

Politik für psychisch kranke Menschen

Handlungsbedarf in der nächsten Legislaturperiode

Inhaltsverzeichnis

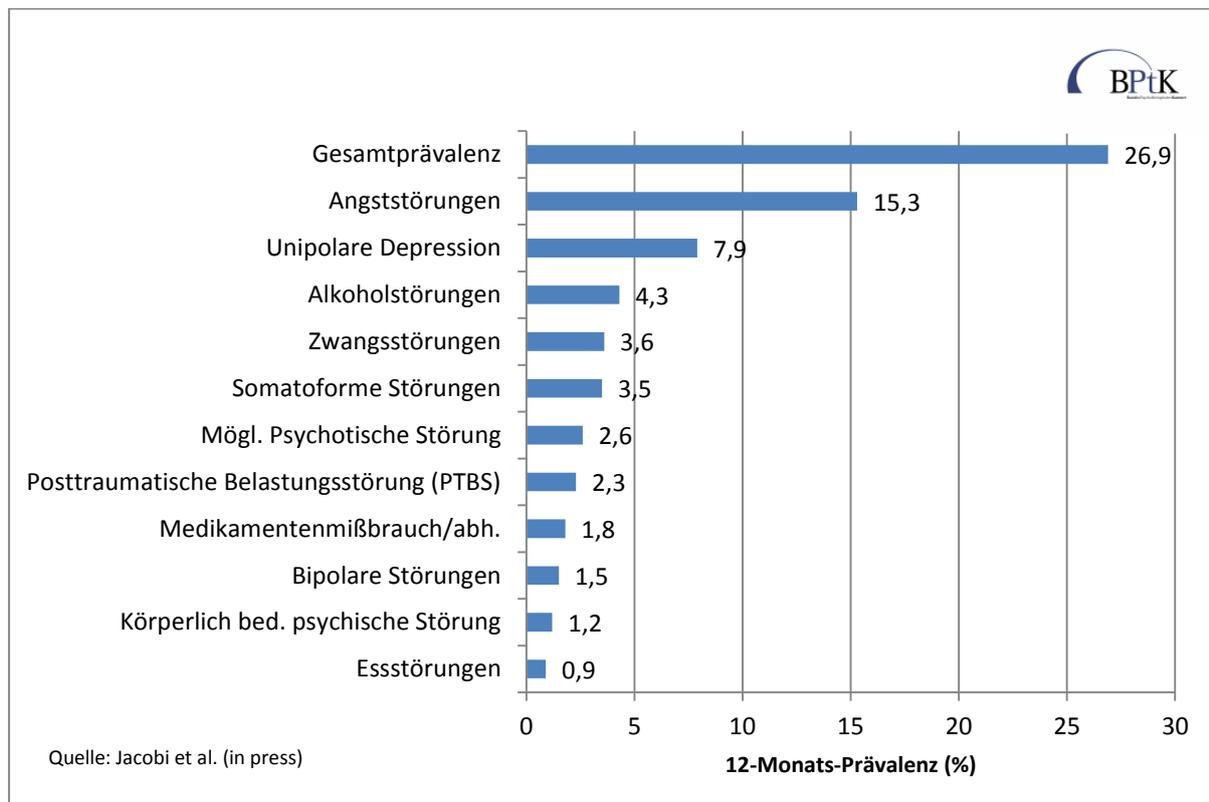
Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten	3
Zu wenige psychisch kranke Menschen erhalten eine Behandlung	4
Internationale Leitlinien empfehlen Psychotherapie	6
Psychische Krankheiten sind weiterhin stigmatisiert	7
Psychische Krankheiten verursachen vermehrt Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit	7
Psychische Erkrankungen bedingen Produktionsausfälle von 26 Milliarden Euro jährlich	9
Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf	10
Für die Zukunft der Psychotherapie	10
Für Patienten.....	10
Prävention stärken.....	11
Bedarfsplanung weiterentwickeln.....	11
Ambulante Versorgungsstrukturen verbessern	12
Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf aufbauen	12
Qualität in der stationären Versorgung transparent machen	14
Selbstbestimmungsrecht in schweren Krankheitsphasen schützen	16
Ausreichenden Versicherungsschutz bei psychischen Erkrankungen sichern.....	17
Für Psychotherapeuten	17

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten

In Deutschland leidet mehr als jeder vierte Erwachsene innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Damit liegt Deutschland im europäischen Mittelfeld. Frauen sind häufiger und anders psychisch krank als Männer.

Bei Kindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen vermutlich etwas niedriger. Nach der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) zeigen circa 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Etwa jedes zehnte Kind ist mit hoher Wahrscheinlichkeit psychisch krank, bei weiteren zwölf Prozent finden sich zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit. Jedes zehnte Kind leidet unter Ängsten, etwa jedes zwanzigste unter Depressionen oder einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland (im Alter von 18-79 Jahren) – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 MH, 2009-2011)

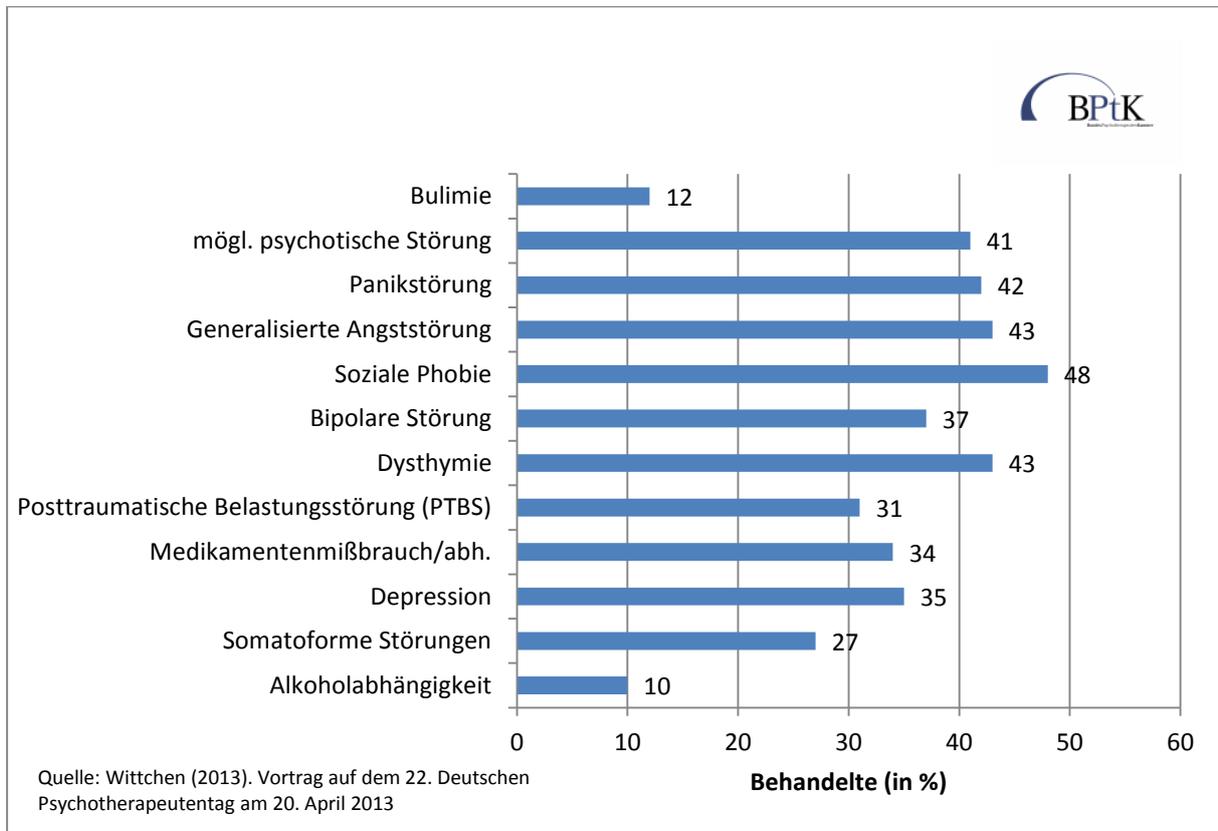


Zu wenige psychisch kranke Menschen erhalten eine Behandlung

Nach Schätzungen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH, 2012) erhält nur jeder fünfte Erwachsene zwischen 18 und 79 Jahren bei einer akuten psychischen Erkrankung irgendeine Art von Behandlung. Nur ein Fünftel der Erkrankten hat also aufgrund seiner psychischen Beschwerden mindestens einmal Kontakt zu Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten oder stationären Einrichtungen. Dabei liegen die Behandlungsraten bei psychotischen Erkrankungen, depressiven Störungen und Angststörungen deutlich höher als bei Suchterkrankungen oder somatoformen Störungen. Die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung ist außerdem abhängig von der Erkrankungsdauer und der Komorbidität. Derzeit liegen beim DEGS1-MH noch keine Auswertungen darüber vor, ob die durchgeführten Behandlungen angemessen waren. In der Vorgängerstudie der DEGS1-MH, dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998, war der Anteil der Erkrankten, die eine „im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“ erhielten, auf zehn Prozent beziffert worden. Insgesamt fiel dabei der Anteil der Befragten, die Kontakt mit einem Psychotherapeuten aufgenommen hatten, mit 2,2 Prozent sehr gering aus. Allein der Anteil der Menschen mit Depressionen an der deutschen Gesamtbevölkerung lag mit 10,9 Prozent fünfmal so hoch. Diese Behandlungsraten sind ein deutliches Indiz für eine erhebliche Unterversorgung in der ambulanten Psychotherapie.

Eine Ursache für die geringe Behandlungsquote bei psychischen Krankheiten sind fehlende Psychotherapeuten. In Deutschland warten nach einer bundesweiten Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) psychisch kranke Menschen im Durchschnitt 12,5 Wochen auf ein Erstgespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Wartezeiten von durchschnittlich über sechs Monaten in ländlichen Regionen werden sich im Laufe des Jahres verringern, da sich nach der jüngsten Reform der Bedarfsplanung hier zusätzliche Psychotherapeuten niederlassen können. In allen anderen Regionen und im Ruhrgebiet mit durchschnittlichen Wartezeiten von 17 Wochen bringt die jetzige Reform der Bedarfsplanung hingegen keine Verbesserung für psychisch kranke Menschen.

Abbildung 2: Aktuelle Behandlungsrate bei den jeweiligen 12-Monats-Diagnosen einer psychischen Störung



Internationale Leitlinien empfehlen Psychotherapie

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist durch zahlreiche Metaanalysen und Einzelstudien wissenschaftlich belegt. Internationale Behandlungsleitlinien empfehlen deshalb Psychotherapie für die Behandlung fast aller psychischen Erkrankungen. Die renommierten britischen NICE-Guidelines geben Psychotherapie in vielen Fällen den Vorzug vor anderen Behandlungsmethoden, z. B. der Pharmakotherapie (<http://guidance.nice.org.uk>).

Tabelle 1: Empfehlungen aus NICE-Leitlinien zur Therapie psychischer Erkrankungen (Stand: 2012)

	Psychotherapie	Pharmakotherapie
Generalisierte Angsterkrankung	++	++
Panikstörung/Agoraphobie	++	+
Zwangsstörungen	++	++
Posttraumatische Belastungsstörung	++	x
unipolare Depression, mittelgradig (Erwachsene)	++	++
unipolare Depression, schwer (Erwachsene)	++: Kombination Psycho-/Pharmakotherapie	
unipolare Depression (Kinder und Jugendliche)	++	-
Bipolare Störungen (Erwachsene)	+ (ergänzend/bei Ablehnung von Pharmakotherapie)	++
Bipolare Störungen (Kinder und Jugendliche)	++: Kombination Psycho-/Pharmakotherapie	
Schizophrenie	++	++
Anorexie	++	0
Bulimie	++	+
Borderline-Persönlichkeitsstörung	++	- (nur zur Behandlung komorbider Störungen)
Alkohol: schädlicher Gebrauch, leichte Abhängigkeitsformen	++	x
Alkohol: schwere Abhängigkeitsformen	++: Kombination Psycho-/Pharmakotherapie	

- ++ Empfehlung erster Wahl
- + Empfehlung
- x Option, wenn explizit gewünscht
- 0 kann erwogen werden; nicht als alleinige Therapie
- keine Empfehlung

Psychische Krankheiten sind weiterhin stigmatisiert

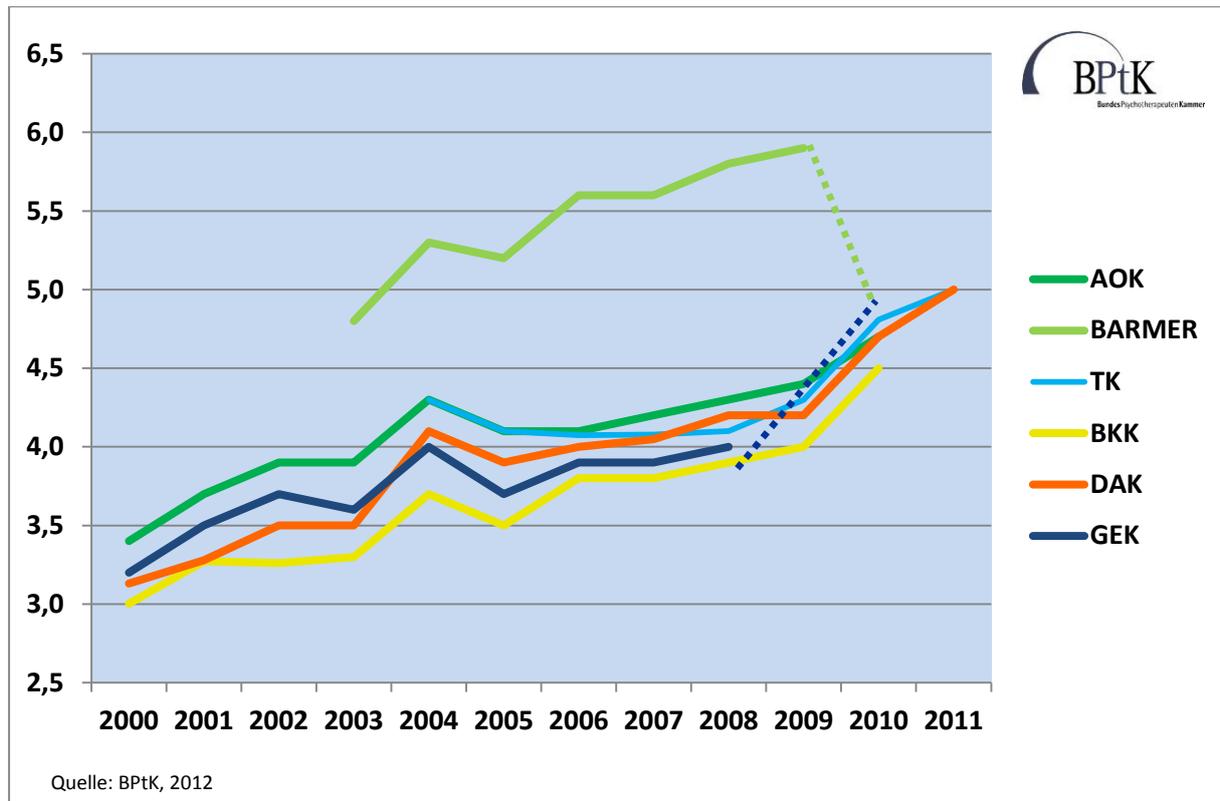
Wer heute im Alter zwischen 20 und 40 Jahren psychisch erkrankt, spricht eher über sein Leiden als die Menschen dieser Altersgruppe es noch vor einigen Jahren taten. Jüngere Erwachsene suchen eher Hilfe beim Hausarzt oder Psychotherapeuten. Psychische Erkrankungen, die früher als körperliche Erkrankungen oder gar nicht behandelt wurden, werden heute häufiger richtig diagnostiziert und therapiert.

Psychotherapie wird als wirksame Behandlung von psychischen Krankheiten immer stärker angenommen und auch eingefordert. Aber psychisch kranke Menschen werden weiterhin ausgegrenzt. Die Akzeptanz von depressiv kranken Menschen verharrt seit Jahrzehnten unverändert auf sehr niedrigem Niveau. Schizophren erkrankte Menschen werden im Vergleich zu früheren Jahrzehnten eher noch stärker als „gefährlich“ stigmatisiert. Psychisch kranke Menschen empfinden viele immer noch als fremd und bedrohlich. Psychische Krankheiten sind weit davon entfernt, als Erkrankungen gesehen zu werden, die jeden treffen können und die in fast jeder Familie vorkommen.

Psychische Krankheiten verursachen vermehrt Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

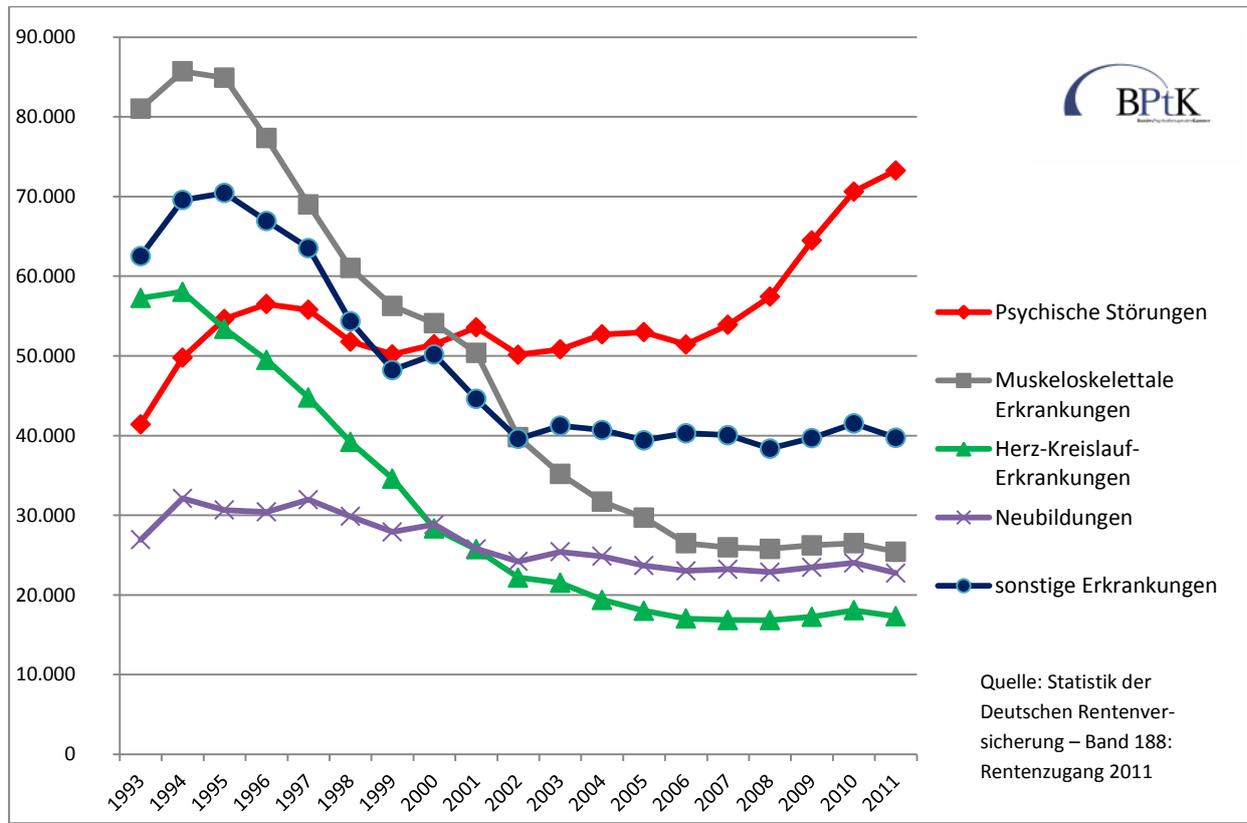
Psychische Erkrankungen führen häufig dazu, dass Menschen nicht mehr arbeitsfähig sind. Der Anteil der betrieblichen Fehltage aufgrund seelischer Leiden steigt seit Beginn der Statistiken in den 1970er Jahren kontinuierlich an. Aktuell gehen 12,5 Prozent aller Krankschreibungen auf psychische Erkrankungen zurück. Ihr Anteil an allen Krankschreibungen hat sich seit dem Jahr 2000 etwa verdoppelt (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit: Anteil der AU-Tage



Psychische Erkrankungen führen immer häufiger zu Erwerbsunfähigkeit. Der Anteil frühzeitiger Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 41 Prozent im Jahr 2011 mehr als verdoppelt. In absoluten Zahlen gab es einen Anstieg von 41.409 Neuberentungen im Jahr 1993 auf 73.273 im Jahr 2011 – das bedeutet einen Anstieg von mehr als 75 Prozent. Dadurch entstehen allein für Erwerbsminderungsrenten Kosten in Höhe von mehr als vier Milliarden Euro pro Jahr. Wenn das durchschnittliche Berentungsalter bei psychischen Erkrankungen mitberücksichtigt wird, das mit 48 Jahren um mehr als drei Jahre niedriger liegt als bei anderen Erkrankungsarten, sind die tatsächlichen volkswirtschaftlichen Folgekosten noch höher.

Abbildung 4: Neuberentung wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Krankheitsgruppen von 1993 bis 2011 – in absoluten Zahlen



Psychische Erkrankungen bedingen Produktionsausfälle von 26 Milliarden Euro jährlich

Aufgrund psychischer Erkrankungen entstehen der Wirtschaft erhebliche Kosten, insbesondere durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung (Abbildung 4). Die Bundesregierung schätzt, dass im Jahr 2008 ein Produktionsausfall von 26 Milliarden Euro, ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von 45 Milliarden Euro und 18 Prozent aller verlorenen Erwerbsjahre auf psychische Erkrankungen zurückgingen.

Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Psychische Krankheiten sind Volkskrankheiten. Es ist an der Zeit, dass das Gesundheitssystem diese Herausforderung annimmt und Strategien entwickelt, psychische Gesundheit konsequent zu fördern und psychisch kranke Menschen angemessen zu versorgen.

Für die Zukunft der Psychotherapie:

Für die Versorgung psychisch kranker Menschen auf dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft ist es von entscheidender Bedeutung, dass Psychotherapeuten während ihrer Ausbildung Kompetenzen erwerben, die es ihnen ermöglichen, ihre Patienten angemessen zu versorgen, in einer Vielfalt von Tätigkeitsbereichen, die von der niedergelassenen Praxis, dem Krankenhaus, der Rehabilitation, der Jugendhilfe bis hin zum Strafvollzug reichen. Mit der Einführung der Studienabschlüsse Bachelor und Master sind die Zugangsqualifikationen zur Psychotherapeutenausbildung jedoch nicht mehr eindeutig geregelt. Die Gefahr einer Dequalifizierung besteht, da teilweise auch Studenten mit Bachelorabschluss zur Ausbildung zum Psychotherapeuten zugelassen werden. Außerdem erhalten angehende Psychotherapeuten, die während ihrer Ausbildung im Krankenhaus arbeiten, keine oder nur eine unzureichende Vergütung. Seit zwei Legislaturperioden diskutiert die Gesundheitspolitik Notwendigkeit und Inhalt einer Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die Psychotherapeutenschaft appelliert mit Nachdruck an die Gesundheitspolitik, diese Reform nun anzugehen.

Für Patienten:

Was erwarten Menschen vom Gesundheitssystem? Unterstützung, um gesund zu bleiben und bei einer Erkrankung:

- schnelle und unkomplizierte Hilfe,
- eine Behandlung auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse unabhängig von Lebensalter, sozialem Status, Geschlecht und Herkunft,
- eine abgestimmte Versorgung bei komplexem Behandlungsbedarf
- und einen diskriminierungsfreien Zugang zu einer Krankenversicherung, die verlässlich die notwendigen Leistungen abdeckt.

Um diese Ziele auch für psychisch kranke Menschen zu realisieren, schlägt die BPtK für die nächste Legislaturperiode folgende Reformen vor:

- **Prävention stärken**

Prävention ist derzeit die schwächste Säule des deutschen Gesundheitssystems. In einer Gesellschaft, die durch höhere psychosoziale Belastungen und ein multimorbides Krankheitsspektrum gekennzeichnet ist, ist es sowohl sozialpolitisch als auch ökonomisch notwendig, Krankheiten besser vorzubeugen. Prävention und ihre Finanzierung sind damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Zentrale Inhalte eines Präventionsgesetzes sollten sein:

- ein Präventionsfonds auf Landesebene, der durch alle Sozialversicherungen sowie durch Länder und Kommunen in vergleichbarem Umfang finanziert wird,
- Präventionsprogramme, die in die Strukturen der Lebenswelten (Kita, Schule, Betriebe usw.) integriert sind und dort gesundheitsfördernde Kompetenzen vermitteln,
- Konzentration auf ausgewählte Gesundheitsziele und qualitätsgesicherte Maßnahmen, die sich aus einem angemessenen Mix von Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammensetzen und dabei Genderaspekte berücksichtigen
- und Anpassungen in §§ 20 ff. und 73 Absatz 2 SGB V, damit psychotherapeutische Kompetenzen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung als Präventionsleistungen nutzbar werden.

- **Bedarfsplanung weiterentwickeln**

Psychisch kranke Menschen warten mehr als drei Monate auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten und sechs Monate auf einen freien Behandlungsplatz. Eine retrospektive Bedarfsplanung kann dem wachsenden Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen nicht gerecht werden. Dennoch rechnet die Bedarfsplanungs-Richtlinie vom Dezember 2012 im Wesentlichen mit Daten aus dem Jahr 1999. Die Folge ist, dass trotz monatelanger Wartezeiten in Deutschland angeblich circa 6.000 Psychotherapeuten zu viel zugelassen sind. Der Gesetzgeber sollte die gemeinsame Selbstverwaltung mit der nächsten Gesundheitsreform beauftragen, eine sektorenübergreifende und prospektive Bedarfsplanung anhand epidemiologischer Daten und Versorgungsziele zu entwickeln.

- **Ambulante Versorgungsstrukturen verbessern**

In der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen fehlen psychotherapeutische Akutsprechstunden, z. B. für Kriseninterventionen, aber auch für Indikationsstellung und Weitervermittlung in Einzel- und Gruppenpsychotherapie oder multiprofessionelle Versorgungsangebote. Die gemeinsame Selbstverwaltung sollte deshalb verpflichtet werden:

- Akutsprechstunden im Versorgungsangebot verlässlich zu verankern und angemessen zu vergüten,
- die gruppenpsychotherapeutische Versorgung breiter auszubauen,
- das Antrags- und Gutachterverfahren zu entbürokratisieren und die Psychotherapie-Richtlinie so zu flexibilisieren, dass den Belangen unterschiedlicher Patientengruppen besser Rechnung getragen werden kann
- und Psychotherapeuten bei der regionalen Vernetzung zu unterstützen, damit Patienten einen schnelleren und bedarfsgerechten Zugang zur Versorgung erhalten.

Der Gesetzgeber sollte es darüber hinaus ermöglichen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu etablieren, die sich speziell auf die Versorgung psychisch kranker Menschen konzentrieren. Voraussetzung dafür ist, dass in § 95 SGB V die Anforderungen an die fachübergreifende Zusammensetzung genauso korrigiert werden wie die Vorgaben zur Gründer-, Träger- und Leitungsstruktur der MVZ.

- **Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf aufbauen**

Für manche Patienten nimmt ihre psychische Erkrankung einen so schweren Verlauf, dass ein komplexer Behandlungsbedarf entsteht. Dies kann z. B. für Patienten mit psychotischen Erkrankungen, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder schweren Depressionen und Suchterkrankungen der Fall sein. Für diese Patientengruppen wechseln sich Phasen stationärer und ambulanter Versorgung häufig ab. Sie brauchen Behandlungskontinuität über die Sektorengrenzen hinweg (vertikale Integration) genauso wie eine Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen je nach Krankheitsbild, z. B. Ärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapeuten sowie Sozialarbeiter (horizontale Integration). Seit der Psychiatrie-Enquete vor mehr als 30 Jahren versucht das deutsche Gesundheitssystem, für diese Patienten eine integrierte und ambulant orientierte Versorgung aufzubauen. Dies ist bis heute weder flächendeckend noch ausreichend leitlinienorientiert oder transparent gelungen.

Der Gesetzgeber sollte diese Unter- und Fehlversorgung beenden, indem er z. B. mit einem neuen § 116c SGB V „Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf“ die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, solche Versorgungsangebote aufzubauen bzw. die notwendigen Rahmenbedingungen für entsprechende Versorgungsstrukturen zu schaffen:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte beauftragt werden, Mindeststandards der Versorgung hinsichtlich Patientengruppen, Leitlinienorientierung und Behandlungsumfang, sächlichen und personellen Anforderungen, die vertragliche Absicherung von Kooperationen sowie Mindeststandards für Qualitätsmessung und -darlegung zu definieren.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband sollten den Auftrag erhalten, eine pauschalierende Vergütung dieser Leistungen zu entwickeln und zu vereinbaren.
- Versorgungsnetze dürfen an der Versorgung teilnehmen, wenn sie die Mindeststandards des G-BA erfüllen. Wie bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gilt der Grundsatz „Wer kann, der darf“.

Für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf entsteht so mittelfristig ein leitlinienorientiertes und qualitätsgesichertes flächendeckendes Versorgungsangebot. Patienten müssten nicht mehr – wie derzeit in den Selektivverträgen – befürchten, dass Psychotherapie ausgeklammert wird und sie auf die Regelversorgung verwiesen werden, die aufgrund der Wartezeiten und der engen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie ihrem Versorgungsbedarf nicht gerecht wird. Die spezifischen Kompetenzen des ambulanten und stationären Bereichs könnten besser gebündelt werden. Durch die Vorgaben des G-BA würde außerdem sichergestellt, dass über Verträge die Kooperation mit dem Rehabilitationsbereich und der Gemeindepsychiatrie verlässlich gestaltet wird. Durch Mindeststandards zur Qualitätsmessung und vor allem -darlegung erhalten Patienten zudem die notwendigen Informationen, um gute Versorgung erkennen zu können. Die Vorgaben des G-BA sichern, dass die Leistungserbringer die Voraussetzung für eine leitlinienorientierte Versorgung mitbringen. Gleichzeitig lässt dieser Rahmen den unterschiedlichen Leistungserbringern, sei es im ambulanten oder stationären Bereich, ausreichend Spielraum, regional angepasste Lösungen zu finden, die sowohl aus dem stationären wie aus dem ambulanten Bereich heraus entwickelt werden können. Innovation bleibt also weiter möglich und Innovation wird angemessen gewürdigt, indem der Zugang zur Versorgung,

sofern die vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllt sind, nicht mehr an den Abschluss von Verträgen oder die Vorgaben der Bedarfsplanung geknüpft ist. Der dringend notwendige Ausbau der Versorgungsstrukturen ist möglich und wird fokussiert auf den Behandlungsbedarf einer definierten derzeit unter- bzw. fehlversorgten Patientengruppe.

- **Qualität in der stationären Versorgung transparent machen**

Der Gesetzgeber sollte in § 137 Absatz 3 SGB V den G-BA beauftragen, in den Qualitätsberichten Angaben zur diagnosebezogenen Prozessqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern verbindlich vorzuschreiben. In bestimmten Krankheitsphasen brauchen psychisch kranke Patienten eine intensive stationäre Versorgung. Bisher bietet das deutsche Gesundheitssystem psychisch kranken Menschen zu wenig verlässliche Informationen über stationäre Behandlungsangebote. Zum Mindeststandard eines transparenten Behandlungsangebots gehören Angaben zur personellen Ausstattung – wie sie bereits für die nächsten Qualitätsberichte vorgesehen sind – und zu den Behandlungsleistungen in Psychiatrie und Psychosomatik. Ein Patient und seine Angehörigen könnten mit diagnosebezogenen Angaben zum Leistungsspektrum das Versorgungsangebot eines Krankenhauses besser beurteilen. Sie bekämen Anhaltspunkte insbesondere dafür, ob eine Klinik bei verschiedenen Diagnosen oder Diagnosegruppen eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung anbietet.

Eine Analyse des Abschlussberichts zum pauschalierenden Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013 des InEK gibt erste Hinweise darauf, inwieweit psychiatrische Kliniken eine leitlinienorientierte psychotherapeutische Versorgung z. B. bei unipolaren Depressionen realisieren.

Abbildung 5: Anteil Hauptdiagnosen (Prozent) in der Entgeltgruppe „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen“ des PEPP 2013

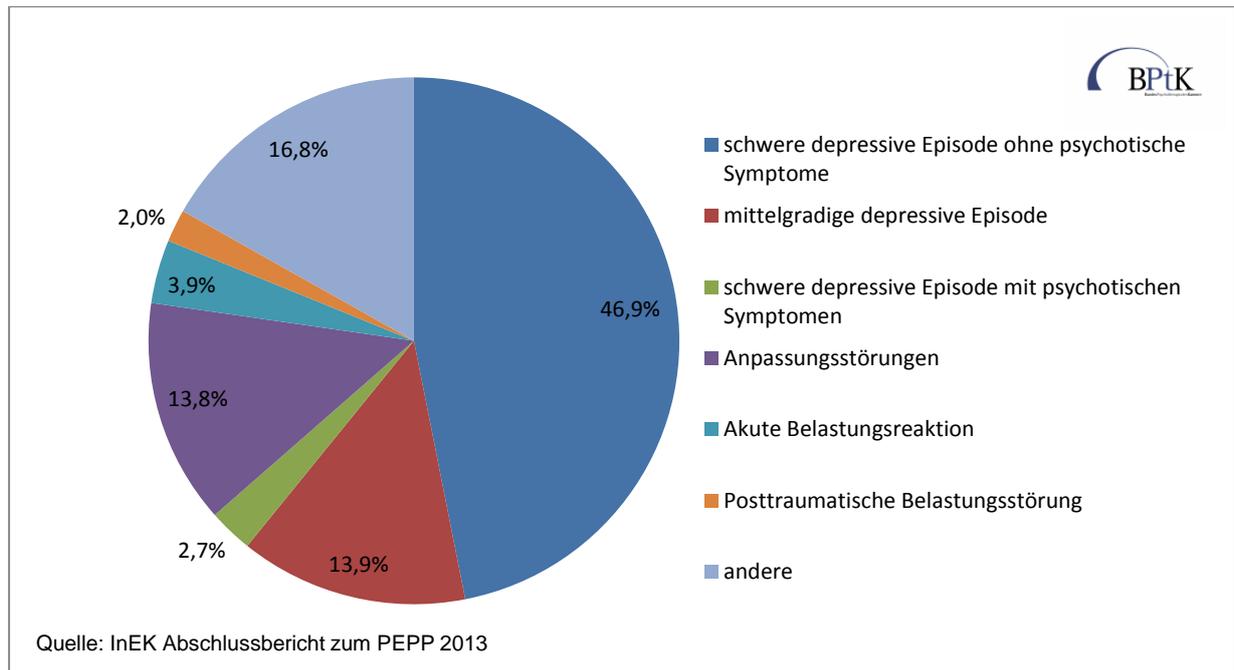
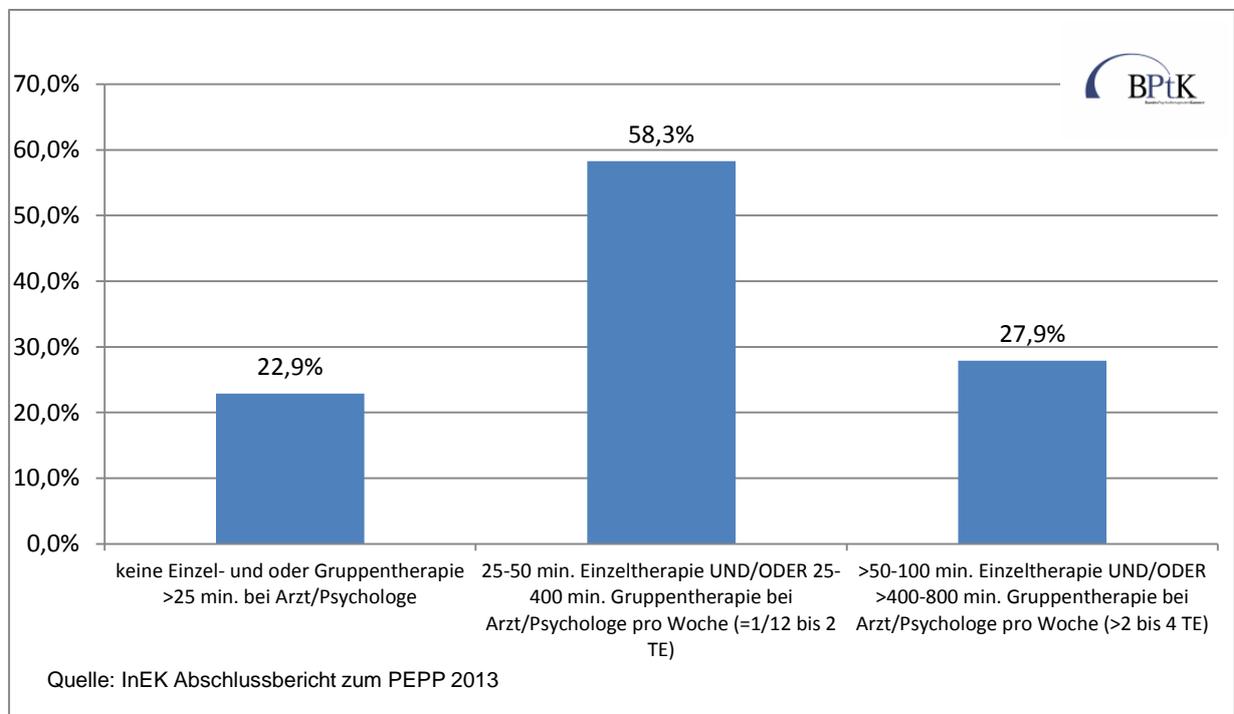


Abbildung 6: Anteil der Behandlungen (Prozent) in der Entgeltgruppe „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen“



Knapp 75 Prozent der Patienten in der Entgeltgruppe „affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen“ hatten die Diagnose einer unipolaren Depression (60,5 Prozent) oder einer Anpassungsstörung (13,9 Prozent) (siehe Abbildung 5). Bei beiden Diagnosen ist nach Leitlinien eine psychotherapeutische Behandlung indiziert. Dies würde nach dem psychotherapeutischen Komplexcode des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) etwa 3 Therapieeinheiten (TE), d. h. einem wöchentlichen psychotherapeutischen Einzelgespräch von 50 Minuten und zwei wöchentlichen Gruppenpsychotherapien von 90 Minuten entsprechen. Aber nur weniger als ein Drittel der Patienten erhält tatsächlich psychotherapeutische Leistungen in diesem Umfang (siehe Abbildung 6).

Der Gesetzgeber sollte deshalb den G-BA in § 137 Absatz 3 SGB V beauftragen, in den Qualitätsberichten Angaben zur diagnosebezogenen Prozessqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern zu machen. Patienten bzw. Angehörige, Einweisende und Patientenberatungsstellen hätten damit Anhaltspunkte, um das Angebot psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken zu beurteilen. Dies würde gleichzeitig auch eine inhaltliche Weiterentwicklung des OPS beschleunigen, in dem psychotherapeutische Leistungen bislang inhaltlich nur ungenügend beschrieben sind.

Der G-BA ist in § 137 Absatz 1d SGB V bereits jetzt beauftragt, Strukturempfehlungen zur personellen Ausstattung der Krankenhäuser zu entwickeln. Die Vorgaben des G-BA zu Mindeststandards in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen sollten aber nicht nur den Status einer Empfehlung haben, sondern eine verbindliche Richtlinie sein.

- **Selbstbestimmungsrecht in schweren Krankheitsphasen schützen**

Das Selbstbestimmungsrecht von psychisch kranken Menschen endet nicht an der Grenze zur Einwilligungsfähigkeit. Um diesem Grundsatz Rechnung zu tragen, sollte der Gesetzgeber die psychiatrischen Krankenhäuser verpflichten, ihren Patienten das Angebot einer Behandlungsvereinbarung zu unterbreiten. Mit einer solchen Behandlungsvereinbarung könnten Patienten, bei denen wiederkehrende Krankheitszustände möglich sind, die es ihnen nicht erlauben, ihr Selbstbestimmungsrecht auszuüben, mit ihrem behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten die für diesen Fall von ihnen gewünschte Behandlung vereinbaren. Das Krankenhaus wäre an eine solche Vereinbarung gebunden und der Patient könnte darauf vertrauen, dass er auch im Falle seiner punktuellen Nicht-

einsichtsfähigkeit so behandelt wird, wie er es im Vorhinein bestimmt hat. Anders als bei der Patientenverfügung erhält der Patient durch die Behandlungsvereinbarung einen konkreten vertraglichen Anspruch auf die dort festgelegte Behandlung.

- **Ausreichenden Versicherungsschutz bei psychischen Erkrankungen sichern**

Menschen, die sich für eine private Krankenversicherung entscheiden, müssen damit rechnen, dass sie im Falle einer psychischen Erkrankung nur unzureichend versichert sind. In 80 Prozent der Tarifsysteme der privaten Krankenversicherung liegt das Leistungsangebot für psychisch kranke Menschen unterhalb desjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Besonders preisgünstige Einsteigertarife schließen Psychotherapie sogar grundsätzlich aus. Damit haben Patienten, die sich in einer privaten Krankenversicherung finanziell gegen das Risiko einer psychischen Erkrankung absichern wollen, nur einen höchst unzureichenden Schutz, der es ihnen ggf. unmöglich macht, eine evidenzbasierte Versorgung in Anspruch zu nehmen. Die BPtK fordert Mindeststandards für Krankenversicherungen, die sicherstellen, dass bei psychischen Erkrankungen eine leitlinienorientierte evidenzbasierte Behandlung finanziell abgesichert ist und unter Datenschutzgesichtspunkten Rahmenbedingungen geboten werden, die das personelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten wahren.

Für Psychotherapeuten:

Psychotherapeuten arbeiten als Angehörige eines freien Berufs sowohl als Niedergelassene als auch als Angestellte. Sie brauchen angemessene Rahmenbedingungen für ihre Arbeit, um:

- eigenverantwortlich,
- fachlich unabhängig,
- in Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen,
- mit hoher und durch die Profession selbst gesicherter Qualität,
- in einem geschützten Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten tätig zu sein und
- Beruf und Familie verbinden zu können.

Zu adäquaten Rahmenbedingungen gehört vor allem auch eine angemessene Vergütung für Psychotherapeuten, wo immer sie arbeiten – in eigener Praxis, als Angestellte in

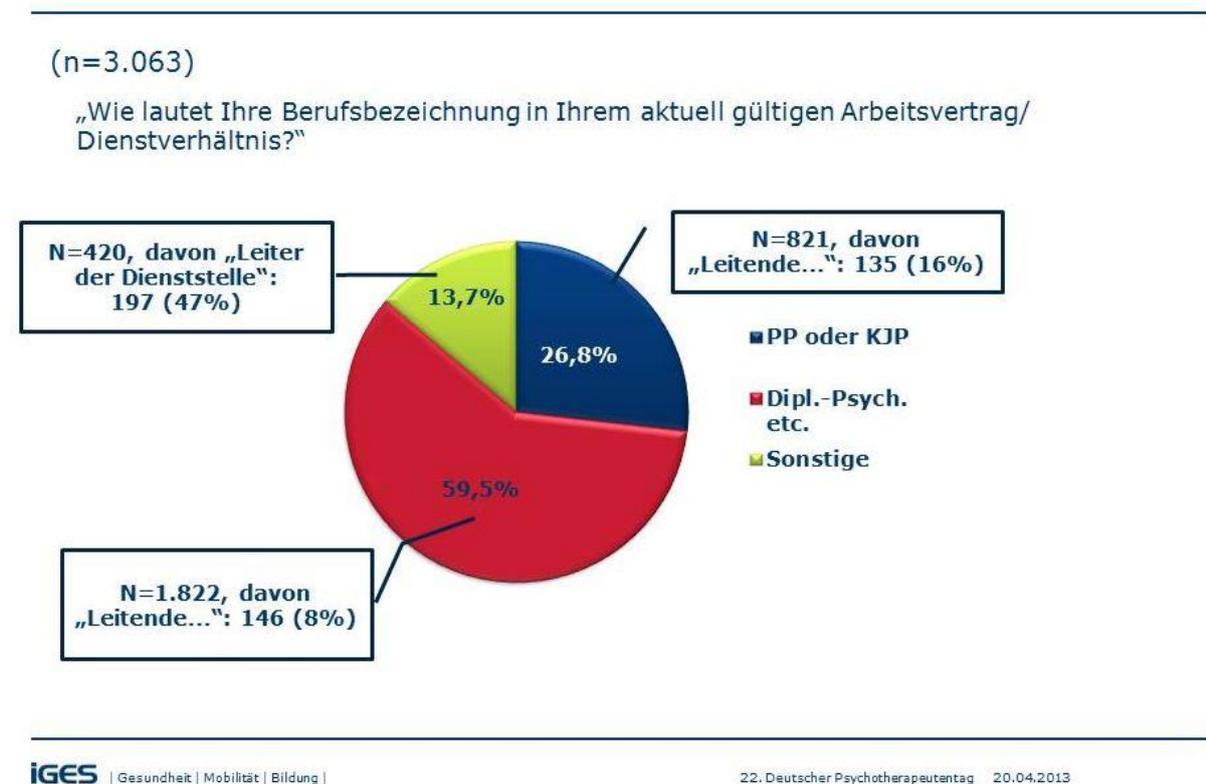
einer Praxis, in MVZ, in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder anderen Institutionen.

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt ist im vierten Quartal 2011 laut Kassennärztl. Bundesvereinigung gegenüber dem vierten Quartal 2010 um 3,6 Prozent gestiegen, der durchschnittliche Honorarumsatz je Psychotherapeut nur um 0,5 Prozent. Dabei verdienen Vertragspsychotherapeuten ohnehin schon deutlich weniger als Vertragsärzte. Der Gesetzgeber sollte in § 87 SGB V vorgeben, dass Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht schlechter verdienen als die Ärzte der somatischen Medizin.

Für angestellte Psychotherapeuten ist die Lage genauso unbefriedigend. Das Einstiegsgehalt eines Facharztes beträgt nach dem Tarifvertrag der Tarifgemeinschaft deutscher Länder mit dem Marburger Bund im Monat 5.332,01 Euro. Das Gehalt der Psychotherapeuten richtet sich nach dem Tarifvertrag Öffentlicher Dienst der Länder und liegt in der Entgeltgruppe 13 Erfahrungsstufe 2 bei 3.536,99 Euro und selbst in der Entgeltgruppe 15 Erfahrungsstufe 2 nur bei 4.232,36 Euro.

Fast 60 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden in ihrem aktuell gültigen Arbeitsvertrag bzw. Dienstverhältnis nicht unter ihrer Berufsbezeichnung Psychotherapeut geführt. Nur 26,8 Prozent werden als Psychologische Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) benannt.

Damit steht vermutlich in engem Zusammenhang, dass die Approbation bei fast 75 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Anstellungsverhältnis keinen Einfluss auf die Höhe ihrer Vergütung hat. Für nur knapp 25 Prozent schlägt sich die Tatsache der Approbation als PP oder KJP positiv auf die Vergütungshöhe nieder.

Abbildung 7: Berufsbezeichnung von Psychotherapeuten im Arbeitsvertrag


Weiterhin fordert die BPTK:

- die Befugniseinschränkungen in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V aufzuheben und es Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ermöglichen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, ins Krankenhaus einzuweisen, Rehabilitationsbehandlungen zu verordnen, an andere Fachärzte zu überweisen und Heilmittel zu verordnen,
- gesetzliche Vorgaben in § 101 Absatz 1 SGB V für flexible Rahmenbedingungen der niedergelassenen Tätigkeit durch entsprechende Vorgaben zum Jobsharing und zur Anstellung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu machen,
- eine Regelung zur psychotherapeutischen Leitung von MVZ (§ 95 Absatz 1 SGB V) und Krankenhäusern (§ 107 Absatz 1 SGB V) bzw. Krankenhausabteilungen (§ 118 Absatz 2 SGB V) zu treffen,
- den Einbezug der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den absoluten Schutz nach § 160a Absatz 1 Strafprozessordnung vor Ermittlungsmaßnahmen (wie Telekommunikationsüberwachung) zu sichern

- und die Beteiligung der BPTK an den Beratungen des G-BA auszubauen sowie die Aufnahme der Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene in die Trägerorganisation zu prüfen.