigung von Gender-Aspekten, z.B. bei der Behandlung sozial auffälliger männlicher Jugendlicher oder anderer Konstellationen, bei denen männliche psychotherapeutische Bezugspersonen hilfreich oder notwendig sind.

2. Die Reform der Bedarfsplanung als vordringliche Aufgabe.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Bedarfsplanung zu überarbeiten und Anpassungen an eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung im Bereich der ambulanten Psychotherapie herbeizuführen. Dabei sind Sozial- und Morbiditätsfaktoren in der 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. Schon jetzt bestehen wohnortabhängig erhebliche Wartezeiten auf eine dringend benötigte ambulante Psychotherapie.

Mit Wirkung zum 1. April 2017 hat der G-BA mit der Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, einem Akutversorgungsangebot und Erweiterungen in der Gruppentherapie das Versorgungsangebot der Psychotherapeuten ausgebaut. Die Frist zur notwendigen Anpassung der Bedarfsplanung ist jedoch ergebnislos verstrichen. Damit verschärfen sich Engpässe in der ambulanten Versorgung.

Die Reform der Bedarfsplanung muss beschleunigt werden. Dabei muss die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesondert betrachtet, bewertet und ausgebaut werden.

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.

Schon jetzt unterstützen Privatpraxen die ambulante vertragspsychotherapeutische Versorgung, indem sie in erheblichem Umfang Leistungen im Rahmen der

Kostenerstattung nach §13 Abs. 3 SGB V erbringen. Eine gesetzliche Bestimmung ist notwendig, die die Gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, diese Kosten regionsbezogen abzubilden, so dass auch diese Praxen in eine realistische Bedarfsfeststellung einbezogen werden können.

3. 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.

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 Organisationsaufwand für die neuen Leistungen, psychotherapeutische Sprechstunde und Akutversorgung, und der erhöhte Koordinierungsaufwand 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seit mehr als 15 Jahren vor den Sozialgerichten klagen, um wenigstens ein Mindesthonorar zu erhalten. Trotzdem beträgt der Praxisüberschuss von Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht einmal die Hälfte des Überschusses eines somatisch tätigen Arztes.

Wir fordern deshalb eine Präzisierung des § 87 Abs. 2c Satz 6:

Die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheiten zu gewährleisten, mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Honorar erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich, auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten.

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

Die Bedeutung von qualifizierter Zuwendung und psychotherapeutischem Gespräch muss gestärkt werden.

5. 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. Facharztes 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.

6. 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 darüber hinaus klar umschriebene betriebspsychotherapeutische Betreuungsmodelle oder wenigstens eine strukturierte Kooperation zwischen Betriebsärzten und Psychotherapeuten vorzusehen. Dazu sollten Betriebspsychotherapeutische Sprechstunden gesetzlich vorgeschrieben werden, um ein niedrigschwelliges Angebot für psychisch erkrankte und davon bedrohte Mitarbeiter in den Betrieben bereitzustellen. Die Diagnostik und Früherkennung von erhöhter psychischer Beanspruchung und daraus folgenden psychischen Erkrankungen ist essentiell, um arbeitsplatzbezogene Faktoren sachgerecht an die spezifischen (psychischen) Bedürfnisse der Mitarbeiter anpassen zu können. Eine Steuerung und Durchführung von angepassten betrieblichen Präventionsleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit erfordert ebenso wie die Früherkennung dringend psychotherapeutischen Sachverstand.

Das Präventionsgesetz ist dahingehend zu ändern, dass sich der Anspruch der gesetzlich Versicherten auch auf psychotherapeutische Gesundheitsuntersuchungen erstreckt. Handlungsbedarf besteht z.B. für Kinder psychisch kranker Eltern, bei der Suizidprävention, bei der Prävention von Suchterkrankungen. 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.

7. 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 für Asylbewerber vorgegebene Frist zu kurz, um psychische Erkrankungen ausreichend 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.