

PSYCHOTHERAPIEVERBÄNDE GESPRÄCHSKREIS II

Oktober 2023

Psychotherapeutische Versorgung gestalten - Positionspapier des Gesprächskreis II

Präambel

Die psychische Gesundheit und damit auch die psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen stehen seit einiger Zeit im gesellschaftlichen, medialen und damit auch politischen Fokus. In Deutschland erkranken binnen eines Jahres rund 18 Millionen Menschen an einer psychischen Erkrankung, jedoch begibt sich nicht einmal jede/r fünfte der psychisch Erkrankten in Behandlung (Jacobi et al., 2014, Mack et al., 2014).

Dass über 80% der Betroffenen unbehandelt bleiben, liegt nicht nur an einer immer noch andauernden Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, sondern auch daran, dass die Suche nach einem Therapieplatz in einigen Regionen unangemessen lange dauert. Die aktuelle Koalition aus SPD, GRÜNE und FDP hat sich vorgenommen, die psychotherapeutische Bedarfsplanung zu reformieren, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz insbesondere für Kinder- und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren ([Koalitionsvertrag, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, 2021](#); S. 67). Für uns als Zusammenschluss der Psychotherapieverbände im Gesprächskreis II ist wichtig, dass jeder Mensch, der unter einer *behandlungsbedürftigen* psychischen Erkrankung leidet und von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren würde, eine passgenaue, der Dringlichkeit angemessene Behandlung bekommt! In Zeiten verschiedener globaler Krisen ist das vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen keine einfache Aufgabe, und der Ruf nach effizienten Lösungen verständlich.

1. Selbstverständnis von Psychotherapeut*innen

An der psychotherapeutischen Versorgung nehmen Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen sowie qualifizierte Fachärzt*innen teil (im Weiteren Psychotherapeut*innen genannt). Das Herzstück der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist die genehmigungspflichtige und verfahrensgebundene Psychotherapie. Dazu gehört die niederschwellige zeitnahe Erstabklärung Anfragender in den Psychotherapeutischen Sprechstunden. Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist somit das originäre Steuerungsinstrument in der Hand der Psychotherapeut*innen.

Bei akutem Bedarf folgt eine anschließende zeitnahe Behandlung. In diesem Zusammenhang muss klargestellt werden, dass die Schwere der Erkrankung nicht mit der Dringlichkeit der Behandlung gleichzusetzen ist.

Neben der Richtlinientherapie und neuropsychologischen Psychotherapie müssen auch niederschwellige und niederfrequent-supportive Angebote sowie die Prävention innerhalb und außerhalb der Praxen eine größere Rolle spielen. Psychotherapeut*innen können aufgrund ihrer Qualifikation für ein breites Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung Verantwortung übernehmen. Gleichzeitig können Psychotherapeut*innen den vielerorts bestehenden Mangel an anderen Versorgungsangeboten nicht auffangen. Sie sind auch nicht die „Reparaturwerkstatt“ für gesellschaftliche Fehlentwicklungen und Krisen.

2. Wege zu einer besseren Versorgung

Psychotherapie gehört von der Diagnostik über Indikationsstellung und Behandlung bis zur Nachsorge in die Hände von Psychotherapeut*innen, weil diese dafür bestens qualifiziert sind. Dies impliziert ein Erstzugangsrecht zur Psychotherapie.

2.1 Ambulant vor stationär

Grundsätzlich gilt der Ansatz, dass eine ambulante Behandlung einer kostspieligen stationären vorzuziehen ist, wann immer dies möglich ist. Eine ambulante Behandlung ist häufig ausreichend, wenn sie zeitnah begonnen wird. Krankenhausaufenthalte könnten bei ausreichend ambulanten Kapazitäten also deutlich verringert werden. Darüber hinaus kann der Behandlungserfolg bei einer stationären Behandlung aufgrund oftmals fehlender nahtloser Übergängen in eine ausreichende ambulante Nachbetreuung gefährdet sein. Die Zeit nach einer stationären Entlassung ist deshalb auch mit Risiken einer Wiederverstärkung von Symptomen verbunden.

2.2 Zugang zur ambulanten Versorgung

In den Praxen finden bereits im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine zeitnahe fundierte Diagnostik, Abklärung eines Behandlungsbedarfs, eine individuelle Indikationsstellung und – wo erforderlich - eine Behandlungsplanung statt. Dies sind selbstverständliche Bestandteile der täglichen psychotherapeutischen Arbeit und etablierte Instrumente, um die psychotherapeutische Versorgung effizient zu steuern. Die indizierte und empfohlene Behandlung muss dann aber auch verfügbar sein!

Denn: In Regionen, in denen die Kapazitäten in den psychotherapeutischen Praxen mehr als ausgeschöpft sind, ist dies regelhaft nicht der Fall. Hier muss insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie im Ruhrgebiet durch die gezielte Anpassung der Bedarfsplanung für die verschiedenen Altersgruppen das notwendige Versorgungsangebot ermöglicht werden.

2.3 Mehr Zulassungen in schwach versorgten Gebieten

Dort, wo schon die Kapazitäten für Diagnostik und Indikationsstellung fehlen, mangelt es erst recht an Psychotherapieplätzen. Um zu erreichen, dass jede/r Patient*in die indizierte Behandlung in individuell zumutbarer Zeit erhält, muss dort bei der Bedarfsplanung nachgesteuert und die im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellte Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie durchgeführt werden.

Argumente:

- Je länger eine Erkrankung andauert und je mehr Erkrankungsepisoden eine Person bereits durchleben musste, desto schlechter die Prognose und desto größer die Gefahr von Chronifizierung und Rückfällen (Kraus et al. 2020, Kautzky et al. 2019, Dell’Osso et al. 2013) → Längere Wartezeiten bedeuten also auch langfristig mehr Behandlungsbedarf.
- Der Vorwurf, dass Behandlung aktuell nicht bedarfsgerecht stattfindet, ist anhand von Auswertung von Abrechnungsdaten ([dt. Ärzteblatt 2023](#)) widerlegt, die Krankheitslast der Patient*innen ist hoch.
- Es konnte gezeigt werden: Wenn man den Psychotherapiekosten die dadurch eingesparten Kosten in einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Schätzung unter Berücksichtigung von Faktoren wie Produktivität (Arbeitsfähigkeit) gegenübergestellt, zahlt sich jeder investierte Euro dreimal aus (genaues Verhältnis 3,25:1; Wittmann et al., 2011).
- Die meisten gesamtgesellschaftlichen Kosten entstehen durch die große Gruppe der mittelschwer Erkrankten infolge langer AU-Zeiten oder vorzeitiger Berentung (z.B. DPtV 2021), die durch Psychotherapie reduziert werden können (vgl. Wittmann et al., 2021).
- Im Kinder- und Jugendbereich sorgt eine rechtzeitige Psychotherapie dafür, dass psychische Erkrankungen seltener chronifizieren und komorbide Folgeerkrankungen vermieden werden, funktionale Entwicklungspfade wieder aufgenommen werden können, Bildungsziele erreicht werden können, Berufseinstiege gelingen und psychische Erkrankungen sich nicht auf die weiter nachfolgenden Generationen auswirken.
- Durch Entstigmatisierung trauen sich mehr Betroffene in Behandlung; das ist sinnvoll und sollte gewünscht sein, zumal die Förderung von Entstigmatisierung auch Gegenstand des Koalitionsvertrags (SPD, GRÜNE, FDP, 2021) ist.

2.4 Verbesserung der stationären Versorgung

In die Klinik werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eingewiesen, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreichend zur Verfügung steht oder nicht mehr ausreichend erscheint. Gerade dort muss es dann aber ausreichend qualifizierte Psychotherapeut*innen geben, um eine leitliniengerechte Behandlung vorzuhalten. Um dies zu ermöglichen, müssen diese im Stellenplan gemäß Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) im notwendigen Umfang zwingend vorgesehen werden. Dies ist auch in der aktuellen Version der PPP-RL bei weitem nicht der Fall.

2.5 Hilfen außerhalb der Psychotherapie

Bei Angeboten über genuine Psychotherapie hinaus muss die Frage gestellt werden, welche Angebote ganz fehlen und welche bestehenden Angebote erweitert und wo Kooperationen erleichtert werden müssen. Dazu gehören auch Angebote aus anderen Sozialgesetzbüchern, die häufig niederschwelliger sind. Diese stehen allerdings regional sehr unterschiedlich zur Verfügung, müssen oft mühsam erfragt werden und unterliegen stetigen Veränderungen. Regionale Übersichten würden die Arbeit im Einzelfall sehr erleichtern. Während es im Kinder- und Jugendbereich Pflichtversorgungen gibt, z.B. Erziehungsberatungsstellen, Jugendämter..., fehlen diese im Erwachsenenbereich oft völlig.

Außerdem sind in vielen Regionen Termine in psychiatrischen oder psychosomatischen Facharztpraxen kurzfristig kaum verfügbar. Bei bestimmten Erkrankungsbildern besteht aber die Notwendigkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation von Psychotherapeut*innen mit anderen Facharztgruppen und anderen involvierten Institutionen.

2.6 Bessere Vernetzung

Um wirklich effizient interdisziplinär im Sinne der Patient*innen arbeiten zu können, muss sowohl die fallunabhängige Kooperation, z.B. in Arbeitskreisen abgerechnet werden können, als auch die fallspezifische Zusammenarbeit mit Fachkräften anderer Berufe und Dienste, wie zum Beispiel Suchtberatung, Schulsozialberatung, Schuldnerberatung, Ehe- und Familien- oder Erziehungsberatung, sowie mit anderen Vertragsärzt*innen und stationären Einrichtungen. Somit benötigt es auch in der Regelversorgung Kooperations- und Koordinationsziffern sowie die Vergütung von Fallkonferenzen. Ein komplexer Behandlungsbedarf besteht auch bei vielen Patient*innen in der Regelversorgung, selbst wenn diese die Kriterien für die Komplexversorgung nicht vollständig erfüllen oder wenn kein Versorgungsnetz der neuen Richtlinie verfügbar ist.

Die kleinen Gesprächsziffern sollten in ausreichendem Umfang und durch gesetzliche Festlegung (genauso wie die anderen Gesprächsleistungen der Psychotherapeut*innen) extrabudgetär vergütet werden. Damit können schwer erkrankte Patient*innen über eine lange Zeit nach Abschluss einer Richtlinienpsychotherapie niederschwellig angebunden, stabilisiert und bei Krisen aufgefangen werden.

Eine zusätzliche Verbesserung könnte durch eine weitere Flexibilisierung der Behandlungsformen erreicht werden. So könnten Brüche in der Behandlung vermieden werden, wenn während eines Krankenhausaufenthaltes wegen einer anderen Erkrankung die Psychotherapie aufsuchend oder per Video fortgesetzt werden könnte oder Patient*innen insbesondere während der Vorbereitung der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik ambulante Angebote – insbesondere die Psychotherapeutische Sprechstunde - zunehmend eigenständig aufsuchen könnten. Ein solches Vorgehen ist aktuell aufgrund der starren Grenzen zwischen den Sektoren nur im Ausnahmefall der probatorischen Sitzungen während eines psychiatrisch-psychosomatischen Aufenthaltes möglich. Gleichzeitig muss das Entlassmanagement vieler Kliniken verbessert werden.

3. Verantwortung übernehmen

Die Psychotherapeut*innen sind bereit, zusammen mit den anderen Akteur*innen des Gesundheitswesens an der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung mitzuwirken, und bringen ihre Expertise gerne ein.

Literaturverzeichnis

Böker, U. & Hentschel, G. (2023). Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Hohe Kranklast – bedarfsgerechte Versorgung. *Ärzteblatt PP*, Ausgabe März 2023, Seite 103. Online verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230190/Ambulante-psychotherapeutische-Versorgung-Hohe-Krankheitslast-bedarfsgerechte-Versorgung>

Dell’Osso, B., Glick, I.D., Baldwin, D.S. & Altamura, A.C. (2013). Can Long-Term Outcomes Be Improved by Shortening the Duration of Untreated Illness in Psychiatric Disorders? A Conceptual Framework. *Psychopathology*; 46:14–21 DOI: 10.1159/000338608.

DPTV (2021). Report Psychotherapie 2021. Herausgeber: Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. 2. Auflage Mai 2021. Online verfügbar: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_offentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

Kautzky, A., Dold, M., Brtova, L. et al. (2019). Clinical factors predicting treatment resistant depression: affirmative results from the European multicenter study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 139: 78–88. DOI: 10.1111/acps.12959.

Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C.A. & Kasper, S. (2020). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational Psychiatry*; 9:127. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.U. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1MH). *Nervenarzt*, 85:77–87.

Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H.U. (2014) Self reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1MentalHealthModule (DEGS1MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23:289–303.

SPD, DIE GRÜNEN, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und der Freien Demokraten (FDP). Online verfügbar:

https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.

Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. Online verfügbar:

Psychotherapieverbände im Gesprächskreis II:

AVM: Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e.V.

BAG: Berufsverband der approbierten Gruppenpsychotherapeuten

bkj: Bundesverband für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie e.V.

BPP in der DGPT: Berufsverband der Psychologischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in der DGPT

BVKP: Bundesverband der Klinikpsychotherapeuten

bvvp: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.

DeGEFT: Deutsche Gesellschaft für Emotionsfokussierte Therapie e.V.

D3G: Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie

DDGAP: Deutscher Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten e.V.

DFP: Deutscher Fachverband für Psychodrama e.V.

DFT: Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte/Psychodynamische Psychotherapie e.V.

DGAP: Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e.V.

DGH: Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.

DGIP: Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V.

DGK: Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie e.V.

DGPs/Fachgruppe KliPs: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie e.V.

DGPSF: Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und –forschung e.V.

DGPT: Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

DGfs: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.

DGSGB: Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

DGSF: Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.

dgsp: Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.

DGVT: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

DPG: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V.

DPGG: Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

DPtV: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

DPV: Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.

Psychotherapeutische Versorgung gestalten - Positionspapier des Gesprächskreis II, Oktober 2023

DVT: Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Ethikverein e.V.: Ethikverein e.V. – Ethik in der Psychotherapie

GNP: Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.

GwG: Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung

KJPVT: Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.

MEG: Milton Erickson Gesellschaft

NGfP: Neue Gesellschaft für Psychologie

Psy4F: Psychologists for Future

SG: Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

VAKJP: Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V.

VfSP: Verbund für Systemische Psychotherapie e.V.

VIVT: Verband für Integrative Verhaltenstherapie e.V.

VPP im BDP: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V.