
Politik für psychisch kranke Menschen 2017 bis 2021

Anregungen für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

Reform der Psychotherapeutenausbildung.....	3
• Approbationsstudium auf Masterniveau	3
• Nachhaltige Finanzierung der Weiterbildung.....	3
Prävention und Gesundheitsförderung.....	4
• Gesellschaftliche Aufgabe.....	4
• Folgekosten psychischer Erkrankungen	4
• Prävention und Psychotherapie	4
• Kinder psychisch kranker Eltern	5
• Suizidprävention	5
• Reduzierung des Alkoholkonsums	5
• Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz.....	6
Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen.....	6
1. Bedarfsplanung grundlegend reformieren.....	7
2. Ausbau und Verstetigung der Innovationsförderung.....	10
3. Qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung	12
4. Angemessene Verankerung psychotherapeutischer Kompetenzen	13
5. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.....	14
6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses ..	16
7. Rehabilitation.....	16
Anforderungsprofil an eine Krankenvollversicherung	17
Inklusion – Reform des SGB VIII	18
Stärkung der beruflichen Selbstverwaltung	19
1. Selbstverwaltung durch Kammern und Stärkung der Freiberuflichkeit.....	19
2. Interessenvertretung der Vertragspsychotherapeuten	20

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Ein zentrales Anliegen der Psychotherapeutenschaft 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 Psychotherapeuten künftig wissenschaftlich und praktisch ausgebildet werden. Beide Aspekte sind unentbehrlich, um Psychotherapeuten in die Lage zu versetzen, 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 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 Psychotherapeuten in der Weiterbildung wiederfinden. Zu den Tätigkeitsfeldern zählt auch der komplementäre Bereich. Die Psychotherapeutenschaft 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 Psychotherapeuten künftig ausreichend für eine verfahrensspezifische ambulante Versorgung im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie qualifizieren zu können. Und auch im komplementären Weiterbildungsbereich sind Organisations- und Finanzierungsstrukturen zu schaffen.

Prävention und Gesundheitsförderung

- **Gesellschaftliche Aufgabe**

Soziale Faktoren beeinflussen die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Menschen ohne Schulabschluss sind häufiger psychisch krank als Menschen mit Abitur. Arbeitslose leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen als Menschen, die berufstätig sind. Gleichzeitig können auch Belastungen unserer Arbeitswelt selbst – allen voran Arbeitsplatzunsicherheit, prekäre Arbeitsverhältnisse, fehlende Selbstbestimmung und Anerkennung sowie die zunehmenden psychischen Belastungsfaktoren wie Entgrenzung der Arbeitszeit und ständige Erreichbarkeit – Ursachen für den steigenden Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung sein. Für Kinder sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen geprägt durch das familiäre und soziale Umfeld. Auch hier wird deutlich, dass die Förderung und der Erhalt psychischer Gesundheit gesellschaftliche Aufgaben sind.

- **Folgekosten psychischer Erkrankungen**

Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für etwa 10.000 Selbsttötungen pro Jahr in Deutschland. Sie fordern damit mehr Todesopfer als Straßenverkehrsunfälle. Psychische Erkrankungen sind außerdem 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 Krankenschreibungen 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 Patienten und Angehörige. Sie stellen zugleich die Gesellschaft und insbesondere die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen.

- **Prävention und Psychotherapie**

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 Psychotherapeuten gehört. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung könnten so Patienten angemessener unterstützt und beraten werden, die zwar noch nicht erkrankt sind, aber einen Weg finden müssen, mit ihrer gesundheitlichen Gefährdung anders umzugehen. Eine solche Klarstellung sollte auch dazu führen, dass in Disease-Management-Programmen – anders als heute – psychotherapeutischer Sachverstand angemessen einbezogen wird.

- **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 den einzelnen Patienten oder das System Familie und sind oft nicht untereinander abgestimmt. Der Unterstützungs- und Behandlungsbedarf von Kindern psychisch kranker Eltern sollte künftig systematisch abgeklärt werden. Sie 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**

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 die Sucht nicht selten zu Arbeits- bzw. Schulunfähigkeit, zu körperlichen Folgeerkrankungen, zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zu vorzeitigem Tod. Alkohol verursacht damit großes menschliches Leid und erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Dennoch bleiben die Initiativen zur Prävention von riskantem

Alkoholkonsum in Deutschland halbherzig. 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 als Experten für psychische Gesundheit 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 Psychotherapeuten mit Betriebsärzten und Kranken- und Rentenversicherung könnte auch die Wiedereingliederung psychisch kranker 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.

Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen

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 auch in der 19. Legislaturperiode.

1. Bedarfsplanung grundlegend reformieren

Die Akzeptanz eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems hängt davon ab, dass gesetzlich Krankenversicherte darauf vertrauen können, im Krankheitsfall kurzfristig Beratung und Hilfe von Ärzten und Psychotherapeuten zu erhalten. Im ambulanten Bereich ist dies insbesondere für psychisch kranke Menschen nicht angemessen gesichert. Die Bedarfsplanung für psychotherapeutische Praxen ist überholt und muss dringend reformiert werden.

Zentraler Schritt, um psychisch kranken Menschen einen Zugang zu einer leitlinienorientierten Versorgung zu garantieren, ist der Ausbau der ambulanten Versorgung. Obwohl vielerorts monatelange Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten bestehen, soll nach der aktuellen gesetzlichen Regelung die Zahl der psychotherapeutischen Sitze bundesweit um insgesamt 4.500 verringert werden. Psychisch kranke Menschen müssten dann noch länger auf eine psychotherapeutische Behandlung warten.

• Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigen

Wesentliches Element einer Reform der Bedarfsplanung muss es sein, bei der Anzahl psychotherapeutischer Praxen zukünftig über einen Bedarfsindex die Sozial- und Morbiditätsstruktur angemessen zu berücksichtigen. Dieser Bedarfsindex¹ sollte anhand von bevölkerungsrepräsentativen Daten zur regionalen Häufigkeit psychischer Erkrankungen feststellen, 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 nimmt mit dem Alter ab.
- 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.

¹ Vorschlag für einen Bedarfsindex siehe IGES/Jacobi-Gutachten, 2016, abrufbar unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-spezial.html>.

- **Patientenpräferenzen für Mitversorgungseffekte erheben**

Für die Planung des regionalen Versorgungsangebots muss der Bedarfsindex um einen Mitversorgungsindex ergänzt werden, der berücksichtigt, wo psychisch kranke Patienten behandelt werden wollen. Manche Patienten möchten einen Psychotherapeuten an ihrem Wohnort konsultieren, andere in der Nähe ihres Arbeitsplatzes. Über solche Patientenpräferenzen und damit Mitversorgereffekte ist jedoch viel zu wenig bekannt. Sie sind empirisch zu erheben und 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 Psychotherapeuten gemacht werden. Es sind hingegen keine Aussagen darüber möglich, wie viele Psychotherapeuten insgesamt notwendig sind, um psychisch kranke Menschen angemessen und zeitnah versorgen zu können. Eine bedarfsgerechte Gesamtzahl lässt sich aus den zur Verfügung stehenden Daten zur Morbidität psychischer Erkrankungen und ihrer regionalen Verteilung nicht ableiten. Aus den Daten zur psychischen Morbidität lässt sich nicht darauf schließen, wie viele ambulante oder stationäre Beratungs- und Behandlungsangebote insgesamt notwendig sind. Deshalb ist es auch zukünftig unvermeidbar, die bundesweite Gesamtzahl der notwendigen psychotherapeutischen Praxissitze politisch festzulegen. Bei der Vereinbarung einer durchschnittlichen Versorgungsdichte, die dann regional anhand des Bedarfsindex und der Mitversorgungseffekte korrigiert wird, ist 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**

- **Regionale Versorgungsengpässe korrigieren**

Ab April 2017 können sich 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 vermitteln kann, muss sie auf ambulante Behandlungsangebote von Krankenhäusern verweisen, die dann ihre Leistungen auf EBM-Basis erbringen. Es ist absehbar, dass aufgrund der zu geringen Anzahl von Psychotherapeuten mit Kassensitz vielen Patienten ein Termin in einer psychotherapeutischen Praxis vielerorts nicht vermittelt werden kann. Gleichzeitig ist es fraglich, ob Krankenhäuser über ausreichende Kapazitäten verfügen bzw. solche Kapazität 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 Psychotherapeuten zu vermitteln und in welchem Umfang Krankenhäuser in diesem Bereich für die mangelnde ambulante Versorgung einspringen werden. Zum anderen muss erhoben werden, inwieweit Patienten nach Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie im Rahmen der Sprechstunde auf ihre Versorgung 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 Patienten ein Versorgungsengpass im ambulanten Bereich war oder ob es sich um 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 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 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 eine sektorenübergreifende Sicht auf die Versorgung psychisch kranker Menschen erhalten. Dokumentationspflichten sowie Aufbereitung und Übermittlung der Daten müssten gesetzlich vorgegeben werden.

- **Gesamtkonzept für Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung erforderlich**

Mit dem Konzept des systematischen Einbezugs von Morbiditäts- und Sozialstruktur wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Menschen aktuell häufig wochen- und monatelang auf einen Psychotherapieplatz warten. Damit können regionale Unterschiede in der Morbiditätsstruktur, Mitversorgungseffekte und Indikatoren für regionale Versorgungsengpässe in der Bedarfsplanung besser abgebildet 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 Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, nachhaltig zu sichern.

2. **Ausbau und Verstetigung der Innovationsförderung**

Mit der Einrichtung des Innovationsfonds hat die Gesundheitspolitik versucht, nachhaltige Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgung zu setzen. Anders als Selektivverträge, welche vor allem wettbewerbliche Ziele der Krankenkassen adressieren, bietet der Innovationsfonds Anreize für Krankenkassen, sich für alle, also auch für besonders vulnerable Patientengruppen, zu engagieren. Vor diesem Hintergrund schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, den Innovationsfonds zu verstetigen und ihn zukünftig explizit noch stärker als bisher für die Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Menschen zu nutzen.

Der Förderumfang des speziell für psychisch kranke Menschen bestehenden Innovationsbedarfs sollte für mindestens drei Jahre jeweils 50 Millionen Euro betragen. Die Höhe der Förderung ermöglicht Vorhaben für Menschen mit komplexem Leistungsbedarf und zur Sicherung der Qualität von Internetprogrammen.

- **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. Insgesamt wurden nur wenige Selektivverträge zur Versorgung psychisch kranker Menschen abgeschlossen. Eine Überführung dieser wenigen Verträge in die Regelversorgung fand trotz positiver Ergebnisse und der Entwicklung sinnvoller Strukturen in der Regel nicht statt. Im ambulanten Bereich mangelt es regelhaft an komplexen Versorgungsangeboten, bei denen die verschiedenen Leistungserbringer, also Fachärzte, Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten und psychiatrische Krankenpflege, 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. Aus diesem Grund schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, die sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf über den Innovationsfonds speziell zu fördern.

- **Sicherung der Qualität von Internetprogrammen**

Voraussetzung für die Nutzung von Internetprogrammen ist der Nachweis ihrer Wirksamkeit und die Etablierung sicherer Kommunikationskanäle. Außerdem sollte durch eine Weiterentwicklung des Medizinproduktegesetzes gewährleistet sein, dass es eine klare und fachlich verortete Verantwortlichkeit der Anbieter entsprechender Produkte gibt. Für die Integration von Internetprogrammen in die psychotherapeutische Versorgung ist ein ausreichender Patientenschutz zu gewährleisten. Hierzu sind Kriterien zu entwickeln, wie für Patienten gerade in Krisensituationen Risiken minimiert werden und wann und für welche Patienten Internetprogramme kontraindiziert sind.

Unter diesen Voraussetzungen können Internetprogramme die psychotherapeutische Versorgung ergänzen und vertiefen. Beispiele sind internetbasierte Programme zur Selbsthilfe, die ein Patient, unterstützt durch seinen Psychotherapeuten und nach vorheriger Aufklärung und Indikationsstellung, nutzen könnte. Sinnvoll könnte z. B. auch sein, nach Abschluss einer Psychotherapie die Erhaltungstherapie durch Internetprogramme

zu unterstützen. Gleiches gilt für Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Wartezeiten überbrücken müssen oder einer weiteren Behandlung durch das Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung bedürfen.

Angesichts der Vielfalt und Differenziertheit der Fragen ist es sinnvoll, dass über den Innovationsfonds verschiedene internetbasierte Interventionen in die Versorgung integriert und evaluiert werden, um anschließend zu prüfen, in welchem Umfang, für wen und wie sie in die Regelversorgung übernommen werden können.

3. Qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung

Viele Menschen sind als Flüchtlinge nach Europa und Deutschland gekommen, 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 sollte eine qualifizierte kultursensible Übersetzung durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden. Dies gilt insbesondere für Psychotherapie, die in besonderem Maße Sprache als Behandlungsmittel einsetzt.

Derzeit werden durch auf Landes- und kommunaler Ebene geförderte Projekte zur Sprachmittlung in der Psychotherapie und zukünftig auch durch Forschungsfördermittel des Bundes verschiedene Ansätze der Organisation von Sprach- und Kulturmittlung bei der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge erprobt. Auf der Basis der hier gesammelten Erfahrungen sollte in der nächsten Legislaturperiode parallel zur leistungsrechtlichen Verankerung ein Organisationskonzept implementiert werden, das sicherstellt, dass ausreichend qualifizierte Sprachmittler in den unterschiedlichen Sprachen den Patienten bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen zur Seite stehen können. Auch die Sonderbedarfszulassung von Psychotherapeuten mit spezifischer Sprachkompetenz sollte ermöglicht werden.

4. 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 des 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 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 Psychotherapeuten aufgehoben und ihre Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestärkt. Durch die neue Sprechstunde sind 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 Ansprechpartner und Lotse in die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eingebunden.

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 Psychotherapeuten nicht vereinbar. Dies betrifft die Befugnis, psychiatrische Krankenpflege und die Heilmittel Ergotherapie und Logopädie zu verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen.

Bei schwer psychisch kranken Patienten mit erheblichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Problemen mit der Tagesstrukturierung sollten 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. Auch die Verordnung von Logopädie und Ergotherapie ist gerade bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit den entsprechenden Entwicklungsstörungen zwingend erforderlich. Bei Erwachsenen müssen Psychotherapeuten Ergotherapie als Hirnleistungstraining bzw. als neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der neuropsychologischen Therapie verordnen können.

Schließlich ist es erforderlich, dass Psychotherapeuten aufgrund ihrer umfassenden Kompetenzen in der Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen auch Arbeits- bzw. Schulunfähigkeit bescheinigen können. Arbeit und Erwerbstätigkeit sind wichtige Ressourcen für die Bewältigung von psychischen Erkrankungen. Deshalb wäre es sachgerecht, wenn Psychotherapeuten 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.

5. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

- **EBM**

Nach den Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland erreichen die Einkommen der niedergelassenen Psychotherapeuten, einschließlich der ärztlichen 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). Dieses Missverhältnis hat sich durch die Beschlüsse zur Vergütung der neuen psychotherapeutischen Leistungen – psychotherapeutische Sprechstunde und ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung – noch weiter verschärft. 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 Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz nicht schlechter verdienen als Ärzte der somatischen Medizin.

- **GOP/GOÄ**

Der Privathonoraranteil am gesamten Umsatz von Psychotherapeuten beträgt lediglich 12 Prozent im Vergleich zu 20 Prozent bei den somatisch tätigen 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 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 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 eines Facharztes beträgt nach dem Tarifvertrag der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände mit dem Marburger Bund im Monat 5.656 Euro. Das Einstiegsgehalt 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.

6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

- **Fachliche Fundierung weiter ausbauen**

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird durch seine Trägerorganisationen geprägt. Für die Seite der Leistungserbringer bedeutet dies, dass sektoral die Markt- und Einkommenspositionen der Mitglieder der jeweiligen Organisationen mit handlungsleitend sind. Die fachliche Fundierung, Legitimierung und Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA könnte gestärkt werden, wenn die im Gesundheitssystem tätigen Gesundheitsberufe an den Beratungen und Entscheidungen des G-BA stärker beteiligt werden. Ein erster Schritt wäre, die Heilberufskammern auf der Bundesebene und die Vertretungen der Pflegeberufe zu Beteiligten in allen einschlägigen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen zu machen. Außerdem sollten diese Organisationen ein Antragsrecht beim G-BA erhalten.

- **Patientenvertretung stärken**

Für Krankenkassen gilt, dass sie die Interessen der Patienten mit vertreten, sich aber auch an die Interessen der Beitragszahler gebunden fühlen. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die Patientenorientierung der Entscheidungen des G-BA gesetzlich zu stärken.

Voraussetzung dafür ist, dass die Vertretung der Patienten stärker auf eine strukturell verankerte und kontinuierlich verfügbare Fachexpertise zurückgreifen kann. Eine Option wäre eine Patientenstiftung, die entsprechend anderer selbstverwalteter Organisationen im Gesundheitssystem das Element der Ehrenamtlichkeit verbindet mit einer Organisation, die in der Lage ist, jeweils fachspezifisches Wissen unter einer definierten Interessenperspektive aufzubereiten und verfügbar zu machen. Im Zusammenhang mit der durch die Patientenstiftung ermöglichten Professionalisierung sollten die Patientenvertreter im G-BA ein gesetzlich verankertes Stimmrecht erhalten.

7. 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 Rehabilitanden sind vor Beginn der Reha-Behandlung bereits lange arbeitsunfähig gewesen – ein Drittel der Rehabilitanden 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 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 Rehabilitanden eine sich unmittelbar an die Rehabilitation anschließende Nachsorge zu ermöglichen und damit die erreichten Therapieerfolge verstetigen und verfestigen zu können.

Anforderungsprofil an eine Krankenvollversicherung

Mit der Bundestagswahl thematisieren die Parteien eine weitreichende gesundheitspolitische Systemfrage: Soll es bei einer parallelen privaten und gesetzlichen Krankenvollversicherung bleiben oder soll es zu einer Bürgerversicherung kommen? Für Psychotherapeuten entscheidend ist dabei, dass die Belange psychisch kranker Menschen ausreichend Berücksichtigung finden. Prüfsteine werden daher sein:

- dass psychisch kranke Menschen beim Zugang zu einer Krankenversicherung nicht diskriminiert werden und

- dass psychisch kranke Menschen mit Abschluss einer Krankenversicherung darauf vertrauen können, dass diese ihnen eine leitlinienorientierte Versorgung ermöglicht.

Anders als derzeit in der privaten Krankenversicherung üblich, sollten Versorgungssegmente, die speziell für psychisch kranke Menschen von Bedeutung sind, nicht aus Versicherungsverträgen ausgeschlossen werden können, was z. B. bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie häufig der Fall ist. Auch die Risikobewertung beim Zugang zu einer Versicherung muss transparenter gestaltet werden, um diskriminierende Annahmen zu psychischen Erkrankungen gegebenenfalls korrigieren zu können.

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen, aber auch die Schwere ihrer Ausprägung und individuelle Risiken, verbunden mit der Notwendigkeit einer rechtzeitigen Behandlung, werden von vielen Menschen unterschätzt. Eine Unterversicherung führt sowohl zu unzureichender oder fehlender Behandlung als auch schnell zu einer finanziellen Überforderung bis hin zur Gefahr des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben. In der Konsequenz sind dann neben dem individuellen Leid Folgekosten vom Steuerzahler zu tragen. Vor diesem Hintergrund ist an eine Krankenvollversicherung – unabhängig davon, ob sie wie bisher oder durch eine Bürgerversicherung gewährleistet ist – die Anforderung zu stellen, dass sie eine Absicherung für ein leitlinienorientiertes Leistungsspektrum bietet und beim Zugang zur Versicherung insbesondere psychisch kranke Menschen nicht diskriminiert.

Inklusion – Reform des SGB VIII

Hilfen für Kinder und Jugendliche dürfen nicht an unklaren Zuständigkeitsregelungen der Sozialgesetzbücher scheitern. Es muss weiter an einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe gearbeitet werden, die Hilfen für alle unter einem Dach zusammenfasst, unabhängig davon, ob eine seelische, körperliche oder geistige Behinderung vorliegt oder droht. Dafür wird eine umfassende Lösung im Rahmen einer großen Reform des SGB VIII benötigt.

Gleichzeitig ist vor dem Hintergrund steigender Leistungsbedarfe und einer wachsenden Inanspruchnahme eine ausreichende Qualität der Maßnahmen sicherzustellen, um die hohe Zahl scheiternder Hilfen zu reduzieren. Die heutige strikte Trennung zwischen Krankenbehandlung und Entwicklungsförderung ist möglicherweise eine der Ursachen dafür, dass Hilfen scheitern. In der Jugendhilfe sollte deutlich mehr Störungs- und Veränderungswissen in Bezug auf Krankheitsprozesse verfügbar sein. Ein Merkmal der Struktur-

qualität sollte daher sein, dass auch in der Jugendhilfe der Bedarf für psychotherapeutische Maßnahmen qualifiziert festgestellt und angemessen gedeckt wird. Zu evaluieren ist, ob sich in der Folge die hohe Zahl scheiternder Maßnahmen reduziert.

Die Trennung der Hilfesysteme muss abgelöst werden durch ein integriertes Hilfesystem mit sachgerechter und praktikabler Kostenzuschreibung. Im Bereich der psychischen Gesundheit gehört zu einem Hilfesystem auch die Etablierung von Geh-Strukturen, z. B. zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen in den Einrichtungen der Jugendhilfe. Kooperationserfordernisse und -möglichkeiten des Gesundheitssystems ebenso wie der Jugendhilfe sollten sowohl im SGB V als auch im SGB VIII inklusive einer angemessenen Finanzierung verankert werden.

Stärkung der beruflichen Selbstverwaltung

1. Selbstverwaltung durch Kammern und Stärkung der Freiberuflichkeit

Psychotherapeuten sind als Angehörige freier Heilberufe in Kammern organisiert. Als berufliche Selbstverwaltung nehmen die Kammern Aufgaben beispielsweise in den Bereichen Berufsaufsicht, Qualitätssicherung und beruflicher Fort- und Weiterbildung wahr, die sonst der Staat durchführen und finanzieren müsste. Die Selbstorganisation und -verwaltung der verkammerten Berufe ist ein gelungenes Beispiel für die Umsetzung des europäischen Grundsatzes der Subsidiarität. Die Aufgaben werden auf der niedrigsten Ebene und nah an der Praxis wahrgenommen.

Dennoch gibt es Aktivitäten und Maßnahmen der Europäischen Kommission, die den Eindruck erwecken, dass die Selbstverwaltung durch Kammern infrage gestellt wird (Vorschlag zur Einführung einer schematischen Verhältnismäßigkeitsprüfung für nationale Gesetze u. a. zur Berufsausübung, Vertragsverletzungsverfahren wegen der Honorarordnung für Architekten und Ingenieure [HOAI] und der Gebührenordnung für Steuerberater). Es muss Aufgabe der Politik in der nächsten Legislaturperiode sein die EU-Kommission davon zu überzeugen, dass sie ein bewährtes Modell der Selbstverwaltung nicht infrage stellt. Allein den Blick auf den Abbau von Hürden bei der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung zu richten, wird der komplexen Struktur der gewachsenen Sozial- und Kultursysteme in Europa keinesfalls gerecht. Die EU-Kommission sollte sich auf die Frage konzentrieren, ob es sich im Einzelfall tatsächlich um ein nicht gerechtfertigtes Hindernis handelt oder nicht vielmehr um eine Regelung, von der sowohl die Gesamtgesellschaft als auch die Verbraucher profitieren und auf nationaler Ebene für diese Prüfung

kein Schema vorgeben. Im Bereich der Heilberufe muss dem Gesundheitsschutz der Bürger vor vermuteten wirtschaftlichen Anreizen oder finanziellen Vorteilen für Verbraucher uneingeschränkt der Vorrang gegeben werden.

2. Interessenvertretung der Vertragspsychotherapeuten

Vertragsärzte vertreten ihre Interessen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen über ihre Zugehörigkeit zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsebene. Psychotherapeuten werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben der fachärztlichen Versorgungsebene zugerechnet, obwohl dies hinsichtlich des Zugangs, aber auch der Dauer und Frequenz der Versorgung nur bedingt richtig ist. Aber auch zur hausärztlichen Versorgung würden Psychotherapeuten nicht gehören, da es auch hier gravierende Unterschiede bezüglich des Behandlungsspektrums und der Organisation der Versorgung gibt.

Die Besonderheiten des psychotherapeutischen Versorgungsauftrags erfordern vielmehr einen spezifischen Blick auf Bedarfsplanung, Praxisstrukturen, Leistungsprofil, Befugnisse und Vergütung. Bisher konnte die Berücksichtigung der spezifischen Belange der Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen im Bund und in den Ländern nur mit erheblichen Einschränkungen, systematischen Benachteiligungen und häufig nur über die Rechtsprechung sichergestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ist deshalb zu prüfen, wie die Interessen der psychisch kranken Menschen und der Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen angemessener und gerechter vertreten werden können. Ansatzpunkte könnten die Anpassung der Anzahl der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 80 Absatz 1 Satz 3 SGB V) an den realen Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen sein, die Überprüfung der Zuordnung der Psychotherapeuten zur fachärztlichen Versorgungsebene (§ 73 SGB V) und die Vorgabe, dass ein Mitglied des Vorstandes aus dem Bereich der Psychotherapie kommen muss.