

Resolution DV 1-2025

**„Die beste Steuerung für Psychotherapie findet in unseren Praxen statt“ –
bvvp-Delegierte verwehren sich gegen externe Patientensteuerung in der Psychotherapie**

Das Problem der begrenzten Kapazitäten bei hohem oder sogar noch steigendem Behandlungsbedarf beschäftigt das gesamte Gesundheitssystem. In diesem Zusammenhang werden Modelle der Versorgungssteuerung nicht nur im somatischen Bereich, sondern auch bezogen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen diskutiert.

Die Delegierten des bvvp stellen fest:

Die Psychotherapeutischen Sprechstunden sind das originäre Steuerungsinstrument der Psychotherapeut*innen. Sie werden flächendeckend in großem Umfang angeboten. In diesem Rahmen werden auf höchstem Qualifikationsniveau Diagnose und Indikation gestellt und den Patient*innen werden die für sie geeigneten Angebote empfohlen. Patient*innen mit akutem Behandlungsbedarf werden zeitnah versorgt. In aller Regel sind aber moderate Wartezeiten zumutbar.

Schwere Erkrankungen erfordern längere, aber nicht unbedingt zeitnahe Behandlungen. Sie benötigen aber auf alle Fälle mehr Kapazitäten, da es sich immer um lange Therapieprozesse mit erhöhtem Koordinierungsbedarf handelt. Gleichwohl sind nicht alle Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen akut oder dringlich behandlungsbedürftig.

Jedwede Form einer vorgeschalteten Eingangshürde zum Zugang in psychotherapeutische Praxen wird abgelehnt. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie ist nicht verhandelbar.

Dies muss auch für primärärztliche Konzepte gelten. Der psychotherapeutische Bereich muss von diesen zwingend ausgenommen werden, sodass die Anfragenden – wie bei den Vermittlungen über die Terminservicestellen – einen Termin in einer psychotherapeutischen Praxis ohne vorherige Abklärung durch einen anderen Behandelnden bekommen können.

Eine Unterscheidung durch ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zwischen Notfall, akutem Behandlungsbedarf und einem Bedarf, dem man mit einer gewissen Wartezeit begegnen kann, ist für den somatischen Bereich sinnvoll. Inwiefern es hier auch entsprechende Ersteinschätzungsinstrumente für den Bereich der psychischen Erkrankungen geben kann, muss erst noch geprüft werden.

Genauso sollte nun zunächst geprüft werden, ob die neue Möglichkeit der Erteilung von Ermächtigungen für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von bestimmten vulnerablen Patient*innen die angestrebte Wirkung erreicht und auch, ob es mit einer Überarbeitung und Vereinfachung der sogenannten Komplexrichtlinie für Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf nun tatsächlich zu einer großflächigeren Verankerung in der Versorgung kommt.

Der bvvp weist darauf hin, dass jede denkbare Form der Steuerung auch voraussetzt, dass dort, wohin man steuern will, auch entsprechende personelle Kapazitäten bereitstehen müssen. Die seit langem diskutierte eigene Beplanung für den Versorgungsbereich von Kindern und Jugendlichen muss endlich gesetzlich angegangen werden. Genauso bedarf es einer Überprüfung der Kapazitäten in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und dem Ruhrgebiet.

Im Übrigen ist die Politik gefordert, zunächst ihre eigenen Hausaufgaben zu erledigen! So müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die psychische Gesundheit fördern. Präventive und niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote müssen ausgebaut werden. Und es muss ein Masterplan entwickelt werden, um zu erreichen, dass sich Ärzt*innen wieder mehr für den P-Bereich interessieren und als Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und als Psychiater*innen für alle Altersgruppen in der Versorgung tätig werden.

Schließlich muss die Politik endlich auch die Verantwortung dafür übernehmen und dies klar kommunizieren, dass die Steuerungsnotwendigkeit aufgrund von begrenzten Kapazitäten nicht mit einem ungekürzten Leistungsversprechen und mit fehlender Verbindlichkeit bei Terminen und Zuweisungen im Gesundheitswesen zu vereinbaren ist.