

NR. 06/13

# \* Erstversorgung ausbauen, Qualität stärken!

Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker

25. Juni 2013

## **IMPRESSUM**

**HERAUSGEBERIN:** FRAKTION DER SPD IM DEUTSCHEN BUNDESTAG  
PETRA ERNSTBERGER MDB, PARLAMENTARISCHE GESCHÄFTSFÜHRERIN

**REDAKTION:** BENJAMIN ERIK BURAU  
GESTALTUNG: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

PLATZ DER REPUBLIK 1, 11011 BERLIN

**TELEFON:** (030) 227-57133  
**TELEFAX:** (030) 227-56800

[WWW.SPDFRAKTION.DE](http://WWW.SPDFRAKTION.DE)

ERSCHIENEN IM JULI 2013

DIESE VERÖFFENTLICHUNG DER SPD-BUNDESTAGSFRAKTION DIENT AUSSCHLIESSLICH DER INFORMATION.  
SIE DARF WÄHREND EINES WAHLKAMPFES NICHT ALS WAHLWERBUNG VERWENDET WERDEN.

# I. Einleitung

In Deutschland nimmt die Zahl von diagnostizierten psychisch bedingten Erkrankungen stetig zu. Dies ist auch auf den Demografischen Wandel zurückzuführen, der zu einem vermehrten Auftreten neurodegenerativer Erkrankungen führt. Trotz der deutlichen Zunahme leiden die Betroffenen jedoch immer noch stark unter Formen von Stigmatisierung. Es fällt psychisch kranken Menschen oftmals schwer, sich Hilfe zu suchen. Deshalb arbeiten wir an der Verwirklichung einer inklusiven Gesellschaft. Menschen mit Behinderungen benötigen die für sie notwendige Versorgung, die nach ihren spezifischen Erfordernissen weiterzuentwickeln ist. Deshalb muss es gerade auch für psychische Erkrankungen einen niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugang geben. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass ihnen zeitnah und mit niedrigen Hürden zuverlässige Hilfe zuteil wird. Sie erwarten eine für sie geeignete und qualitativ hochwertige Versorgung. Neben der stationären Akutpsychiatrie sind es vor allem die ambulanten Angebote, die ein Rückgrat der Versorgung bilden. Es wird zukünftig immer mehr darauf ankommen, beide Sektoren stärker miteinander zu verzahnen.

Unser Ziel ist die Weiterentwicklung ambulanter Angebote, um den Betroffenen einen flexiblen und für sie passgenauen Zugang zu psychotherapeutischer Betreuung zu ermöglichen. Dies schließt auch die psychosoziale und therapeutische Betreuung von älteren Menschen ein, die altersbedingt unter Defiziten ihrer kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten leiden. Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Strukturen sehen wir in der Schaffung effektiver Erstversorgungsstrukturen zusammen mit dem Ausbau der Kurzzeittherapie, an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung sowie in der besseren Koordinierung und Transparenz von Hilfe- und Therapieangeboten. Darüber hinaus wollen wir die Ausbildungs- und Vergütungsstrukturen reformieren. Letztlich müssen die Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten besser als bisher gerecht werden.

---

## II. Herausforderungen

### 2.1 Zunahme psychischer Erkrankungen

Psychisch bedingte Diagnosen haben in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Etwa ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung leidet innerhalb ihres Lebens an mindestens einer psychischen Erkrankung. Zu den häufigsten psychischen Diagnosen gehören Depressionen und Angststörungen.

Auch die Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen steigt seit etwa 15 Jahren an. Laut dem aktuellen DAK Gesundheitsreport 2013 ist von 1997 bis 2012 eine Steigerung der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent zu beobachten.

Mit einem Anteil von 14,5 Prozent an den gesamten Fehltagen sind die psychischen Erkrankungen auf Rang zwei der wichtigsten Ursachen für Krankschreibungen gerückt. Bei den Krankschreibungen zugrundeliegenden Diagnosen belegen seelische Störungen bereits Platz zwei und drei.

Von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose waren im Jahr 2012 4,5 Prozent der Erwerbstätigen betroffen. Das bedeutet, dass etwa jeder 22. Erwerbstätige im Jahr 2012 wegen einer psychischen Diagnose mindestens einmal krankgeschrieben war. Unter den Frauen beträgt dieser Anteil 5,9 Prozent, unter den Männern 3,3 Prozent. Die Betroffenenquote bei Atemwegserkrankungen liegt im Vergleich bei 20,2 Prozent und bei Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 11,9 Prozent.

- Psychischen Erkrankungen muss im Gesundheitssystem stärker Rechnung getragen werden. Die aktuellen Strukturen psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung müssen weiterentwickelt werden.

### 2.2 Lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten

Die Gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten hat zu Beginn des Jahres 2013 eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie vorgelegt. Diese schließt die ambulante psychotherapeutische Versorgung ein. Die Akteure haben betont, dass die im europäischen Vergleich „einzigartige Versorgungsdichte“ (GBA, Dez. 2012) im Bereich der Psychotherapie als hinreichend eingeschätzt wird. Von einer bereits angemahnten wissenschaftlich untermauerten Überprüfung der Verhältniszahlen von behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Patientinnen und Patienten wurde allerdings abgesehen.

Trotz kontinuierlich gewachsener und auch in der Zukunft weiter steigender Zahlen von Therapeutinnen und Therapeuten in der ambulanten Versorgung, wird die derzeitige Versorgungsrealität von vielen Betroffenen als unzureichend empfunden. Dies legen auch Studien nahe, wonach es zu Wartezeiten für ein Erstgespräch im ambulanten Bereich von bis zu 2 ½ Monaten kommen kann. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass sich gerade in dünn besiedelten Regionen sowie sozialen Brennpunkten ein ungenügendes Versorgungsniveau abzeichnet.

- Lange Wartezeiten im ambulanten Bereich können zu einer Verschlechterung bzw. der Chronifizierung des Zustandes des Patienten führen. Bis dato leichte psychische Störungen können in nur kurzer Zeit zu akuten Krisen werden, die womöglich eine selbstständige Lebensführung nicht mehr

zulassen. Die Verschlimmerung einer Krankheit birgt dabei stets die Gefahr eines umfangreicheren und damit auch kostenintensiveren Therapiebedarfs. Es ist daher von besonderer Bedeutung, dass die Versorgung so früh wie möglich einsetzt.

- In Städten mit hohem Migrantenanteil sind muttersprachliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten notwendig. Es soll bei der Zulassung bzw. Neubesetzung in diesen Bereichen darauf geachtet werden, ob Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch der Sprache der Migrantinnen und Migranten vor Ort mächtig sind.
- 

## 2.3 Reformbedarf in der psychotherapeutischen Ausbildung

Die durch den Bologna-Prozess veränderten Rahmenbedingungen für Studienabschlüsse sind bisher nicht auf die Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgerichtet worden. Bei der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes am 16. Juni 1998 waren noch die Studienabschlüsse Diplom und Magister mit festen Rahmenstudienordnungen Entscheidungsgrundlage. Obwohl diese Bedingungen durch die Bologna-Reform verändert wurden, ist das Gesetz nicht angepasst worden. Das führt unter anderem dazu, dass ein Bachelorabschluss für eine Ausbildung als Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder -therapeut ausreichend ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Zudem müssen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung unbezahlte Praktika von bis zu 1,5 Jahren während der mindestens dreijährigen Psychotherapeutenausbildung ableisten. Auch diese Praxis ist mit Blick auf die Attraktivität des Berufes überprüfungsbedürftig.

- Eine Reform der Ausbildungsstrukturen ist dringend geboten.
-

## III. Handlungsansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung

Um den aktuellen Herausforderungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu begegnen, ist aus Sicht der SPD-Bundestagsfraktion eine Vielzahl von Maßnahmen notwendig. Unser Ziel ist die nachhaltige Verbesserung der Qualität der Versorgung von psychisch kranken Menschen.

### 3.1 Vernetzung und Flexibilisierung von Leistungsangeboten vor Ort gewährleisten

Patientinnen und Patienten beanstanden immer öfter die mangelnde Koordination verschiedener Leistungserbringer und Versorgungsangebote. Eine sachgerechte Diagnose und letztlich auch bedarfsgerechte Versorgung kann jedoch nur gelingen, wenn alle um die Gesundheit des Patienten bemühten Akteure an einem Strang ziehen. Es muss für Patientinnen und Patienten klar erkennbar sein, an wen sie sich im Falle einer Krise zunächst wenden können und wer ihnen den für sie besten Weg durch die Versorgungslandschaft aufzeigt.

Patientinnen und Patienten erwarten ein funktionierendes Zusammenspiel aller Leistungsangebote. Um eine stärkere Flexibilisierung und Patientenorientierung der Versorgung zu gewährleisten, müssen ambulante und teilstationäre Strukturen ausgebaut sowie deren Vernetzung untereinander gefördert werden. Darüber hinaus müssen ergänzende Unterstützungsangebote, beispielsweise der Kommunen, in Einklang mit der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gebracht werden.

#### **Wir fordern:**

Alle Hilfs- und Leistungsangebote müssen zukünftig im Interesse der Patientinnen und Patienten organisatorisch aufeinander abgestimmt werden. Dies betrifft die psychologische Präventionsarbeit in Kita, Schule und am Arbeitsplatz, die sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen, die stationäre und teilstationäre Akutpsychiatrie, die Versorgung in psychiatrischen Tageskliniken, die Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bis hin zum niedergelassenen Psychotherapeuten. Eine Koordination soll durch übergreifende Konsultationsformen, zum Beispiel regelmäßige regionale Gesundheitskonferenzen vor Ort, sichergestellt werden. Dafür sollen regionale Gespräche der an der Versorgung beteiligten Akteure und mit Betroffenenengruppen stattfinden. Auf diese Weise werden Kompetenzen und letztlich auch Ressourcen gebündelt, um so besser auf Veränderungen der Bedarfe und Engpässe bei der Versorgung reagieren zu können.

Zur stärkeren Vernetzung gehören vor allem auch Integrierte Versorgungsprojekte im Bereich psychischer Störungen. Sie müssen Teil der Regelversorgung werden können und dabei alters- und geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein. Darüber hinaus müssen aufsuchende Versorgungsmodelle oder Therapieformen, die ein Verbleiben in den eigenen vier Wänden ermöglichen, stärker gefördert werden. Dies gilt insbesondere für physisch schwer erkrankte aber auch ältere Menschen, die einen geringen Grad an Mobilität aufweisen. Aufsuchende Familien- oder auch Gruppentherapien können

hier als Beispiel angeführt werden. Die psychotherapeutische Behandlung sollte nach Möglichkeit in das Alltagsleben der Patientinnen und Patienten integriert werden, was gegebenenfalls auch eine Betreuung in vertrauter heimischer Umgebung bedeutet. Im Gegenzug muss auch auf die Notwendigkeit des Ausbaus teilstationärer Angebote verwiesen werden, die beispielsweise den Besuch von Schule oder Arbeitsstelle weiterhin ermöglichen.

Speziell mit Blick auf ländliche und dünn besiedelte Versorgungsregionen mit schwieriger psychotherapeutischer Versorgung müssen auch neue und unkonventionelle Wege gegangen werden. Innovative Technologien, die unter dem Begriff Telemedizin gefasst werden, kommen bereits heute erfolgreich in Nordamerika, Australien oder Skandinavien auch in der psychotherapeutischen Versorgung zum Einsatz. Im Universitätsklinikum Greifswald gibt es beispielsweise seit Juni 2009 am Institut für Community Medicine einen Integrierten Funktionsbereich Telemedizin (IFT), der sich den neuen technischen Möglichkeiten der Patientenbetreuung widmet. Die Telemedizin bietet die Möglichkeit der verbal-visuellen Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Therapeut über große Entfernungen und mit geringem Zeitaufwand. Wir sehen die Notwendigkeit der konsequenten Förderung telepsychiatrischer Diagnostik und Behandlung, um mit Hilfe eines weiteren Bausteins die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten voranzutreiben.

### 3.2 Nahtlose Übergänge durch Entlassmanagement sicherstellen

Für viele psychisch kranke Patientinnen und Patienten ist es eine enorme Herausforderung, sich eigenständig Hilfe zu suchen. Besonders gravierend gestaltet sich die Situation, wenn sie nach der Behandlung einer akuten psychischen Periode aus dem psychiatrischen Akutkrankenhaus entlassen werden. Nach einer vollumfänglichen Betreuung müssen sich die Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgungswelt zurechtfinden. Dies ist ohne umfassende Formen der Hilfe, die in der stationären Einrichtung beginnt und dann auch fortgesetzt wird, im Regelfall nicht möglich.

Wir wollen deshalb ein funktionierendes Entlassmanagement beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung in allen Leistungsbereichen gewährleisten, damit die Patientin oder der Patient im Genesungsprozess nicht wieder zurückgeworfen wird.

#### **Wir fordern:**

Daher fordern wir die patientenorientierte Weiterentwicklung des Entlassmanagements. Besonders im Falle von psychisch kranken Menschen ist es notwendig, dass sich die ambulante psychotherapeutische Behandlung nahtlos an die Entlassung anschließt und dass die Betroffenen über die verschiedenen Unterstützungs- und Selbsthilfeangebote informiert sind. Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) nehmen hier bereits heute eine Brückenfunktion ein. Sie sind zukunftsweisend für die enge Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung. Die unmittelbare Verantwortung für eine erfolgreiche Entlassung liegt bei der stationären Einrichtung, die durch die Krankenkasse zu unterstützen ist.

### 3.3 Lotsenfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte stärken

Eine besondere Rolle im Rahmen der Versorgung psychisch kranker Menschen spielen die Hausärztinnen und Hausärzte. Ihre Aufgabe ist es, die Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem zu lotsen und zu unterstützen. Schließlich kennen sie nicht nur die allgemeinen Beschwerden, sondern auch die Lebensumstände ihrer Patientinnen und Patienten. So registriert die Hausärztin oder der Hausarzt genau, wenn sich Krankschreibungen häufen.

Studien zufolge werden bereits heute rund 25 Prozent der Zuweisungen in den ambulanten psychotherapeutischen Bereich durch Hausärztinnen oder Hausärzte und rund 52 Prozent aus dem gesamten Bereich des medizinischen Behandlungssystems vorgenommen. Im Gegensatz dazu suchen sich bisher noch ca. 39 Prozent der Patientinnen und Patienten selbstständig einen Psychotherapeuten.

Mit Blick auf psychische Störungen nehmen die Anforderungen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte stetig zu. Sie müssen daher noch stärker als bisher in der Lage sein, krankhafte psychische Auffälligkeiten zu erkennen und eine psychosomatische Grundversorgung zu leisten.

**Wir fordern:**

Wir fordern die verantwortlichen Akteure der ärztlichen Selbstverwaltung dazu auf, der psychosomatischen Grundversorgung von Krankheitsbildern wie beispielsweise Depressionen und demenzielle Erkrankungen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung einen größeren Stellenwert einzuräumen.

---

### 3.4 Niedrigschwelliges Erstversorgungsangebot schaffen

Die höchste Hürde von Menschen mit krankhaften psychischen Episoden besteht in der Selbstüberwindung, sich Hilfe zu suchen. Voraussetzung dafür ist, dass sie vorhandene Angebote kennen und dass diese mit niedrigschwelligen Zugängen versehen sind. Moderne Erstversorgungsmodelle werden im Ausland bereits erfolgreich praktiziert.

Zentrale Aufgabe eines Erstversorgungsangebots muss es sein, für die Stabilisierung des Patienten bis zum Einsetzen einer gegebenenfalls notwendigen Langzeittherapie Sorge zu tragen, um eine Verschlimmerung des Zustandes zu verhindern. Darüber hinaus muss:

- Der Umfang und vor allem die Dringlichkeit einer psychischen Störung diagnostiziert werden.
- Transparenz über die verschiedenen Formen der Versorgung hergestellt werden.
- Die für den einzelnen Patienten am geeignetsten erscheinende Therapieform bestimmt werden, um damit die maximale Qualität der weiterführenden Behandlung zu gewährleisten.

**Wir fordern:**

Um Patientinnen und Patienten zeitnah zu versorgen, wollen wir ein niedrigschwelliges Erstversorgungsangebot schaffen. Ein Erstversorgungsangebot muss strukturell und organisatorisch auf bereits etablierte ambulanten Versorgungseinrichtungen aufbauen. Ein Erstversorgungsangebot muss zunächst einmal wohnortnah und niedrigschwellig sein. Die Erfahrungen von Betroffenenengruppen wollen wir bei der Schaffung eines solchen Angebots einbeziehen.

Um eine hohe Qualität der Erstversorgung zu gewährleisten, wollen wir eine hohe Bandbreite therapeutischer Behandlungsformen bzw. eine vielseitige therapeutische Orientierung während der Diagnosestellung gewährleisten. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) müssen eine Schlüsselstellung in einem Erstversorgungsangebot einnehmen. Neben der Bündelung einer großen Bandbreite verschiedener psychotherapeutischer Kompetenzen bilden sie das direkte Bindeglied von der ambulanten zur gegebenenfalls notwendigen stationären Versorgung.

Ein flächendeckendes und wohnortnahes Erstversorgungsangebot wird sich jedoch nicht allein auf Psychiatrische Institutsambulanzen stützen können. Wir wollen deshalb, dass niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Regionen ohne eine PIA und gegebenenfalls defizitären Versorgungsstrukturen sich stärker auf eine stabilisierende Erstversorgung orientieren, um auch außerhalb von Ballungsräumen die Versorgung sicherzustellen. Hierfür ist es notwendig, dass sich niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in jenen Regionen auf eine solch



spezielle Tätigkeit im Bereich der diagnostisch-stabilisierenden Kurzzeittherapie vorbereiten und weiterqualifizieren.

---

### 3.5 Kurzzeittherapien ausbauen

Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Somatik folgt dem Prinzip der Dringlichkeit. Dies muss auch für die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen gelten. Ein Erstversorgungsangebot muss daher in Form einer überbrückenden Kurzzeittherapie vor allem den Schweregrad einer psychischen Störung ermitteln. Auf dieser Grundlage lässt sich entscheiden, bei welchen Patientinnen und Patienten besondere Eile für die Aufnahme einer Langzeittherapie geboten ist. Eine die Dringlichkeit bestimmende Erstversorgung bildet nur eine erste Stufe der Versorgung. Sie eignet sich als Einstieg in ein Case- bzw. Fallmanagement. Bestehende Lücken in der ambulanten Versorgung – bis zum Einsetzen einer gegebenenfalls notwendigen Langzeittherapie – können so geschlossen werden.

Ein solches Angebot kann nur erfolgreich sein, wenn wir zu einer Neustrukturierung der begrenzten therapeutischen Ressourcen kommen. Die im Vergleich zu anderen Leistungserbringern sehr zeitintensive Behandlung lässt nur einen kleinen Kreis von Patientinnen und Patienten pro behandelnder Psychotherapeutin oder behandelnden Psychotherapeuten zu. Wartezeiten sind bisher so unausweichlich.

**Wir fordern:**

Um mehr Betroffenen ein zeitnahes Kurzzeittherapieangebot machen zu können, müssen die von der Gemeinsamen Selbstverwaltung erlassenen genehmigungspflichtigen Langzeittherapiekontingente mit Blick auf eine Neuausrichtung überprüft und überarbeitet werden. Die vorhandenen Therapiekapazitäten müssen zu Gunsten von Kurzzeittherapien im Rahmen eines Erstversorgungsangebots umstrukturiert werden.

---

### 3.6 Therapieangebot bei Langzeittherapien staffeln

Neben einer stärkeren lokalen Ausrichtung der Versorgung und einer Orientierung auf die Vorrangigkeit des Therapiebedarfs im Rahmen eines Erstversorgungsangebotes, müssen auch die bestehenden Strukturen der Langzeittherapien in den Blick genommen werden. Vielfach kann eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade von Patientinnen und Patienten mit anhaltendem Therapiebedarf unter den gegenwärtigen Strukturen nicht gewährleistet werden. Eine Umorientierung der Versorgung hin zu einem größeren Angebot von Kurzzeittherapien macht es notwendig, den Umfang, die Struktur und die Bewilligungsmodalitäten für Langzeittherapien den neuen Zielsetzungen anzupassen. Wir müssen die Therapiefortschritte von Langzeitpatientinnen und -patienten stärker in den Blick nehmen, um ein gegebenenfalls unnötiges Verweilen in der Versorgung zu vermeiden. Nur auf diese Weise können die für eine Neuausrichtung notwendigen Ressourcen im System zur Verfügung gestellt werden.

**Wir fordern:**

Die Gemeinsame Selbstverwaltung soll eine geeignete Staffelung des Langzeittherapieangebots erarbeiten. Die Qualität von Therapieangeboten muss dabei im Vordergrund stehen. Elementarer Bestandteil muss die regelmäßige Begutachtung des Therapieverlaufs sein. Diese kann nur auf der Grundlage von durch die Selbstverwaltung zu erarbeitenden Indikatoren erfolgen, die die Qualität und Effektivität der Therapie im Interesse der Patientinnen und Patienten abbilden und letztlich erhöhen.

---

### 3.7 Qualität psychotherapeutischer Diagnosen und Behandlungen steigern

Ein Ausbau der Kurzzeittherapien im Rahmen eines Erstversorgungsangebots bietet neben der unmittelbaren Stabilisierung des Patienten mehr Zeit für die Diagnose einer psychischen Störung. Die genaue Bestimmung deren Art wird mit Blick auf das sich weiter ausdifferenzierende Spektrum von psychischen Krankheitsbildern und innovativen Behandlungsansätzen immer wichtiger. Die Palette der bisher erstattungsfähigen Behandlungsverfahren reicht von der Verhaltenstherapie über die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis hin zur analytischen Psychoanalyse. Aufgabe eines stabilisierend-diagnostischen Erstversorgungsangebots muss es sein, die für den Patienten geeignetste Therapieform zu bestimmen. Dies setzt jedoch voraus, dass die Diagnose ausschließlich patientenorientiert gestellt wird und nicht der jeweiligen Spezialisierung der diagnostizierenden Therapeutinnen oder Therapeuten folgt.

**Wir fordern:**

Wir wollen eine Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten. Dies schließt das Recht auf die geeignetste Therapiemethode ein. Patientinnen und Patienten müssen sich gerade aufgrund des enormen Zeitaufwandes einer Therapie darauf verlassen können, dass sie die für ihren Fall beste Therapieform erhalten. Dies soll neben einer Erhöhung der diagnostischen Qualität im Rahmen eines Erstversorgungsangebots durch ein Recht auf ein Zweitmeinungsverfahren vor dem Einsetzen einer Langzeitbehandlung erreicht werden. Hat die Patientin oder der Patient Zweifel an dem von der Therapeutin oder dem Therapeuten vorgeschlagenen Verfahren, so hat sie oder er das Recht auf eine weitere Begutachtung ihres bzw. seines Falles.

---

### 3.8 Einheitliche Informationsdienste für Therapiekapazitäten schaffen

Vor dem Hintergrund einer angestrebten Umstrukturierung von Therapiekapazitäten und unserem Anspruch zur Schaffung von mehr Versorgungstransparenz müssen die vorhandenen therapeutischen Ressourcen für die Patientinnen und Patienten abrufbar gemacht werden. Bereits heute unterhalten verschiedene Bundesländer in Kooperationen mit ihren Psychotherapeutenkammern internetgestützte Informationssysteme ([www.psych-info.de](http://www.psych-info.de); [www.ipsis.de](http://www.ipsis.de)) über vorhandene Therapiekapazitäten vor Ort. Ein solches Informationssystem ist wegweisend zur Erfassung von Langzeittherapiekontingenten in der Zukunft. Leider steht ein solcher Service nicht allen Patientinnen und Patienten deutschlandweit zur Verfügung.

**Wir fordern:**

Wir wollen zusammen mit den verantwortlichen Akteuren ein derartiges und flächendeckendes Informationssystem für Therapiekapazitäten in ganz Deutschland schaffen und damit die Patientinnen und Patienten unterstützen. Ein solches System bietet auch die Möglichkeit der unmittelbaren Evaluierung der Versorgungsrealität und bildet damit auch die Grundlage für ein zeitnahes Gegensteuern der Akteure vor Ort.

---

### 3.9 Seelische Gesundheit fördern und Prävention psychischer Erkrankungen stärken

Bei allem Bemühen um eine bessere Versorgung von psychisch kranken Menschen muss die Verhinderung derartiger Krankheitsfälle stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Denn die Investition in die Vermeidung von psychischen Erkrankungen steigert nicht nur die Lebensqualität der Bevölkerung insgesamt, sondern spart langfristig knappe Mittel im System der Gesundheitsversorgung.

Prävention und Gesundheitsförderung muss stets bei den verschiedenen sozialen und Bedürfnisgruppen ansetzen. Die zentrale Aufgabe besteht darin, entsprechend den verschiedenen Lebensphasen, Lebensorientierungen und Lebensbereichen, psychischen Erkrankungen vorzubeugen und Probleme frühzeitig zu identifizieren. Ob Kleinkinder in der Kita, Schülerinnen und Schüler in der Schule, Auszubildende im Lehrbetrieb, Studentinnen und Studenten an den Hochschulen, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Arbeitsplatz oder ältere Menschen: Sie alle brauchen gute Betreuungs-, Ausbildungs-, Lehr-, Arbeits- und demzufolge Lebensbedingungen, die psychischen Störungen vorbeugen.

Prävention muss auch die Kinder und Jugendlichen erreichen, deren Eltern psychisch erkrankt sind. Diese Kinder sind nicht nur besonders schweren emotionalen Belastungen ausgesetzt: Mit der Erkrankung ihrer Eltern steigt auch ihr Risiko selbst psychisch zu erkranken. Sie werden durch bestehende Hilfsstrukturen derzeit vernachlässigt: Das Gesundheitswesen betreut in erster Linie die Eltern. Die Jugendhilfe wiederum weiß oft nichts von diesen Kindern. Dies hängt auch damit zusammen, dass viele Eltern befürchten, dann ihr Kind zu verlieren. Hier braucht es Strukturen, die einerseits präventiv Kinder und Jugendliche, deren Eltern psychisch erkrankt sind, erreichen und andererseits sensibel auf die Ängste dieser Eltern eingehen.

Die feste Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung neben Kuration, Pflege und Reha ist seit Langem eine Kernforderung der SPD-Bundestagsfraktion.

#### **Wir fordern:**

Nur eine ganzheitliche Präventionsstrategie im Rahmen eines Präventionsgesetzes, das den Namen verdient, wird jenem Anspruch gerecht. Dass haben wir in unserem Antrag „Potenziale der Prävention erkennen und nutzen – Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken“ (BT-Drs.: 17/5384) zum wiederholten Male unterstrichen.

Ein besonderes Augenmerk legen wir auch auf die psychotherapeutische Versorgung und Beratung von Kindern und Jugendlichen. In unserem Antrag „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drs.: 17/9059) haben wir die Bedeutung dieses speziellen Versorgungszweiges für die nachwachsenden Generationen unterstrichen. Neben der Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wollen wir Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften ausbauen und unterstützen, die die unterschiedlichen Hilfesysteme und Fachleute auf lokaler Ebene vernetzen. Diese können die aktuell bestehenden Schnittstellenprobleme beheben und effektiv Prävention auch bei Kindern und Jugendlichen leisten, deren Eltern psychisch erkrankt sind.

Um eine längere Lebensarbeitszeit in einer sich beschleunigenden Arbeitswelt mit zunehmender Verdichtung von Arbeitsprozessen zu ermöglichen, muss mehr und vor allem präventiv in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten investiert werden. Gerade psychische Erkrankungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind eine wachsende Ursache für Krankheitstage. Wir fordern vor diesem Hintergrund in unserem Antrag „Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten erhalten - Psychische Belastungen in der Arbeitswelt reduzieren“ (BT-Drs.: 17/12818) eine umfassende Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gerade mit Blick auf psychische Belastungen. Hier ist mehr Engagement der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für ihre Beschäftigten gefragt. Denn vorbeugende Maßnahmen und letztlich bessere Arbeitsbedingungen – beispielsweise durch flexible und altersgerechte Arbeitszeitmodelle – verbessern nicht nur die Lebensbedingungen der Beschäftigten, sondern sichern die Produktivität der Unternehmen.

### 3.10 Ausbildung reformieren - Psychotherapeutengesetz novellieren

Die gegenwärtigen Aus- und Weiterbildungsstrukturen für Psychotherapie müssen dringend an veränderte Rahmenbedingungen angepasst werden. So haben sich die Voraussetzungen für die Aufnahme einer Ausbildung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut durch den Bologna-Prozess verändert. Darüber hinaus wird in der Fachöffentlichkeit eine Diskussion darüber geführt, ob nicht ein Direktstudium der Psychotherapie den wachsenden Anforderungen an die Versorgung der Patientinnen und Patienten besser gerecht werden könnte. Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) muss zunächst mit Blick auf die bisher praktizierten Ausbildungswege dringend reformiert und an die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge angepasst werden.

Psychotherapeutinnen und –therapeuten in Ausbildung (PiA) erhalten während ihrer praktischen Tätigkeit mehrheitlich keine oder nur eine geringfügige Vergütung. Ihre Tätigkeit wird bisher als Praktikum deklariert. In der Praxis gehen ihre Tätigkeiten jedoch weit darüber hinaus. So werden von den PiAs eigenständig Therapien durchgeführt und Patientinnen und Patienten letztlich umfassend behandelt. Diese bisher gängige Praxis ist deshalb auch aus haftungsrechtlichen Gründen problematisch.

#### **Wir fordern:**

Das Psychotherapeutengesetz ist zu reformieren. Der Masterabschluss muss im gegenwärtig geltenden Ausbildungssystem der Regelabschluss für die Zulassung zur weiterführenden Ausbildung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut sein. Für eine psychotherapeutische Tätigkeit sind fundierte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen als Grundlage unerlässlich. Dies ist aus unserer Sicht nur auf Masterniveau sichergestellt. Auf Anraten der Bundesländer ist zu prüfen, ob äquivalente Kompetenzen auch durch ein direktes Studium der Psychotherapie auf Masterniveau erlangt werden können.

Da es eine große Variation an Masterabschlüssen gibt, sollen klare Kriterien für die Studieninhalte durch Rahmenstudienordnungen definiert werden. Ein Katalog mit Mindestkenntnissen muss bundesweit einheitlich festgelegt werden. Wir werden in diesem Zusammenhang prüfen lassen, ob eine staatliche Anerkennungsprüfung geeignet ist, einen solchen bundeseinheitlichen Kompetenzrahmen zu verwirklichen.

Die praktische Psychotherapeutenausbildung ist hinsichtlich curricularer Vorgaben zu vereinheitlichen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung sollen eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis erhalten, die es ermöglicht, ihre Arbeit während der Ausbildung angemessen zu vergüten.

Immer weniger junge Menschen entscheiden sich heute für den Beruf des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Eine einheitliche Ausbildung mit entsprechenden Spezialisierungsmöglichkeiten soll daher die beiden Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ersetzen. Dadurch erhalten alle eine einheitliche berufsrechtliche Befähigung zur Behandlung aller Altersgruppen mit der Möglichkeit der Schwerpunktsetzung.

### 3.11 Anreize für gute Versorgung durch Vergütungsstrukturen setzen

Diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs), wie sie in der Somatik angewendet werden, sind kein geeignetes Entgeltsystem für die psychiatrische, psychotherapeutische sowie psychosomatische Versorgung. In der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sollen pauschale, tagesbezogene Entgelte gelten. Grundlage ist die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die in allen Einrichtungen umgesetzt werden muss. Nur eine ausreichende Personalausstattung kann eine gute Versorgung der

Patientinnen und Patienten leisten, die mit Freiwilligkeit und möglichst wenig Medikamenten auskommt. Der Schweregrad einer Krankheit, nicht ökonomische Erwägungen, muss ausschlaggebend für die Länge und die Intensität der Behandlung sein.

**Wir fordern:**

Die durch das neue Psych-Entgeltgesetz der schwarz-gelben Bundesregierung nur befristete Gültigkeit der Psych-PV bis zum Jahr 2016 wird nach unserer Regierungsübernahme aufgehoben. Die Psych-PV muss in allen Einrichtungen umgesetzt werden und solange gelten, bis ein neues Vergütungssystem entwickelt ist. Wir werden eine Kommission einrichten, die ein alternatives Entgeltsystem entwickelt, die die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert. Dabei sollen Erfahrungen anderer Länder Berücksichtigung finden. Ansätze zur sektorübergreifenden (stationär, teilstationär, ambulant) Versorgung sind in den Vergütungsstrukturen und Modellprojekten finanziell zu hinterlegen.

.....