

Neugestaltung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

ANKE WALENDZIK,
SARAH HEBROK

Dr. rer. medic. Anke Walendzik ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizinmanagement von Prof. Dr. Jürgen Wasem in Essen und leitet dort die Arbeitsgruppe „Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung“

Sarah Hebrok schreibt ihre Masterarbeit zum Thema „Neugestaltung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland – Problemanalyse und Lösungskonzepte“ im Masterstudiengang Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen und arbeitet als studentische Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizinmanagement von Prof. Dr. Jürgen Wasem in Essen

Mit der Koalitionsvereinbarung hat die Bundesregierung die Neugestaltung der ambulanten Psychotherapie in Deutschland auf den Weg gebracht. Verschiedene Organisationen veröffentlichten bereits Konzepte mit Vorschlägen zur Umgestaltung. Basierend auf der Empirie über die derzeitige Versorgungslage untersucht dieser Artikel die Lösungskonzepte auf ihre Tauglichkeit zur Verbesserung der Situation.

1. Hintergrund

1.1 Relevanz der Thematik

Die ambulante Psychotherapie wurde im Jahr 1999 in die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland integriert. Seither haben sich die Rahmenbedingungen weiterentwickelt und es stellt sich die Frage, ob die bestehenden Strukturen an neue Gegebenheiten anzupassen sind. Die volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Diagnosen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit¹ oder für Erwerbsunfähigkeit² hat deutlich zugenommen. Dies scheint nicht in erster Linie auf eine erhöhte Prävalenz, sondern auch auf eine erhöhte diagnostische Sensitivität seitens der Hausärzte und eine allgemein gestiegene patientenseitige Akzeptanz gegenüber der Diagnose psychischer Erkrankungen zurückzugehen.³ Die beschriebene Entwicklung führt zu einem erhöhten manifesten Bedarf an ambulanter Psychotherapie als einer wesentlichen Form der Behandlung von psychischer Krankheit. In diesem Versorgungssegment haben sich jedoch in Deutschland verschiedene Problembereiche entwickelt, wie z. B. Wartezeiten oder auch regionale und personengruppenspezifische Versorgungsunterschiede.⁴

Aufgabe einer Reform ist es also, die psychotherapeutische Versorgung an heutige Anforderungen anzupassen und das Angebot der ambulanten Psychotherapie dementsprechend weiterzuentwickeln.

1.2 Koalitionsvereinbarung und Referentenentwurf GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Die derzeitige Bundesregierung hat diese Notwendigkeit erkannt und in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 27.11.2013⁵ erste Änderungen vereinbart. Zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) am 21.10.2014 einen Referentenentwurf für ein 'Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung' vorgelegt. Mit dem Gesetz soll insbesondere die ambulante ärztliche Versorgung verbessert werden. Neben einer Reihe von Instrumenten, die sich auf die gesamte ambulante ärztliche

1 DAK (2013).

2 Deutsche Rentenversicherung (2014).

3 DAK (2013).

4 DPTV (2010).

5 CDU/ CSU, SPD (2013).

Versorgung beziehen⁶, enthält der Entwurf einen Auftrag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bis zum 30.6.2016 die Psychotherapie-Richtlinie zu ergänzen⁷. Außerdem soll der G-BA Regelungen treffen, damit sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern. Im April 2015 soll das GKV-VSG in Kraft treten.⁸

2. Bestandsaufnahme/Empirie

Empirische Erhebungen können Hinweise zur Beurteilung der derzeitigen psychotherapeutischen Versorgungssituation und zur Identifizierung verbesserungsbedürftiger Aspekte liefern. Deshalb werden im Folgenden die Ergebnisse der wichtigsten aktuellen Studien zusammengefasst.

2.1 DPTV 2010⁹

Die Fragebogenstudie 'Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010' der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) unter ihren Mitgliedern fokussiert das Versorgungsangebot durch psychologische Psychotherapeuten, den Zugang zur und die Dauer der Therapie und die Kooperation mit medizinischen Leistungserbringern. Die allgemeine Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie tendiert, insbesondere wegen der Wartezeiten von mindestens zwei Monaten auf ein Erstgespräch, in Richtung Unterversorgung. Dabei ergeben sich Hinweise auf Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land zugunsten der Großstadt, wenngleich auch hier keine Anzeichen für eine Überversorgung gemessen am in Nachfrage manifestierten Bedarf festgestellt werden können. Weiter sind Personengruppen über 65 Jahren und Männer ebenso wie Personen niedriger sozialer Schichten¹⁰ deutlich unterversorgt. Für 43,5% der Patienten ist aus Sicht der Psychotherapeuten das Höchstkontingent an Richtlinien-Psychotherapie nicht ausreichend, wenngleich andere Patienten nur wenige Stunden Psychotherapie wahrnehmen. Zum Angebotsaspekt fällt bei den Psychotherapeuten ein hohes Durchschnittsalter auf, da 57% aller Therapeuten über 50 Jahre alt sind. Zudem zeichnet sich die jüngere Therapeutengruppe durch einen hohen Frauenanteil aus, welche zumeist ein geringeres Stundenkontingent pro Woche anbieten.

Somit kann in den nächsten 15 Jahren ein starker Ersatzbedarf an Therapeuten erwartet werden, was eine zusätzliche Verschärfung der Versorgungssituation bedeuten kann. Die Zugangswege zur Psychotherapie sind auffällig heterogen; nur etwa die Hälfte der Patienten wird über das medizinische System zugewiesen, während die übrigen per Direktzugang zum Psychotherapeuten finden.

2.2 Gallas et al 2010¹¹

Gallas et al veröffentlichten im Jahre 2010 die Ergebnisse ihrer Studie 'Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis'. Anhand einer Stichprobe von 714 privat versicherten Psychotherapiepatienten wurden zeitliche Parameter ambulanter Psychotherapie über einen Zeitraum von vier Jahren beobachtet. Nur 72,5 % der genehmigten Therapiekontingente wurde ausgeschöpft, während für 38,4 % der Teilnehmer mindestens ein Folgeantrag gestellt wurde. Die zu Beginn der Therapie erhobenen Variablen (Geschlecht, Schulbildung, Krankheitsschwere) des Patienten haben kaum Einfluss auf Therapiedauer oder -umfang. Jedoch scheint bei der Frage nach der Beendigung oder der Fortsetzung einer Therapie die Symptomschwere des Patienten eine gewisse Rolle zu spielen. Folgeanträge werden insbesondere bei Patienten gestellt, die zu Beginn der Therapie stärker psychisch beeinträchtigt waren. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Kontingente der Richtlinienpsychotherapie zur Orientierung dienen und flexibel im individuellen Fall eingesetzt werden.

2.3 Albani et al 2010¹²

Albani et al veröffentlichten 2010 die Ergebnisse ihrer bevölkerungsrepräsentativen Studie 'Ambulante Psychotherapie aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation' sowie 'Teil 2: Wirksamkeit' auf der Basis von 1.212 standardisierten Telefoninterviews mit Psychotherapiepatienten. Es wird ein hohes Ausmaß an Multimorbidität (im Mittel 5,11 Beschwerden pro Person) und Chronizität der psychischen Erkrankung (43% der Befragten hatten mindestens zwei Psychotherapie-Behandlungen) unter den Befragten deutlich. Die Angaben zu Ansprechpartnern bei psychischen

Problemen sowie die geringe Ermutigung aus dem sozialen Umfeld, eine Therapie zu beginnen, deuten auf Psychotherapie als Tabuthema hin. Die Beziehung zum Hausarzt wird sehr positiv eingeschätzt, so dass mehr als die Hälfte der Patienten diesen als Ansprechpartner für ihre psychischen Probleme nutzten. Jedoch empfehlen nur 33% der angesprochenen Hausärzte eine Psychotherapie. Der von der Krankenkasse finanzierte Umfang der Behandlung wird patientenseitig als ausreichend eingestuft. Die ambulante Psychotherapie wird von den Patienten als sehr wirksam eingeschätzt und über Besserungsraten bei annähernd allen Beschwerden von über 50% berichtet, wohingegen die Verschlechterungsraten durchweg unter 8% liegen. Neben der Zielsymptomatik wirkt sich eine Psychotherapie aus Patientensicht auch positiv auf weitere relevante Lebensbereiche aus, und 90% der Patienten sind mit ihrem Therapeuten zufrieden.

2.4 Barmer GEK 2011¹³

Der Barmer GEK Report Krankenhaus 2011 behandelt als Schwerpunktthema den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. Dabei werden die Routinedaten des Versichertenbestandes und die standardisierte Befragung einer Gruppe von Versicherten genutzt, die im Untersuchungszeitraum aus einer durch psychische Störung bedingten akut-stationären Behandlung entlassen wurden. Die erhobene Wartezeit auf einen ambulanten Therapiebeginn im Anschluss an den stationären Aufenthalt ist vergleichsweise kurz. Patienten, die sich schon vor ihrem stationären Aufenthalt in ambulan-

6 So sollen für Leistungserbringer Anreize geboten werden, sich in strukturschwachen Regionen niederzulassen. Außerdem sind so genannte Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vorgesehen.

7 Themen sind die Flexibilisierung des Therapieangebots, die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, die Förderung von Gruppentherapien sowie die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

8 GKV-VSG (2014).

9 DPTV (2010).

10 gemessen an epidemiologischen Erkenntnissen über die Prävalenz psychischer Störungen in diesen Personengruppen

11 Gallas, C.; Puschner, B. et al (2010).

12 Albani, C.; Blaser, G. et al (2010).

13 Barmer GEK (2011).

ter psychotherapeutischer Behandlung befanden, können meist im Anschluss an eine stationäre Behandlung ihren alten Therapieplatz wieder einnehmen. In Patientenaugen stellen die Empfehlung des Krankenhauses die Weichen für eine ambulante Weiterbehandlung, da die Empfehlungen eines Krankenhauses bei niedergelassenen Ärzten oft (88%) Berücksichtigung finden, was mit positiven Gesundheitseffekten einhergeht. Stationäre Widereinweisungsraten treten insbesondere in den ersten Tagen nach der Entlassung auf. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kommt es bei einem Großteil der Patienten zu Verbesserungen der Befindlichkeit.

2.5 BPtK 2011¹⁴

Die Landespsychotherapeutenkammern und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) befragten im Jahr 2011 9.000 niedergelassene Psychotherapeuten zu Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Im Bundesdurchschnitt warten psychisch kranke Menschen 12,5 Wochen auf ein Erstgespräch und weitere drei Monate auf den Behandlungsbeginn. Dabei gibt es eine regionale Streuung der Wartezeiten.

2.6 DAK 2013¹⁵

Die DAK nimmt jährlich anhand ihrer Abrechnungsdaten Arbeitsunfähigkeitsanalysen vor, um Erkenntnisse über den Krankenstand in ihrer Versichertengemeinschaft zu erlangen. Im Jahr 2013 wurde dabei das Schwerpunktthema 'psychische Erkrankungen' bearbeitet, indem neben den Sekundärdatenanalysen Diskussionen mit hausärztlichen Qualitätszirkeln geführt wurden. Für die steigende Bedeutung psychischer Krankheiten bei der Arbeitsunfähigkeit lieferten die befragten Hausärztemehrere Erklärungsansätze: gesteigerte Sensibilität sowohl von Seiten der Hausärzte als auch der Patienten; patientenseitig gesteigerte Sensibilität; Verlagerung von somatischen zu psychischen Diagnosen; gestiegene Arbeitsanforderungen als psychische Belastung mit Erkrankungsrisiko. Außerdem scheint durch die öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema Burnout ein Vehikel entwickelt worden zu sein, dass es den Patienten ermöglicht ihre psychischen Probleme anzusprechen und behandeln zu lassen.

2.7 Albani et al 2012¹⁶

Thema einer Studie von Albani et al ist die Einstellung der deutschen erwachsenen Bevölkerung zur Psychotherapie. Dazu wurde im Jahr 2012 eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung anhand eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. Die Mehrzahl der Befragten bezeichnet Psychotherapie sowohl als notwendig und hilfreich zur Behandlung psychischer Krankheit, ebenso als sinnvoll in Lebenskrisen. Die Befragten, die selbst eine Psychotherapie durchlaufen haben, bewerten diese zu 83% als erfolgreich. Frauen sind gegenüber einer möglichen Psychotherapie aufgeschlossener als Männer. Dennoch ist die Psychotherapie nach wie vor mit einer gewissen Tabuisierung verbunden, so dass sich 34% der Befragten schämen würden, wenn das soziale Umfeld von einer eigenen Therapie erfahren würde und 28% schließen eine Psychotherapie für sich selbst kategorisch aus.

2.8 Zusammenfassung

Aus den Erhebungen werden einige Problembereiche der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich. Zunächst gilt eine ambulante Psychotherapie aus Patientensicht als wirksam. Gleichzeitig bestehen deutliche Anzeichen für eine Unterversorgung mit Psychotherapie in Gestalt von Wartezeiten, die in allen Regionen auftreten, aber besonders ländliche Regionen betreffen. Insbesondere für ältere Menschen, Männer und sozioökonomisch Benachteiligte scheint es zusätzliche Zugangsbarrieren zu geben. Auch wenn das Thema Psychotherapie in den letzten Jahren schon vermehrt öffentliche Aufmerksamkeit bekommen hat, bestehen noch Zugangshemmnisse durch Tabuisierung. Zu Zuweisungsdefiziten trägt die unzureichende Diagnostik und Therapieempfehlung durch die Hausärzte bei. Hinzu kommen unklare und differenzierte Zugangswege, die dem Patienten den Therapiebeginn erschweren. Die Therapiedauer scheint sich innerhalb der genehmigten Therapiekontingente am individuellen Patientenbedarf zu orientieren, jedoch werden Probleme in Bezug auf notwendige stabilisierende Anschlussbehandlungen gesehen. Besonders die Problematiken von Multimorbidität und Chronizität beanspruchen die Schnittstellen zwischen Leistungserbringern.

3. Anforderungen an Reform der psychotherapeutischen Versorgung

Aus der vorgegangenen Untersuchung der derzeitigen psychotherapeutischen Versorgungssituation samt ihrer Defizite werden nun Kriterien abgeleitet, die zur Beurteilung der vorgelegten Konzepte genutzt werden sollen. Dabei finden auch Erkenntnisse über generelle Defizite in der deutschen Gesundheitsversorgung Berücksichtigung.^{17 18} Die Kriterien werden den drei Hauptkategorien Zugang, Behandlung sowie Qualität & Wirtschaftlichkeit zugeordnet.

3.1 Zugangsaspekte

Das erste Kriterium beinhaltet die **Akutversorgung**, welche in der derzeitigen Versorgung ausschließlich von Kliniken übernommen wird¹⁹. Damit ist ein unmittelbarer Zugang in der Notsituation gemeint, welcher sich z. B. durch eine Notfallsprechstunde umsetzen ließe.

Das nächste Kriterium beschreibt die **Zuleitung** bzw. den Zugang zum psychotherapeutischen Behandlungssystem. Diese Aufgabe wird häufig vom Hausarzt übernommen, denkbar wäre auch eine zentrale Anlaufstelle für den Erstkontakt. Auch die Zuleitung aus der somatischen Versorgung muss hier berücksichtigt werden.

Weiter muss das Kriterium des **niedrigschwiligen Zugangs** zur Psychotherapie untersucht werden. Es beinhaltet die Reduktion von Wartezeiten und somit einen schnellen Zugang zur Therapie. Außerdem können Information und Aufklärung der Bevölkerung zur Enttabuisierung und damit zum Abbau von Hemmschwellen beitragen. Insbesondere bei minderversorgten Personengruppen (Ältere, Männer und Menschen mit geringem sozioökonomischem Status) können Zugangsbarrieren abgebaut und so der Zugang erleichtert werden.

3.2 Behandlungsaspekte

Der Themenbereich Behandlung im erweiterten Sinne berücksichtigt alle Schritte, die nach dem Zugang zur am-

14 BPtK (2011).

15 DAK (2013).

16 Albani, C.; Blaser, G. et al (2012).

17 Sachverständigenrat (2014).

18 Sachverständigenrat (2012).

19 BPtK (2011).

bulanten Psychotherapie folgen, also auch das Kriterium **Diagnostik**. Eine schnelle und korrekte Diagnose ist die Voraussetzung zur Weiterleitung des Patienten in eine passende therapeutische Maßnahme. Entsprechend betrifft das folgende Kriterium die bedarfsgerechte **Zuweisung**. Insbesondere die Netzwerkbildung bzw. Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Leistungserbringern kann dazu beitragen, dass dem Patienten nach der Diagnose eine geeignete Therapie ermöglicht wird. Ein einsetzendes Case Management stellt das Maximum der Patientenversorgung bei besonders schweren Fällen dar. Im Zusammenhang mit der Überweisung zu anderen Leistungserbringern durch den Psychotherapeuten, muss über die Kompetenzverteilung bzw. Befugnisserweiterung dieser Berufsgruppe nachgedacht werden.

Neben den drei Richtlinienverfahren in der Psychotherapie ist auch eine **bedarfsgerechte Diversifizierung psychotherapeutischer Maßnahmen** zu berücksichtigen. So werden Weiterentwicklungen und neue Therapieoptionen, wie z. B. Psychoedukation oder angeleitete Selbsthilfe einbezogen, ebenso wie Angebote anderer Leistungserbringer aus dem Versorgungssystem.

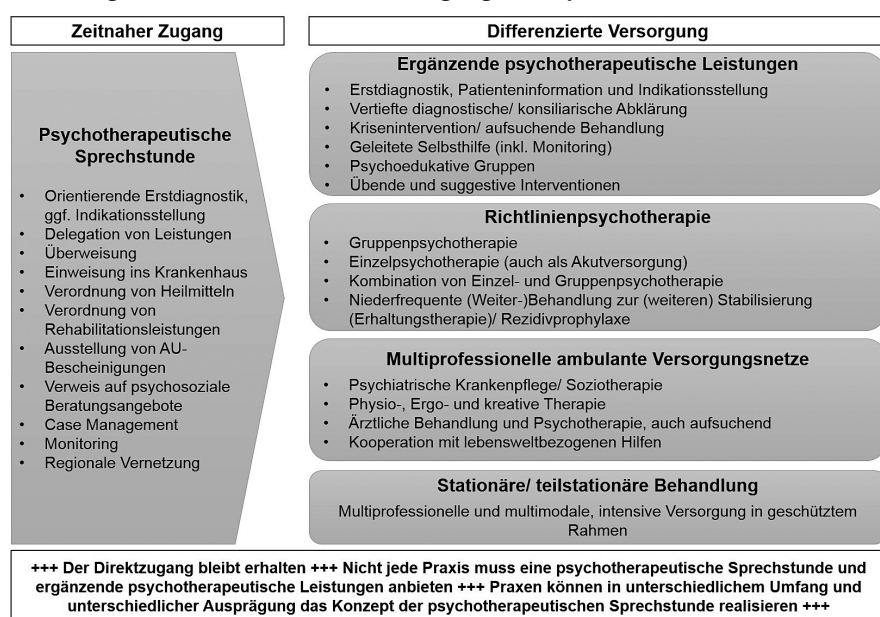
In der bisherigen ambulanten Psychotherapie findet die **Erhaltungstherapie** zur Stabilisierung des Behandlungsergebnisses noch keine Berücksichtigung, so dass das Vorhalten eines solchen therapeutischen Angebots das letzte Kriterium im Themenkomplex Behandlung darstellt. Denkbar wäre eine niederfrequente Weiterbehandlung nach dem Therapieende.

3.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit

Das Gutachterverfahren erfordert viele ökonomische Ressourcen und erfüllt seine Aufgaben, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung, unzureichend. Daher ist ein definiertes Kriterium die **Entbürokratisierung** des Antragverfahrens. Ein weiteres Kriterium beschäftigt sich mit der **Überprüfung des Behandlungserfolgs**, welches die Qualitätssicherung ergänzen würde.

Das Wartezeitenproblem ist auch durch die **Bedarfsplanung** entstanden und konnte mit den jüngsten Reformen nicht gelöst werden. Daher thematisiert das letzte Kriterium eine Anpassung der Angebotssituation in der Bedarfsplanung entsprechend

Abbildung 1: BPtK- Differenziertes Versorgungskonzept



Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an BPtK (2014), S. 16.

der Nachfrage nach einer bedarfsgerecht organisierten ambulanten Psychotherapie.

4. Konzepte

4.1 BPtK

Das 'Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung' der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wurde im Juni 2013 veröffentlicht. Es versucht, dem Bedarf verschiedener Patientengruppen über ein erweitertes Spektrum an therapeutischen Maßnahmen gerecht zu werden. Als zentrales Element dient eine neu einzuführende Sprechstunde, welche die Aufgaben Erstdiagnostik, Weiterleitung und auch ein mögliches Case Management in besonders schweren Fällen übernehmen soll. Um ein breites Leistungsspektrum zu ermöglichen, sieht die BPtK die Erweiterung der Befugnisse von Psychotherapeuten (z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Einweisung ins Krankenhaus, Verordnungen, Überweisungen) als notwendige Voraussetzung an, genauso wie eine stärkere und systematischere regionale Vernetzung aufbauend auf den bestehenden Strukturen. In diesem Zusammenhang sollen Psychotherapeuten die Möglichkeit haben, Tätigkeiten am Patienten, welche neben der Kernaufgabe anfallen, wie die Betreuung von Patienten während des Ausfüllens psychometrischer Fragebögen, an qualifiziertes Praxispersonal

zu delegieren. Das differenzierte Versorgungskonzept der BPtK sieht außerdem die Erweiterung des psychotherapeutischen Leistungsspektrums um folgende Elemente vor: Indikationsstellung, diagnostische Abklärung, Krisenintervention (auch aufsuchend), geleitete Selbsthilfe, psychoedukative Gruppentherapie und übende Interventionen. Der Bereich der Richtlinienpsychotherapie soll flexibilisiert werden, um die Erfolg versprechende Gruppentherapie passgenauer und auch als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie einsetzen zu können. Zudem soll eine niederfrequente Weiterbehandlung zur Erhaltung des Therapieerfolgs möglich sein. Besonders für die Versorgung psychisch schwer Kranker sollen multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze eingesetzt werden. Hierzu gehört auch die reibungslose Kooperation mit dem (teil-)stationären Bereich. Um das differenzierte Versorgungskonzept der BPtK umsetzen zu können, müssen die Therapiekontingente flexibilisiert und entbürokratisiert werden. Nach den Plänen der BPtK entstünden Ausdifferenzierungen des psychotherapeutischen Versorgungsangebots und der Praxistypen, zum Einen wegen der Erweiterung des Leistungsangebot, so dass die Entstehung von stärker auf Koordinationsleistungen ausgerichteten Praxen zu erwarten wäre, und zum Anderen, weil jede Praxis selbst frei entscheiden kann, welchen Grad der Umsetzung sie plant. Die BPtK

versucht mit ihrem Konzept den Bedürfnissen sämtlicher Patientengruppen auf möglichst individuell angepasste Weise nachzukommen. Durch die passgenaueren Versorgungsangebote soll auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöht werden, jedoch wird nach Auffassung der BPtK insgesamt trotzdem zur Deckung des Bedarfs an Psychotherapie eine höhere Zahl von Psychotherapeuten benötigt.²⁰

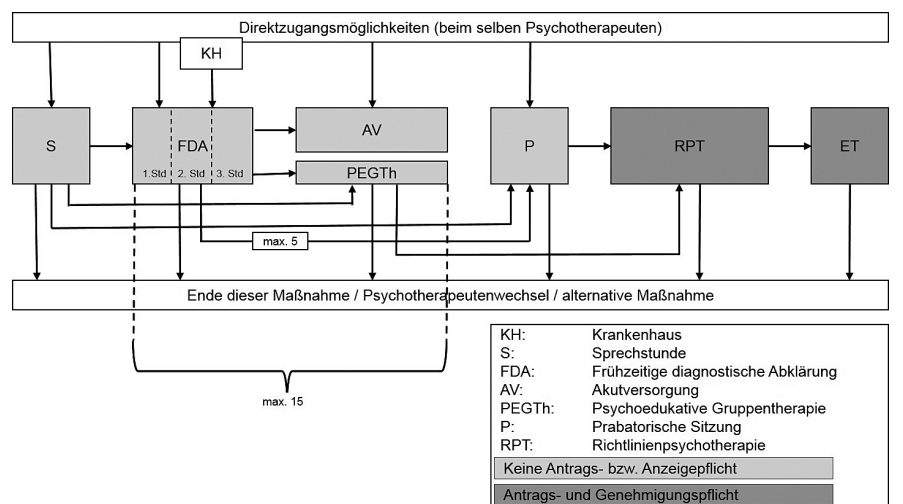
4.2 VdEK

Der Verband der Ersatzkrankenkassen (VdEK) hat sich besonders mit der Zuweisungs- und Koordinierungsfunktion in Hinblick auf passende psychotherapeutische Angebote für psychisch kranke Patienten beschäftigt. Aus diesem Grunde wurden am 31.07.2013 so genannte intelligente Koordinierungsstellen (iKS) vorgeschlagen. Diese sollen gemeinsam von Krankenkassen und Psychotherapeuten getragen und durch die GKV finanziert werden. Von den Krankenkassen unabhängige Psychotherapeuten sollen die iKS besetzen, so für den Patienten als erste Anlaufstelle in der Region dienen und zudem schnell in eine bedarfsgerechte Behandlungsform weiterleiten. Dabei soll die iKS mit allen Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen und stationären Einrichtungen in der Region gut vernetzt sein, um Informationen über freie Therapieplätze an den Patienten weitergeben zu können. So erhofft sich der VdEK eine bessere Ressourcenallokation neben einer Verkürzung von Wartezeiten und sieht mit den iKS einen großen Schritt in Richtung einer koordinierten psychotherapeutischen Versorgung im Sinne des Patienten. Der VdEK stellt als einzige Gruppe mit den iKS eine regionale Anlaufstelle zur Lenkung der Patienten vor und wird deshalb hier trotz ansonsten begrenzter Reichweite dieser Vorschlag vorgestellt.²¹

4.3 DPtV

Im November 2013 veröffentlichte auch die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) ein Konzept zur Neugestaltung der ambulanten Psychotherapie in Deutschland mit dem Titel 'Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung' mit dem Ziel einer bedarfsgerechteren Versorgung. Bei der DPtV wird ein Schwerpunkt auf eine verbesserte Diagnostik gesetzt als Grundlage von Entscheidungen für Be-

Abbildung 2: DPtV Konzept



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an DPtV (2013), S. 17.

handlungsmaßnahmen. Ebenso sollen der Austausch mit Zuweisern sowie die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich verbessert werden. Das Konzept beinhaltet eine Reihe neuer Elemente. Die auch hier vorgesehene Sprechstunde dient dem niedrigschwelligen Zugang zum Psychotherapeuten, bietet Informationen über Behandlungsalternativen und kann auch zur Krisenintervention genutzt werden. Das Element der frühzeitigen diagnostischen Abklärung zielt auf eine Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen und beinhaltet eine Komplexleistung mit definiertem Leistungsspektrum, wie Befundsichtung, konsiliarischer Erörterung mit Zuweisern sowie Screeningverfahren. Zusätzlich soll eine Akutversorgung zur Bekämpfung einer Krisensituation innerhalb von 14 Tagen nach der Zuweisung garantiert werden. Auch die DPtV plant die Förderung der Gruppentherapie, indem statt einer Akutversorgung auch eine psychoedukative Gruppentherapie mit bis zu 15 Doppelsitzungen durchgeführt werden kann. Die Probatorik soll erhalten bleiben und ausschließlich zum Zweck der Indikationsprüfung genutzt werden. Als weiteres neues Element ist die Erhaltungstherapie geplant, welche in Form einer niederfrequenten Psychotherapie zum Erhalt des erreichten Behandlungserfolgs beitragen soll. Das Konzept der DPtV konzentriert sich insbesondere auf die Kernelemente der ambulanten Psychotherapie selbst und macht hier sehr detaillierte und operationalisierte Gestaltungsvorschläge.

Der Schwerpunkt liegt weniger auf Problembereichen wie Koordination und Kooperation.²²

4.4 GKV-Spitzenverband

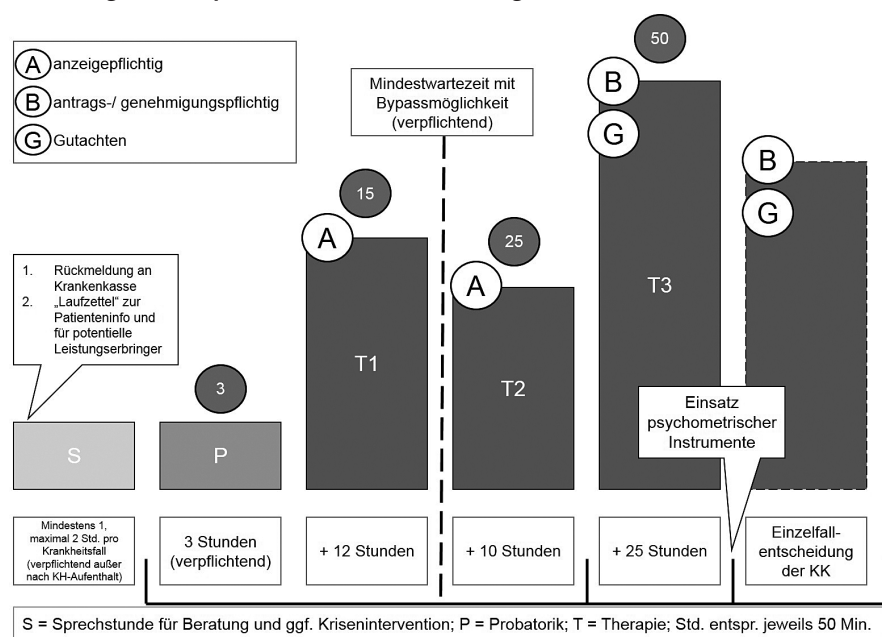
Am 27.11.2013 veröffentlichte der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) ein Positionspapier zur Neugestaltung der ambulanten Psychotherapie unter dem Namen 'Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen'. Das Dokument formuliert Versorgungsziele samt Maßnahmen zur Zielerreichung. Um die regionale Ungleichverteilung zu bekämpfen, betont der GKV-SV den Abbau von Überversorgung im Sinne der gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie – wenn dies konsequent betrieben werde, sei es nicht notwendig, die Behandlerrkapazitäten auszuweiten. Um die Ergebnis- und Prozessqualität jeder ambulanten Psychotherapie zu prüfen, sind zu Beginn und Ende jedes Therapieabschnitts psychometrische Instrumente vorgesehen. Außerdem soll geprüft werden, ob das Gutachterverfahren seine Aufgabe der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllt oder ob dieses ersetzt bzw. ergänzt werden muss. Zentrales Element des GKV-SV-Konzepts ist ebenfalls eine obligatorische Sprechstunde, welche vielfältige Funktionen erfüllen soll: Akutbehandlung,

20 BPtK (2014).

21 Janssen, B.; Malinke, S. (2013).

22 DPtV (2013).

Abbildung 3: GKV-Spitzenverband Positionierung



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an GKV-Spitzenverband (2013), S. 9.

Krisenintervention sowie Beratung über mögliche Behandlungsalternativen. Weiter plant der GKV-SV eine Umgestaltung der Behandlungskontingente. Nach der Sprechstunde sollen auf eine zweistündige Probatorik zwei nur anzeigepflichtige (statt derzeit genehmigungspflichtige) Blocks von insgesamt 22 Stunden Kurzzeittherapie folgen. Zudem wird nach den ersten zwölf Therapiestunden regulär eine sechswöchige Wartezeit geplant. Das Behandlungskontingent der Langzeittherapie soll ebenfalls reduziert werden von 300 auf nun mehr 50 Therapiestunden, wobei eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie weiterhin, in Einzelfällen auch ohne Therapieunterbrechung, möglich sein soll. Weiter plant auch der GKV-SV, durch eine Flexibilisierung der Voraussetzungen die Gruppentherapie zu fördern. Insgesamt legt der GKV-SV das Augenmerk auf die wirtschaftliche Gestaltung der Behandlungsabschnitte, um mehr Patienten als bisher behandeln zu können und dem Wartezeitenproblem somit entgegen zu wirken.²³

5. Konzeptanalyse

Die Lösungsansätze der beschriebenen Konzepte werden nun anhand der in Kapitel 3 erarbeiteten Kriterien, gegliedert in Zugangs-, Behandlungsaspekte und Qualität & Wirtschaftlichkeit, in Hinblick auf ihr Potential zur Verbesserung

der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland untersucht.

5.1 Zugangsaspekte

Eine Sprechstunde ist in allen Konzepten als Instrument für den **niedrigschwelligen Zugang** vorgesehen. Dabei reicht je nach ihrer Funktion ihr gewünschtes Ergebnis vom Laufzettel zur Orientierung (GKV-SV) bis zum ggf. einsetzenden Case-Management (BPtK). Der VdEK plant die iKS mit ihren Besonderheiten als erste regionale Anlaufstelle für den Patienten, die zusätzlich zu den psychotherapeutischen Praxen eingeführt werden und die Kassen am Zuweisungsprozess beteiligen. Die BPtK betont in ihrem Konzept die Koordinierungsfunktion der – hier von den niedergelassenen Psychotherapeuten selber durchgeführten – Sprechstunde am stärksten. Aus der Konzeption des Sprechstundenangebots und den damit anfallenden Aufgaben, wie z. B. Überweisung, Krankschreibung resultiert die Notwendigkeit, die Befugnisbeschränkungen der Psychotherapeuten zu überarbeiten und die Praxisstrukturen anzupassen. Hier wird allerdings auf Freiwilligkeit der Anbieter bei der flächendeckenden Umsetzung abgestellt.

Zum Thema **Akutversorgung** planen die DPtV und die BPtK neue eigenständige Elemente, während der GKV-SV vorsieht, die Sprechstunde auch hierfür zu nutzen.

Auch die **Zuleitung** zur Psychotherapie aus dem medizinischen System wird im BPtK-Modell thematisiert. Hier wird die Lotsenfunktion ggf. spezialisierter psychotherapeutischer Praxen betont. GKV-SV und DPtV nennen keine expliziten Vorschläge für die Zuleitung des Patienten zur Psychotherapie.

Insgesamt ist die Einhelligkeit der Konzepte in der Frage der Sprechstunde zu begrüßen. Angesichts der Heterogenität der Zugangswege zur Psychotherapie erscheint systematische Vernetzung sowohl im Rahmen der ambulanten (Hausärzte, Psychiater) und der stationären medizinischen Versorgung als auch mit einschlägigen Beratungsstellen wichtig, gerade in Hinblick auf Patientengruppen mit Zugangsbarrieren. Dabei erscheint es wichtig, zusätzlich ein ausreichendes zeitliches Angebot für Krisenintervention bereitzustellen. Soll über die Sprechstunde eine erweiterte Koordinierungsfunktion wahrgenommen werden und der psychotherapeutischen Berufsgruppe eine Lotsenfunktion im Bereich psychischer Erkrankungen zugesprochen werden, so ist die Zusammenarbeit mit anderen behandelnden Berufsgruppen wie den Psychiatern, die im Rahmen der Konzipierung von Versorgungsstrukturen noch allzu oft von berufspolitischer Konkurrenz geprägt ist, intensiv voranzutreiben. Dies gilt auch für das organisatorische Alternativkonzept der iKS des VdEK. In Hinblick auf die mögliche Ausdifferenzierung von Praxen zum Vorhalten der Sprechstundenfunktion im Konzept der DPtV ist auch die Frage zu stellen, wie dies ohne weitere Regulierung flächendeckend realisiert werden kann.

5.2 Behandlungsaspekte

Das Thema **Diagnostik** wird in allen Konzepten individuell behandelt. Die DPtV plant ein gesondertes Modul, welches eine sorgfältige Diagnose als Grundlage zur Weiterleitung in die richtige Therapieform liefern soll. Der GKV-SV schlägt vor, innerhalb der Sprechstunde durch psychometrische Instrumente zügig zur Diagnosestellung zu kommen. Auch die BPtK will die Sprechstunde zur Erstdiagnostik nutzen und bei Bedarf eine tiefergehende Differentialdiagnostik folgen lassen.

Nach einer gesicherten Diagnose erfolgt die **Zuweisung** bzw. Weiterleitung in eine geeignete therapeutische Maßnahme. Hierzu nutzen alle Konzepte die

²³ GKV-Spitzenverband (2013).

Sprechstunde. Bei der DPtV ist zudem die Weiterleitung aus einer vertieften diagnostischen Abklärung oder aus den probatorischen Sitzungen möglich. Dabei ist ein Übergang aus der Psychotherapie in eine alternative Maßnahme oder zu einem anderen Therapeuten zu jedem Zeitpunkt möglich. Beim GKV-SV wird auch die Zuweisungsfunktion der bereits existierende Probatorik betont. Der VdEK setzt seine regional gut zu vernetzenden iKS ein. Diese sollen einen Überblick über relevante freie Therapieplätze haben, so dem Patienten die Suche abnehmen und gleichzeitig Wartezeiten verkürzen. Die DPtV setzt den Schwerpunkt auf eine Weiterleitung in ein psychotherapeutisches Angebot. Der GKV-SV hingegen, wie auch die BPtK,

gehende Maßnahmen und setzt einen Schwerpunkt beim Case Management. Weiter sieht ausschließlich die BPtK die Versorgung schwer kranker Patienten mit multiprofessionellen Versorgungsteams vor.

Die **Erhaltungstherapie** ist bei der BPtK und der DPtV als eigenständiges neues Element vorgesehen, während der GKV-SV diese nicht berücksichtigt.

Es ist generell positiv zu sehen, dass über eine größere Vielfalt von verschiedenen psychotherapeutischen Maßnahmen dem individuellen Bedarf der Patienten entsprochen werden kann. Umso erfreulicher, wenn die BPtK auch weitere Maßnahmen außerhalb der psychotherapeutischen Versorgung in den Blick nimmt.

Längst überfällig ist sicher die Erhaltungstherapie im Falle chronischer psychischer Erkrankungen. Im Lichte gerade einer möglichst passgenauen individuellen Versorgung mutet allerdings die „Therapiepause“ des GKV-SV-Konzepts von sechs Wochen zwischen den

ersten zwei Therapieblöcken als wenig zielführend an, selbst wenn sie im Einzelfall nach Absprache ausgesetzt werden kann. Der Einsatz von standardisierter Diagnostik verweist, wie auch schon die Einrichtung der Sprechstunden, auf die Notwendigkeit veränderter psychotherapeutischer Praxisstrukturen zumindest in einem Teil der Praxen – während derzeit eher selten nicht-psychotherapeutische Praxismitarbeiter eingestellt werden, wird es hier Anpassungsbedarf geben.

5.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit

Um die Qualitätssicherung zu verbessern, schlägt der GKV-SV vor, anhand psychometrischer Instrumente die **Ergebnisqualität zu prüfen**. Die anderen Konzepte machen hierzu keine expliziten Vorschläge.

Zum Kriterium **Entbürokratisierung** wird in allen Konzepten eine höhere Wirtschaftlichkeit angestrebt, indem die Versorgung besser auf den Patientenbedarf abgestimmt werden soll. Der GKV-SV legt großen Wert auf die Wirtschaftlichkeit und plant das Gutachterverfahren zu prüfen und ggf. zu ersetzen. Ebenso soll laut GKV-SV der erste Block Kurzzeittherapie nur noch anzeige- statt antragspflichtig sein und so zur Entbürokratisierung beitragen. Die BPtK schlägt zur besseren Nutzung von Ressourcen vor, Aufgaben

vom Psychotherapeuten an qualifiziertes Praxispersonal zu übertragen, so dass dem Psychotherapeuten mehr Zeit für seine Kernleistung Therapie bleibt.

Zum Kriterium einer möglichen Anpassung der **Bedarfsplanung** an die Nachfragesituation gibt es gegensätzliche Vorschläge. Während der GKV-SV plant, die laut Bedarfsplanung ausgewiesene Überversorgung in der Stadt zu Gunsten der Unterversorgung auf dem Land abzubauen, fordert die BPtK, die Zahl der Psychotherapeuten insgesamt zu erhöhen, um dem von ihr gesehenen realen Versorgungsbedarf entsprechen zu können.

Allen Konzepten ist es gemeinsam, dass durch passgerechtere Zuweisung und Behandlung auch Wirtschaftlichkeitseffekte erzielt werden sollen. Letztlich stellt sich die Frage, ob, wie der GKV-SV in seinem Konzept postuliert, allein bei veränderter Organisation des psychotherapeutischen Leistungsangebots und veränderter Allokation der Praxen eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker zu erreichen ist. Auf Basis der empirischen Ergebnisse, die lange Wartezeiten selbst in formal Überversorgten städtischen Gebieten feststellen, müssten diese Wirtschaftlichkeitseffekte erheblich sein – soll doch ein Teil bestehender Praxen zugunsten der Finanzierung ländlicher Praxen stillgelegt werden. Verschärft wird die Problematik durch die Erkenntnisse, dass bei etlichen psychisch erkrankten Bevölkerungsgruppen Zugangsbarrieren zu psychotherapeutischer Behandlung bestehen, die ja überwunden werden sollen – damit aber den manifesten Behandlungsbedarf steigern werden. Insofern erscheint der Ansatz des GKV-SV diskussionsbedürftig.

Die Überprüfung von Ergebnisqualität in der Behandlung ist sicher generell positiv zu bewerten. Es stellt sich hier aber die Frage, inwieweit passende Indikatoren und Instrumente nicht im Rahmen der Aufträge des G-BA an das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen in sektorübergreifender Weise erarbeitet werden sollten.

6. Fazit

Alle vorgelegten Konzepte, und das ist erfreulich, erkennen die Notwendigkeit eines zeitnahen Zugangs zur Psychotherapie für Patienten an und versuchen darüber hinaus, die Versorgung bedarfsgerecht zu differenzieren und die

Alle vorgelegten Konzepte erkennen die Notwendigkeit eines zeitnahen Zugangs zur Psychotherapie an.

berücksichtigen auch die Weiterleitung in alternative Behandlungsmöglichkeiten wie Selbsthilfegruppen. Das Konzept der BPtK geht bzgl. des Kriteriums Weiterleitung durch die Betonung von Case Management, Netzwerkbildung, Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Leistungserbringern und Befugnisserweiterungen der Psychotherapeuten am weitesten.

Welches Angebot an unterschiedlichen psychotherapeutischen Maßnahmen im Sinne einer **bedarfsgerechten Diversifizierung psychotherapeutischer Maßnahmen** vorgehalten sollte, wird in den Konzepten unterschiedlich behandelt. Die DPtV und der GKV-SV sehen eine mehrstufige Versorgung vor. Bei letzterem wird die Therapiedauer allerdings relativ streng begrenzt und durch die reguläre Therapiepause an formal vorgegebener Stelle unterbrochen. Die BPtK plädiert für den individuellen Einsatz der ambulanten Psychotherapie durch Flexibilisierung und Entbürokratisierung der Kontingente. Alle Konzepte planen die Förderung der Gruppentherapie durch die Möglichkeit ihres flexibleren Einsatzes. Sowohl die BPtK wie auch die DPtV formulieren explizite neue und differenzierte psychotherapeutische Leistungen, wie Akutversorgung, psychoedukative Maßnahmen und Erhaltungstherapie. Die BPtK berücksichtigt zusätzlich zu-

Patienten entsprechend in die passenden Angebote zu steuern. Die wesentlichen Unterschiede beziehen sich auf

- den Grad der Ausdifferenzierung der Angebote,
- das Verständnis der Koordinierungsfunktion im Therapiezugang und ggf. im Case-Management,
- den Grad der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und Institutionen außerhalb der psychotherapeutischen Versorgung,
- und last, but not least der Betonung des Kostenaspekts im Verhältnis zum Aspekt der Versorgungsqualität.

Aus Sicht der Autorinnen ist ein differenzierteres und gleichzeitig transparenteres Angebot für psychisch Kranke

unabdingbar. Dafür ist eine koordinierte Zu- und Weiterleitung notwendig, und die in allen Konzepten geplante Sprechstunde ist ein guter Ansatz. Die Zuleitung und Koordination sollte sich aber auch auf die Angebote weiterer Gruppen von Leistungserbringern beziehen, innerhalb und außerhalb des ärztlichen Sektors. Hier geht der Vorschlag der BPTK zwar am Weitesten, jedoch sind hier noch einige Barrieren zu überwinden (z. B. zu den niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten), um zu wirklich abgestimmten Konzepten zu kommen. Ob ein Primat der Kostenbegrenzung, wie in mancher Restriktion aus dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbands hervorschimmernd, im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker alleine zielführend ist, kann kontrovers diskutiert werden. ■

Literatur

Albani, C.; Blaser, G. et al (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. Teil 2: Wirksamkeit.

Albani, C.; Blaser, G. et al (2012). Einstellung zu Psychotherapie. Repräsentative Befragung in Deutschland.

Barmer GEK (2011). Report Krankenhaus 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen.

BPTK (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK.

BPTK (2014). Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung. from http://www.bptk.de/uploads/media/20140613_bptk-standpunkt_differenziertes_versorgungskonzept.pdf.

CDU/ CSU, SPD (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. from <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>.

DAK (2013). Gesundheitsreport. from http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf.

Deutsche Rentenversicherung (2014). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. from http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf.

DPTV (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. from www.deutschepsychotherapeutenvereini-

gung.de/fileadmin/main/g-datei-download/News/2011/Studie_DPTV.pdf.

DPTV (2013). Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. from http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/Verbandspublikationen/DPTV-Hintergrund/2013/DPTV-Hintergrund_3__11-13.pdf.

Gallas, C.; Puschner, B. et al (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis.

GKV-Spitzenverband (2013). Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie. Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. from http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf.

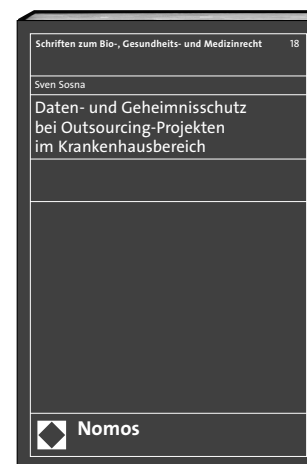
GKV-VSG (2014). Referentenentwurf. from http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/News/br_2014-10-21%20Referentenentwurf%20GKV-VSG.pdf.

Janssen, B.; Malinke, S. (2013). Ambulante Psychotherapie: Versorgung verbessern. <http://www.VdEK.com/magazin/ausgaben/2013-0708/fokus-ambulante-psychotherapie.html>.

Sachverständigenrat (2012) Sachverständigenrat Gesundheit. Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. from http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf.

Sachverständigenrat (2014) Sachverständigenrat Gesundheit. Gutachten 2014. Ambulante vertragsärztliche Versorgung. from http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf.

Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht



Daten- und Geheimnisschutz bei Outsourcing-Projekten im Krankenhausbereich

Von Sven Sosna

2015, Band 18, 341 S., brosch., 89,— €
ISBN 978-3-8487-1701-9

www.nomos-shop.de/23985

Die Durchführung von Outsourcings bedarf besonderer Beachtung daten- und geheimnisschutzrechtlicher Anforderungen. Die Arbeit erläutert am Beispiel des Krankenhauswesens mit seinem vielfältigen Regelungsspektrum die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Auslagerung Daten verarbeitender Tätigkeiten.



Nomos