

**Politik für psychisch kranke Menschen –  
es gibt weiterhin Handlungs- und Entwicklungsbedarf!**

**Juli 2017**

## Inhalt

<b>1. Bedarfsplanung reformieren .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Angemessene Verankerung psychotherapeutischer Kompetenzen .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Prävention und Gesundheitsförderung .....</b>	<b>8</b>
<b>6. Rehabilitation .....</b>	<b>10</b>
<b>7. Reform der Psychotherapeutenausbildung .....</b>	<b>10</b>

## **Politik für psychisch kranke Menschen – es gibt weiterhin Handlungs- und Entwicklungsbedarf!**

Die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessert sich im deutschen Gesundheitssystem schrittweise. Es besteht große Einigkeit, dass psychisch kranke Menschen einen Anspruch auf eine leitlinienorientierte Versorgung im ambulanten und stationären Bereich haben. Um dieses Ziel zu realisieren, besteht Handlungsbedarf in der 19. Legislaturperiode.

### **1. Bedarfsplanung reformieren**

Die Akzeptanz eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems hängt davon ab, dass gesetzlich Krankenversicherte darauf vertrauen können, im Krankheitsfall kurzfristig Beratung und Hilfe von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erhalten. Im ambulanten Bereich ist dies insbesondere für psychisch kranke Menschen nicht angemessen gesichert. Obwohl vielerorts, wie auch in Hamburg, monatelange Wartezeiten bei kassenzugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestehen, soll nach der aktuellen gesetzlichen Regelung die Zahl der psychotherapeutischen Sitze bundesweit um insgesamt 4.500 verringert werden.

Im KV-Bezirk Hamburg gibt es aktuell eine nominelle Überversorgung von ca. 170%. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und eine große Zahl von Behandlungen gesetzlich Versicherter in Privatpraxen im Wege der Kostenerstattung weisen allerdings auf deutliche Versorgungsdefizite hin.

Zentraler Schritt, um psychisch kranken Menschen einen Zugang zu einer leitlinienorientierten Versorgung zu garantieren, muss deshalb der Ausbau der ambulanten Versorgung sein. Die Bedarfsplanung für psychotherapeutische Praxen muss dringend reformiert werden.

- **Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigen**

Wesentliches Element einer Reform der Bedarfsplanung muss es sein, bei der Anzahl psychotherapeutischer Praxen zukünftig die Sozial- und Morbiditätsstruktur angemessen zu berücksichtigen. Anhand von bevölkerungsrepräsentativen Daten zur regionalen Häufigkeit psychischer Erkrankungen sollte festgestellt werden, ob in einzelnen Versorgungsregionen ein höherer oder geringerer Bedarf an psychotherapeutischen Praxen besteht. Unterschiede in der regionalen Häufigkeit psychischer Erkrankungen können dabei anhand der Unterschiede in der Sozialstruktur empirisch ermittelt werden. Die hierfür heranzuziehenden wichtigsten soziodemografischen Merkmale sind:

- Alter: Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen variiert in den Lebensaltern.
  - Geschlecht: Frauen sind häufiger psychisch krank als Männer.
  - Bildung: Menschen ohne Schulabschluss sind häufiger psychisch krank als Menschen mit Abitur.
  - Arbeitslosigkeit: Arbeitslose leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen als Menschen, die berufstätig sind.
- **Patientenpräferenzen für Mitversorgungseffekte erheben**

Für die Planung des regionalen Versorgungsangebots muss ein Mitversorgungsindex ermittelt werden, der berücksichtigt, wo psychisch kranke Patientinnen und Patienten behandelt werden wollen. Dies ist insbesondere für Metropolregionen wie Hamburg bedeutsam. Manche Patientinnen und Patienten möchten eine Psychotherapiepraxis an ihrem Wohnort aufsuchen, andere in der Nähe ihres Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes. Über solche Patientenpräferenzen und damit Mitversorgungseffekte ist in Bezug auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung viel zu wenig bekannt. Sie sollten empirisch erhoben werden, um sie für die Bedarfsplanung zu nutzen.
  - **Gesamtzahl psychotherapeutischer Praxen versorgungsorientiert berechnen**

Durch die Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur sowie von Mitversorgungseffekten können Aussagen über einen regionalen Mehr- oder Minderbedarf an Psychotherapiepraxen gemacht werden. Es sind hingegen keine Aussagen darüber möglich, wie viele Psychotherapiepraxen insgesamt notwendig sind, um psychisch kranke Menschen angemessen und zeitnah versorgen zu können. Deshalb ist es auch zukünftig vermutlich unvermeidbar, die bundesweite Gesamtzahl der notwendigen psychotherapeutischen Praxissitze politisch festzulegen. Bei der Vereinbarung einer durchschnittlichen Versorgungsdichte ist unbedingt zu berücksichtigen, dass Menschen, die psychotherapeutische Hilfe suchen, selbst in den im Vergleich zu anderen Gebieten besser versorgten Großstädten derzeit in beachtlichem Umfang auf Kostenerstattung ausweichen oder teilweise monatelang auf den Beginn einer Psychotherapie warten müssen.
  - **Indikatoren für regionalen Anpassungsbedarf entwickeln**
    - **Regionale Versorgungsengpässe korrigieren**

Ab April 2017 können sich Patientinnen und Patienten für einen Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde oder eine Akutbehandlung an eine Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung wenden. Wenn diese nicht innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Psychotherapeuten bzw. einer Psychotherapeutin vermitteln kann, muss sie auf ambulante Behandlungsangebote von Krankenhäusern verweisen, die dann ihre Leistungen auf EBM-Basis erbringen. Da ab April 2018 der Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde vor Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung verpflichtend sein wird, ist nicht absehbar, ob allen

Patientinnen und Patienten ein Termin in einer psychotherapeutischen Praxis vermittelt werden kann. Gleichzeitig ist es fraglich, ob Krankenhäuser über ausreichende Kapazitäten verfügen bzw. solche Kapazitäten aufbauen werden, um die Patienten zu versorgen.

Um solche regionalen Versorgungsengpässe zu erkennen und anschließend zu korrigieren, ist es zum einen notwendig zu erfassen, inwieweit es den Terminservicestellen gelingt, Termine für Sprechstunde und Akutbehandlung bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu vermitteln und in welchem Umfang Krankenhäuser in diesem Bereich für die mangelnde ambulante Versorgung einspringen werden. Zum anderen muss erhoben werden, inwieweit Patientinnen und Patienten nach Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie im Rahmen der Sprechstunde auf ihre Behandlung warten müssen, da keine ausreichenden Behandlungskapazitäten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen. Notwendig ist hierfür eine verbindliche Erhebung und Auswertung der Daten der Terminservicestellen und der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch eine systematische Evaluation der Regelungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie unter Nutzung von Leistungserbringerdokumentationen und Patientenbefragungen.

Außerdem sollten Psychiatrische Institutsambulanzen dokumentieren, ob der Anlass der Versorgung der psychisch kranken Patientinnen und Patienten ein Versorgungsengpass im ambulanten Bereich war oder ob es sich um Patientinnen und Patienten handelte, die aufgrund der Schwere und der Chronizität der Erkrankung die spezifische Versorgung durch eine Psychiatrische Institutsambulanz benötigten. Diese Daten sind in geeigneter Weise auf Landesebene zu veröffentlichen. Auch hieraus lassen sich Hinweise auf Mängel in der regionalen Bedarfsplanung ableiten, die zu korrigieren sind.

#### ➤ ***In sektorenübergreifende Planung einsteigen***

Gerade für psychisch kranke Menschen haben die Krankenhäuser, auch in Hamburg, ihr Angebot in den letzten Jahren stetig ausgebaut, insbesondere im ambulanten Bereich. Neben der Versorgung durch Psychiatrische Institutsambulanzen, persönliche Ermächtigungen, Modelle der integrierten Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, die an Krankenhäusern angesiedelt sind, kommen künftig Psychosomatische Institutsambulanzen hinzu. Außerdem soll eine stationsäquivalente Versorgung aufgebaut werden. Als Erbringer ambulanter Versorgung haben sich die Krankenhäuser auch durch Modellvorhaben nach § 64b SGB V in einigen ausgewählten Versorgungsregionen etabliert.

Für eine dringend notwendige sektorenübergreifende Sicht auf die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen fehlen bisher sowohl die empirische Datengrundlage als auch ein schlüssiges Gesamtkonzept. Erste Schritte hin zu mehr Transparenz als Voraussetzung für eine regionale Planung wären möglich, wenn die Psychiatrischen Institutsambulanzen differenzierter als bisher fallbezogen und patientenorientiert dokumentieren würden, welche Berufsgruppen auf welchem Qualifikationsniveau welche Leistungen für die

Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Institutsambulanzen erbringen.

Vergleichbares gilt künftig für die Psychosomatischen Institutsambulanzen sowie für die sich im Aufbau befindliche stationsäquivalente Versorgung und Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Ständen für dieses Leistungsspektrum der Krankenhäuser ausreichend differenzierte Daten zur Verfügung, könnten die Zulassungs- und Landesausschüsse, aber auch die Gesundheitskonferenzen bzw. die § 90a-Gremien (in Hamburg die Sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegekonferenz) eine sektorenübergreifende Sicht auf die Versorgung psychisch kranker Menschen erhalten. Dokumentationspflichten sowie Aufbereitung und Übermittlung der Daten müssten gesetzlich vorgegeben werden.

- **Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Da für psychisch kranke Kinder und Jugendliche keine eigene Bedarfsplanung eingerichtet, sondern deren Versorgung auch über die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geregelt ist, ist es notwendig, die Mindestquote für Behandlerinnen und Behandler, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, nachhaltig zu sichern.

- **Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf**

Trotz steigender Relevanz psychischer Erkrankungen und einer bewussteren Wahrnehmung des Versorgungsbedarfs von psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf fehlt es an innovativen Versorgungsansätzen für diese Patientengruppe. Im ambulanten Bereich mangelt es regelhaft an komplexen Versorgungsangeboten, bei denen die verschiedenen Professionen, also psychotherapeutische, ärztliche, soziotherapeutische und pflegerische Fachkräfte, im Team eine miteinander abgestimmte Behandlung übernehmen. Die einzelnen Leistungen gehören weitgehend bereits zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Es fehlen jedoch ambulante Versorgungsstrukturen, in denen diese Leistungen als koordinierte Behandlung angeboten und vergütet werden. Der Innovationsfonds bietet die Möglichkeit, differenzierte Behandlungsangebote im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf speziell zu fördern.

## 2. Qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung

Viele Menschen sind nach Europa und Deutschland geflüchtet, weil sie in ihren Heimatländern von Krieg, Folter und Tod bedroht sind. Voraussichtlich werden viele dieser Menschen auf Dauer in Deutschland leben und arbeiten. Es ist nicht davon auszugehen, dass alle kurz- oder mittelfristig ausreichend Deutsch sprechen, um die Leistungen des deutschen Gesundheitssystems in angemessener Weise in Anspruch nehmen zu können, obwohl sie Beiträge für die sozialen Sicherungssysteme entrichten. Zur Sicherung einer fachlich angemessenen Aufklärung, Diagnostik und Behandlung bedarf es einer qualifizierten

kultursensiblen Übersetzung. Dies gilt insbesondere für Psychotherapie, die in besonderem Maße Sprache als Behandlungsmittel einsetzt. Dennoch wird diese Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung derzeit nicht finanziert. Diese Hürde stellt für die Behandlung in der Psychotherapie eine erhebliche Problematik dar.

Ausgehend von aktuellen Modellprojekten sollte ergänzend ein Organisationskonzept entwickelt werden, das eine ausreichende Zahl von qualifizierten Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern sicherstellt. Auch Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit spezifischer Sprachkompetenz sollten ermöglicht werden.

### **3. Angemessene Verankerung psychotherapeutischer Kompetenzen**

- **Leitungsfunktion im Krankenhaus**

Krankenhäuser sollten den körperlichen, psychischen und sozialen Behandlungs- und Hilfebedarf ihrer Patienten abdecken können. Damit dies gelingt, müssen die im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen ihre jeweils spezifische Kompetenz abgestimmt in die Versorgung einbringen. Für das Krankenhaus als Organisation ist es daher wichtig, die fachübergreifende Perspektive auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auch strukturell zu verankern. Deshalb ist es notwendig, die unterschiedlichen fachlichen Kompetenzen in die Entscheidungsstrukturen des Krankenhauses angemessen einzubinden.

Für die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht hier ein erheblicher Nachholbedarf. Durch Klarstellungen in den einschlägigen Gesetzen (§ 107 SGB V, Landeskrankenhausgesetze) und den untergesetzlichen Normen (Kodierrichtlinien, Operationen- und Prozedurenschlüssel) ist sicherzustellen, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend ihres Kompetenzprofils Behandlungsverantwortung sowie Verantwortung für die Dokumentation bzw. Kodierung übernehmen und Leitungsfunktionen besetzen können. Damit entsteht gleichzeitig für die Krankenhäuser eine größere Flexibilität bei der Personal- und Organisationsentwicklung.

- **Weitere Befugniseinschränkungen aufheben**

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden einige wesentliche Befugniseinschränkungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgehoben und ihre Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestärkt. Durch die psychotherapeutische Sprechstunde sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schneller und umfassender in der Lage, Menschen mit psychischen Beschwerden zu diagnostizieren, zu beraten und über Hilfsangebote zu informieren. Sie sind damit noch stärker als bisher als Ansprechperson mit Lotsenfunktion in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen eingebunden.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können außerdem insbesondere Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen effizienter versorgen, weil sie jetzt über die Befugnis verfügen, Krankenhausbehandlung, Krankentransport, medizinische Rehabilitation und Soziotherapie zu verordnen. Andere Befugniseinschränkungen bestehen jedoch fort und sind mit dem Kompetenzprofil von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht vereinbar. Dies betrifft die fehlende Befugnis, psychiatrische Krankenpflege und die Heilmittel Ergotherapie und Logopädie zu verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen.

Bei schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit erheblichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Problemen mit der Tagesstrukturierung sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten psychiatrische Krankenpflege verordnen können. Eine solche Krankenpflege kann wesentlich sein, um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu unterstützen und zu sichern oder eine stationäre Behandlung zu vermeiden. Die Möglichkeit der Verordnung von Logopädie und Ergotherapie ist – gerade bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit den entsprechenden Entwicklungsstörungen – zwingend erforderlich. Auch bei Erwachsenen müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Ergotherapie, u.a. als Hirnleistungstraining bzw. als neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der neuropsychologischen Therapie verordnen können.

Arbeit und Erwerbstätigkeit sind wichtige Ressourcen für die Bewältigung von psychischen Erkrankungen. Deshalb wäre es sachgerecht, wenn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgrund ihrer umfassenden Kompetenzen in der Diagnostik und Behandlung unter Berücksichtigung des Behandlungsverlaufs Arbeits- bzw. Schulunfähigkeit oder Arbeits- bzw. Schulfähigkeit selbst bescheinigen könnten.

Hierzu bedarf es einer Änderung des § 73 Absatz 2 SGB V mit einem darauf fußenden Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die entsprechenden Richtlinien anzupassen.

#### **4. Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen**

- **EBM**

Nach den Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland erreichen die Einkommen der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nicht einmal die Hälfte derjenigen der somatisch tätigen Arztgruppen. Dies dokumentiert sich auch in dem Überschuss je Zeiteinheit, der in der Psychotherapie nur halb so hoch ist wie in der somatischen Medizin. Die Einkommensunterschiede resultieren daher nicht aus arztgruppenspezifischen Arbeitszeiten, sondern sind das Ergebnis unrealistischer Kalkulationszeiten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).



Alle Arztgruppen, die zum großen Teil mit nicht-delegierbaren und nicht-rationalisierbaren Leistungen arbeiten, werden durch die aktuelle Konstruktion des EBM systematisch benachteiligt. Eine umfassende Reform des EBM ist erforderlich, die es ermöglicht, dass bei gleichem Arbeitseinsatz nach Abzug der Praxiskosten ein vergleichbares Einkommen erzielt werden kann.

Es erscheint in diesem Zusammenhang unverzichtbar, dass der Gesetzgeber in § 87 und § 87b SGB V den Entscheidungsträgern in der Selbstverwaltung explizit vorgibt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht schlechter verdienen als Ärztinnen und Ärzte der somatischen Medizin.

- **GOP/GOÄ**

Der Privathonoraranteil am gesamten Umsatz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beträgt lediglich 12 Prozent im Vergleich zu 20 Prozent bei den somatisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass sich die Stundensätze für psychotherapeutische Leistungen seit der letzten Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Jahr 1996 trotz einer Inflation von mehr als 32 Prozent nicht verändert haben. Aufgrund der Zeitgebundenheit der Leistungen ist eine Leistungsverdichtung nicht möglich. Bis heute werden – fachlich nicht begründbar – außerdem verhaltenstherapeutische Leistungen höher vergütet als tiefenpsychologisch fundierte und analytische Leistungen. Inzwischen liegt der reguläre Stundensatz für eine tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie unterhalb der Vergütung dieser Leistung nach EBM, wenn man auch den Strukturzuschlag für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen in Rechnung stellt. Eine Novellierung der GOÄ und damit auch der Gebührenordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand der psychotherapeutischen Versorgung angemessen abbildet und eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit sicherstellt, ist daher überfällig.

- **Tarifliche Vergütung angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**

Für angestellte Psychotherapeuten ist die Lage genauso unbefriedigend. Zwar sieht die im Frühjahr 2016 beschlossene Entgeltordnung im Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) erstmals für die Heilberufe Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) die Einstufung in eine eigene Entgeltgruppe vor, aber nur in die Entgeltgruppe 14 (EG 14).

Zum Vergleich: Das Einstiegsgehalt einer Fachärztin bzw. eines Facharztes beträgt nach dem Tarifvertrag der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände mit dem Marburger Bund im Monat 5.656 Euro. Das Einstiegsgehalt einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten in EG 14 in der ersten Erfahrungsstufe liegt bei nur 3.876 Euro. Eine dem Kompetenzniveau angemessene Einstufung muss mindestens in EG 15 erfolgen.

## 5. Prävention und Gesundheitsförderung

Psychische Erkrankungen sind häufig Grund für Fehlzeiten am Arbeits- oder Ausbildungsplatz. 2015 standen sie an dritter Stelle der Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage nach Muskel-Skelett- und Erkältungskrankheiten. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen ist mit mehr als 30 Tagen deutlich länger als bei körperlichen Krankheiten. Psychische Erkrankungen sind darüber hinaus seit mehr als zehn Jahren der Hauptgrund für ein krankheitsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Mehr als jede dritte Frühberentung ist inzwischen durch dauerhafte psychische Erkrankungen verursacht.

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter führen zu hohen sozialen Folgekosten. Dazu gehören neben den Ausgaben für Gesundheit vor allem schulische Misserfolge, Heimaufenthalte, fehlende Berufschancen und Arbeitslosigkeit. Psychische Erkrankungen verursachen großes Leid für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige. Sie stellen zugleich die Gesellschaft und insbesondere die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Generell werden die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung bislang in Deutschland nur unzureichend genutzt. Neben genereller Aufklärung und Information über Gesundheitsrisiken sind Ansätze erfolgversprechend, die speziell denjenigen Menschen helfen, die für den Abbau gesundheitsriskanten Verhaltens und den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils psychotherapeutische Unterstützung benötigen. Um dies zu realisieren, ist eine gesetzliche Klarstellung notwendig, dass Prävention zum Leistungsspektrum der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehört und diese bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes einbezogen werden müssen.

- **Kinder psychisch kranker Eltern**

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Hilfe- und Behandlungsangebote beziehen sich aktuell auf die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten oder das System Familie und sind oft nicht untereinander abgestimmt. Kinder psychisch kranker Eltern brauchen einen gesicherten Zugang zu niedrigschwelligen und nachhaltigen, kooperativen und multiprofessionellen Hilfen. Damit dies künftig weniger an unterschiedlichen Zuständigkeiten und Kostenträgern scheitert, sind Modellprojekte z.B. durch die Krankenkassen, in diesem Bereich gezielt zu fördern und ggf. nachhaltig zu finanzieren.

- **Suizidprävention**

Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für etwa 10.000 Selbsttötungen pro Jahr in Deutschland. Sie fordern damit mehr Todesopfer als Straßenverkehrsunfälle. Mit etwa 12 Suiziden je 100.000 Einwohnern jährlich liegt Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Drittel. Auch im europäischen Vergleich zeigt sich noch ein deutliches Potenzial zur Senkung der Anzahl der Suizide in Deutschland. Dafür müssen künftig besondere Risikogruppen besser erreicht werden, vor allem Männer und ältere Menschen.

Wesentlich für erfolgreiche Prävention ist die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Dazu sind Aufklärung und weitere Maßnahmen der Entstigmatisierung spezifisch auf diese Risikogruppen zuzuschneiden. Die Entwicklung und das Angebot solcher Leistungen müssen durch die Krankenkassen und weitere Kostenträger stärker gefördert werden.

- **Reduzierung des Alkoholkonsums**

Alkohol ist eine legale Droge. Er ist nach Nikotin das häufigste Suchtmittel in Deutschland. Ohne angemessene Behandlung führt Alkoholsucht nicht selten zu Arbeits- bzw. Schulunfähigkeit, zu körperlichen Folgeerkrankungen, zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zu vorzeitigem Tod. Alkoholmissbrauch verursacht damit großes menschliches Leid und erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Obwohl Deutschland beim Alkoholkonsum im weltweiten Vergleich weit vorne liegt, werden wirksame Präventionsmaßnahmen nicht umgesetzt. Zu solchen Maßnahmen gehört vor allem die Verteuerung alkoholischer Getränke z.B. durch eine höhere Besteuerung oder Mindestpreise. Aber auch die Einschränkung der Verfügbarkeit und der Werbung für Alkohol sind wirksame Maßnahmen. Parallel zu einschneidenden und wirksamen Präventionsmaßnahmen muss sich das Versorgungssystem besser auf die Behandlung und Rehabilitation von Alkoholkranken einstellen und vor allem Brüche an den Sektorengrenzen verhindern.

- **Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz**

Zur Verhinderung arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen müssen Risiken im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung erkannt werden. Hier ist in der kommenden Legislaturperiode zu prüfen, ob dafür weitere gesetzliche Vorgaben im Sinne einer „Antistressverordnung“ notwendig sind. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Änderungen zu evaluieren. Neben traditionellen Tätigkeitsfeldern in der Krankenbehandlung und Rehabilitation verfügen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über Kompetenzen, die sie für eine stärkere Einbindung in die Prävention psychischer Erkrankungen qualifizieren: im Arbeitsschutz, in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dies ist auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene entsprechend zu verankern. Durch eine stärkere interdisziplinäre Versorgung könnten psychische Erkrankungen frühzeitiger erkannt, behandelt und der Arbeitsplatz als wichtige Ressource in der Behandlung berücksichtigt werden. Eine intensivere Vernetzung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Betriebsärztinnen und -ärzten sowie Kranken- und Rentenversicherung könnte auch die Wiedereingliederung psychisch kranker Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in das Berufsleben verbessern. Auch eine stärkere Kooperation mit den Arbeitsagenturen ist notwendig, um bei Erwerbslosen psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln und damit die Chance auf einen beruflichen Wiedereinstieg zu erhöhen.

## 6. Rehabilitation

Maßnahmen zur Rehabilitation stellen eine wichtige und auszubauende Säule der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland dar. Psychische Erkrankungen sind nach Muskel-Skelett-Erkrankungen der häufigste Anlass für eine medizinische Rehabilitation. Generell sollte – auch im Bereich der somatischen Rehabilitation – der Stellenwert der Psychotherapie besser abgebildet und der Zugang zur Rehabilitation für psychisch kranke Menschen erleichtert werden.

Viele der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind vor Beginn der Reha-Behandlung bereits lange arbeitsunfähig gewesen – ein Drittel z. B. länger als ein halbes Jahr. Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation findet also häufig erst spät im Krankheitsverlauf statt, was die Erfolgsaussichten der Rehabilitation verringert. Eine Ursache hierfür sind Schnittstellenprobleme beim Übergang von Kuration zu Rehabilitation. Akutbehandlungen werden in der Regel von der Krankenversicherung finanziert, Reha-Maßnahmen in der Regel vom Rentenversicherungsträger. Diese unterschiedlichen Zuständigkeiten führen häufig zu Verzögerungen oder Abbrüchen an der Zuständigkeits- bzw. Sektorengrenze. Hier bedarf es einer verstärkten Kooperation zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern sowie verbesserter Verfahrensabläufe, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.

Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Erkrankungen werden hauptsächlich stationär durchgeführt. Nur drei Prozent der psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha-Leistungen finden ambulant statt. Um ein differenziertes Reha-Angebot vorhalten und den unterschiedlichen Bedarfen der Patientinnen und Patienten gerecht werden zu können, ist es notwendig, ambulante Reha-Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter auszubauen.

Um die Erfolge der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation zu verstetigen, bedarf es in aller Regel weiterführender Versorgungsangebote. Diese können in Form der psychosomatischen Nachsorgeangebote der Rentenversicherer, einer psychotherapeutischen Weiterbehandlung, einer Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder einer stufenweisen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stattfinden. Diese Angebote sollten ausgebaut und stärker miteinander verzahnt werden, um Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine sich unmittelbar an die Rehabilitation anschließende Nachsorge zu ermöglichen und damit die erreichten Therapieerfolge verstetigen und verfestigen zu können.

## 7. Reform der Psychotherapeutenausbildung

Ein zentrales Anliegen der Psychotherapeutenchaft für die 19. Legislaturperiode ist die Reform der Ausbildung. Jedes Jahr Verzögerung bedeutet, dass unser Nachwuchs länger seinen Beruf unter prekären Bedingungen erlernen muss. Jedes Jahr Verzögerung verlängert die Unsicherheit, ob das gewählte Studium ausreicht, um die Qualifikationsanforderungen für

die Ausbildung zu erfüllen. Die Profession setzt sich deshalb seit Jahren für eine psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungsstruktur ein, die sich an anderen akademischen Heilberufen orientiert.

- **Approbationsstudium auf Masterniveau**

In einem Studium, das auf Masterniveau qualifiziert und mit einem Staatsexamen abschließt, sollen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten künftig wissenschaftlich und praktisch ausgebildet werden. Beide Aspekte sind unentbehrlich, um wissenschaftliche Erkenntnisse eigenständig in der Patientenversorgung umzusetzen und die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychotherapie sicherzustellen.

- **Nachhaltige Finanzierung der Weiterbildung**

An das Approbationsstudium schließt sich eine Weiterbildung an, in der sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen spezialisieren und sich für ein psychotherapeutisches Verfahren qualifizieren. Die Weiterbildung soll in hauptberuflicher Stellung mindestens 5 Jahre dauern. Sie soll sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stattfinden, um sicherzustellen, dass sich die Tätigkeitsschwerpunkte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Weiterbildung wiederfinden. Zu den Tätigkeitsfeldern zählt auch der komplementäre Bereich. Die Psychotherapeutenchaft schlägt daher vor, eine Weiterbildung von bis zu einem Jahr z.B. auch in der Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Suchthilfe oder in der Gemeindepsychiatrie zu ermöglichen.

In allen Bereichen muss die Organisation und Finanzierung der Weiterbildung gesichert sein. Im stationären Bereich sind Parallelkonstruktionen zur ärztlichen Weiterbildung möglich. Im ambulanten Bereich müssen Organisations- und Finanzierungsmodelle realisiert werden, die es heutigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten erlauben, die künftigen Aufgaben eines Weiterbildungsinstituts in angemessener und darlegungsfähiger Qualität zu erfüllen. Dies ist notwendig, um Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten künftig ausreichend für eine verfahrensspezifische ambulante Versorgung im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie qualifizieren zu können. Auch im komplementären Weiterbildungsbereich sind entsprechende Organisations- und Finanzierungsstrukturen zu schaffen.