

Neue Versorgungsformen für die ambulante Psychotherapie

Fachsymposium von DGVT und DGVT-BV am 13. März 2017 in Berlin

Vor 20 Jahren hat der Gesetzgeber den Krankenkassen ermöglicht, neue Versorgungsformen außerhalb der Regelversorgung (innerhalb der Kassenärztlichen Versorgung) zu entwickeln, erproben und umzusetzen. Auch für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden immer wieder unterschiedliche neue Versorgungsmodelle entworfen und umgesetzt – seien es integrative Verträge, Selektivverträge oder andere Versorgungsverträge.

Ende 2015 hat die DGVT einen Forschungsauftrag an AGENON, ein Unternehmen, das sich auf Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen spezialisiert hat, vergeben. Die Expertise zu neuen ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsformen und -angeboten jenseits der Psychotherapierichtlinie sollte zunächst einen aktuellen Überblick über die laufenden Entwicklungen in diesem Bereich verschaffen. Diese Modelle sollten sodann auf Basis vorhandener Informationen vergleichend bewertet werden, und es sollten Perspektiven erarbeitet werden: Welche Chancen bieten diese Modelle und Entwicklungen für die Versorgung, also die Patienten? Welche Chancen bieten sie für die Psychotherapeuten (PP/KJP)? Und welche Chancen werden für Verbände und Kammern gesehen, um mit Hilfe der Erfahrungen in den bestehenden neuen Versorgungsmodellen die Psychotherapie im ambulanten Bereich zu verbessern?

Beim Fachsymposium am Ende des Projektes sollten die vorläufigen Ergebnisse im Kreis von Experten vorgestellt und beraten werden. Ergänzend wurden durch andere Referenten Beispiele neuer Versorgungsformen und deren Evaluation vorgestellt, bevor die aus der Expertise abzuleitenden Handlungsempfehlungen präsentiert wurden.



Heiner Vogel als Projektleiter von Seiten der DGVT bzw. des DGVT-BV moderierte das Symposium mit insgesamt ca. 30 TeilnehmerInnen. Idee der Veranstaltung war es, die wissenschaftlichen Befunde und theoretischen Überlegungen mit erfahrenen KollegInnen zu diskutieren sowie eine möglichst praxisnahe Bewertung der Entwicklungen und ihrer Potentiale und Grenzen vornehmen zu können. Am Ende sollten sich Impulse und Schlussfolgerungen darüber ergeben, wie die Erfahrungen und Analysen zu neuen psychotherapeutischen Versorgungsformen genutzt werden können, um die Versorgung zu verbessern. Auch sollten sich Hinweise darauf erge-

ben, welche Chancen und Aufgaben die KollegInnen und auch die Verbände und Kammern dabei haben.

→ Die Ergebnisse der Recherche zu neuen Versorgungsformen im Überblick



Im einleitenden Überblicksvortrag stellte Dr. Bianca Lehmann (AGENON, Berlin) die Ergebnisse der Recherche zu neuen Versorgungsformen bei Menschen mit psychischen Störungen vor. Die Einführung neuer Versorgungsformen in die Gesundheitsversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 1997 war mit hohen Erwartungen an das Innovationspotential dieser Versorgungsformen und die Auswirkungen auf die Regelversorgung verbunden. Im Laufe der Jahre wurden vom Gesetzgeber weitere Möglichkeiten für unterschiedliche vertragliche Strukturen neuer Versorgungsformen geschaffen, zuletzt mit dem 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Die tatsächliche Entwicklung blieb aber hinter den Erwartungen zurück.

So gibt es zwar eine große Vielfalt ganz unterschiedlicher Versorgungsformen. Es gibt aber weder eine allgemeine Verpflichtung zur Meldung neuer Versorgungsformen noch zur Durchführung einer Evaluation. Der Gesetzgeber hat es trotz der ausdrücklichen Zielsetzung, mit den neuen Versorgungsformen Innovationspotentiale für das GKV-System zu generieren, auch versäumt, die Kassen zur Veröffentlichung ihrer Modelle und der Evaluationen zu verpflichten. Deshalb fehlen verlässliche Zahlen über tatsächliche Verbreitung, Inhalte, Ziele und Wirkung neuer Versorgungsformen.

Aus diesem Grund können die Ergebnisse der Recherche nur einen ersten Überblick in die Vielfalt der Angebote neuer Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Störungen bieten. Die Recherche verfolgte das Ziel, explorativ eine möglichst große Bandbreite der existierenden Modelle abzubilden – und dabei nicht nur die Modelle zu erfassen, zu denen zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen vorliegen. Die vorliegenden Daten zu den verschiedenen Modellen sind daher hinsichtlich der Informativtiefe und -breite sehr heterogen.

- *Insgesamt wurden über verschiedene Suchwege (Literaturrecherche, Internetrecherche, „Handsuche“, Mailinglistenumfrage) ca. 245 neue Versorgungsformen/-modelle für Menschen mit psychischen Störungen bzw. für psychotherapeutische Behandlungen ermittelt.*
- *Rund ein Drittel der recherchierten Modelle sind indikationsübergreifend angelegt, danach folgen Versorgungsangebote für Menschen mit affektiven Störungen (ICD F30-F39), mit Störungen aus dem Kapitel ICD F20-29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sowie mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD F40-F49).*
- *Die Versorgungsangebote richten sich mehrheitlich an alle Versicherten mit entsprechender Indikation. Aber es finden sich auch verschiedene Modelle, die spezifische Angebote für z.B. Arbeitnehmer, für ältere Versicherte oder für Angehörige schwer erkrankter bzw. pflegebedürftiger Menschen bereitstellen.*
- *Alle Kassenarten sind an neuen Versorgungsformen beteiligt. In den im Rahmen der Recherche gefundenen Modellen sind überproportional häufig Betriebskrankenkassen aktiv. Ob dies daran liegt, dass diese möglicherweise einen stärkeren (auch betrieblichen) Bedarf sehen oder ob diese eher Informationen zu entsprechenden Versorgungsmodellen öffentlich machen, kann nur vermutet werden.*

- *In allen Bundesländern existieren neue Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Störungen. Bezogen auf die Bevölkerungsanteile zeigen vor allem die Stadtstaaten eine hohe Dichte unterschiedlicher Modelle.*
- *In der Ausgestaltung der Modelle zeigt sich eine breite Vielfalt in verschiedenen Dimensionen, zum Beispiel bezogen auf die beteiligten Vertragspartner, die Vergütungsregelungen, die Dynamik und Größe der Modelle oder die Behandlungswege.*

Seit Jahren werden zahlreiche Probleme der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Fachwelt diskutiert (Zugangsschwellen, unzureichende Leitlinienorientierung, unklare differentielle Indikationsstellung, Wartezeiten, Sektorisierung). Um Aussagen darüber treffen zu können, inwieweit die Modelle sich erfolgreich der Lösung der genannten Probleme widmen, sind weitergehende Analysen nötig.

Diskussion: Überrascht zeigten sich viele Teilnehmer von der geringen Verfügbarkeit von Informationen über neue Versorgungsformen. Gründe dafür wurden in dem Konflikt zwischen Transparenz und wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen vermutet. Andererseits seien die Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts, die über die Versichertengelder verfügen, zur Transparenz verpflichtet. Daher wurde über Möglichkeiten diskutiert, wie man zukünftig dafür sorgen könnte, dass Informationen über solche Modellprojekte und ihre Ergebnisse veröffentlicht werden. In diesem Zusammenhang wurde auch über die verschiedenen Motive der Krankenkassen, solche Versorgungsformen zu unterstützen, diskutiert. Dabei wurde auch die Frage aufgeworfen, ob die Modelle für die Krankenkassen tatsächlich, wie allgemein angenommen, einen Wettbewerbsvorteil darstellen, denn dann müssten die Kassen eigentlich auch für mehr Transparenz sorgen und für diese Angebote werben. Für Forschungseinrichtungen wurde die Empfehlung abgeleitet, durch Veröffentlichungen zu einer größeren Transparenz beizutragen.

→ psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit

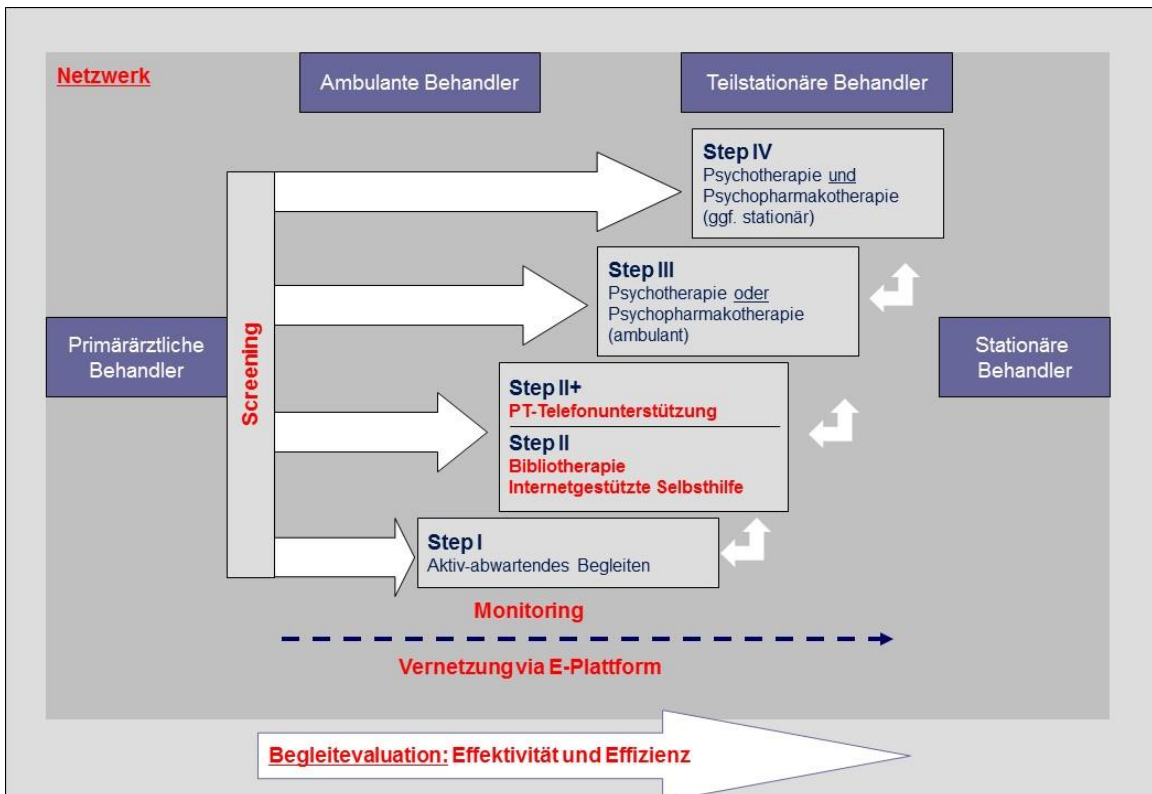


Anschließend stellte Dipl.-Psych. Maja Steinmann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie) exemplarisch das „Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychenet)“ vor, speziell auch die Erfahrungen mit der Umsetzung der vernetzten und gestuften Versorgung in die Routineversorgung. Psychenet wurde im Rahmen eines Programms zum Ausbau von Gesundheitsregionen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung von 2011 bis 2015 gefördert. Das Vorhaben richtete sich insgesamt auf eine Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Region Hamburg und konzentrierte sich exemplarisch auf die Indikationsfelder Depression, Psychose, Somatoforme Störungen, Magersucht und Bulimie sowie Alkohol im Jugendalter. In allen Bereichen wurden Teilprojekte zur Verbesserung von Aufklärung/Bildung, krank-

heitsübergreifender Prävention, neuen Versorgungsstrukturen, zur Stärkung der Betroffenen und Angehörigen sowie zur Verbesserung von Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung umgesetzt. Für den Bereich Depression (Thema des Beitrags hier) sollte daran gearbeitet werden, die leitlinienorientierte Versorgung entsprechend der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ zu verbessern,

d.h. eine schweregradabhängige gestufte und vernetzte Versorgung unter Einbeziehung der Primär-/Hausärzte, der Psychotherapeuten und der Psychiater bzw. der ärztlichen Psychotherapeuten zu etablieren (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Vernetzte und gestufte Versorgung (Collaborative and Stepped Care Modell) bei Menschen mit depressiven Störungen im Rahmen von psychenet (Präsentation Steinmann)



Die Evaluation erfolgte über ein clusterrandomisiertes kontrolliertes Studiendesign (Hausärzte als Cluster). Beteiligt waren 11 Krankenkassen, 105 Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater sowie 7 Krankenhäuser. Die Ergebnisse bei über 560 TeilnehmerInnen zeigten signifikante Vorteile für die Teilnehmer der Interventionsgruppe (IG) gegenüber der Kontrollgruppe (KG: usual care). Es zeigte sich, dass die leitlinienorientierte (allerdings auch intensiv betreute/begleitete) Versorgung von Menschen mit depressiven Störungen bessere Ergebnisse erbringt als die bislang übliche Versorgung und dass diese Ergebnisse denen von ähnlichen internationalen Studien nahekommen. Leider konnten sich die beteiligten Krankenkassen trotz dieser guten Erfahrungen und Ergebnisse nicht zu einer Übernahme in die Routineversorgung entschließen – immerhin ist aber aktuell im Rahmen der Strukturförderung in der Versorgungsforschung (BMBF) aktuell ein Projekt genehmigt worden („COMET“), welches eine Erweiterung des Modells auf andere auch komorbide Störungen in einer Folgestudie überprüft.

In der Diskussion wurde sodann die Frage nach den **Erfolgsfaktoren für die Umsetzung** eines Versorgungsmodells in der Routine behandelt. Dies hänge offenbar sehr stark von den beteiligten Akteuren und regionalen Kontextfaktoren ab. Ein Teilnehmer merkt an, dass Angebote auf Ebene eines einzelnen Bundeslandes leichter umzusetzen seien, was evtl. mit den unterschiedlichen Krankenkassenstrukturen bzw. Aufsichten zusammenhängt (Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt versus zuständige Landesbehörden). Da eines der vorgestellten Ergebnisse war, dass Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern keinen Einfluss auf das Outcome haben, wurde vermutet, dass eher unspezifische Wirkfaktoren wie die persönliche Betreuung der Patienten wichtig sein könnten. Für die Patienten

könnte auch das Gefühl der Sicherheit, bei Bedarf eine Anlaufstelle zu haben, eine Rolle spielen. Es wurde ergänzend über Erfahrungen berichtet, dass Krankenhäuser wenig an Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern interessiert seien, soweit sie nicht selbst davon wirtschaftlich profitieren können.

Weitere Diskussionspunkte bezogen sich auf die **Rolle der beteiligten Akteure**, also der Psychotherapeuten, der Krankenkassen und der Betriebe. Diskutiert wurde, dass die Beteiligung von **Psychotherapeuten** an neuen Versorgungsmodellen zwar teilweise geringer sei als beispielsweise von Hausärzten. Andererseits sei sie in der Regel dennoch ausreichend und größer als erwartet. Betont wurde, dass durch neue Versorgungsmodelle die Berufsgruppe der Psychotherapeuten präsenter werden könnte. Geäußert wurde auch die Idee, dass Psychotherapeuten dabei auch die Rolle einnehmen könnten, ihr Wissen zur Prävention von psychischen Störungen weiterzugeben und einzusetzen.

→ **Das psychotherapeutische Versorgungsmodell BKK ProPsych in Unterfranken**

Das zweite Versorgungsmodell „BKK-ProPsych“ wurde von Dipl.-Psych. Gunda Musekamp (Universität Würzburg, Medizinische Psychologie) vorgestellt. In diesem Modell haben sich 7 kleinere Betriebskrankenkassen in Unterfranken (Aschaffenburg – Würzburg – Schweinfurt) zusammengefunden, um gemeinsam mit der Hochschulambulanz der Medizinischen Psychologie der Uni Würzburg für versicherte Arbeitnehmer im Falle psychischer Belastungen eine schnelle psychodiagnostische Abklärung (innerhalb von max. 2 Wochen) zu gewährleisten. Im Bedarfsfall erfolgt sodann die rasche Einleitung einer ambulanten Psychotherapie (häufig Verhaltenstherapie), die insbesondere auch die berufsbezogenen Belastungen aufgreift, oder es werden andere geeignete/erforderliche Interventionen veranlasst (stationäre/teilstationäre Psychiatrie, Rehabilitation). Es erfolgt bei Bedarf und in Absprache mit dem Patienten eine enge Kooperation zwischen Psychotherapeuten, Betriebs-, Haus- und Fachärzten. Zur Erweiterung der defizitären ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebote wurden zahlreiche niedergelassene KollegInnen aus dem Bereich der sog. Kostenerstattung in den Vertrag einbezogen. Die Abläufe sind für die beteiligten Niedergelassenen gegenüber der Vertragspsychotherapie etwas vereinfacht (alte Psychotherapierichtlinie: es müssen u.a. keine Anträge geschrieben werden), die Vergütung liegt leicht über den Gebühren der Richtlinienpsychotherapie. In vier Jahren Laufzeit haben sich bereits ca. 500 Versicherte angemeldet, die Bewertungen durch PatientInnen und PsychotherapeutInnen sind sehr gut. Ein wichtiger Baustein in diesem Modell ist die stabile Vernetzung zwischen den Beteiligten: Die gesamte Administration erfolgt über ein gesichertes Onlineportal mit unterschiedlich hierarchisch abgestuften Zugangsberechtigungen, es gibt regelmäßige gemeinsame Fortbildungen/Supervisionen und zwischen allen Beteiligten abgestimmte Entwicklungs-/Innovationsbesprechungen. Das Modell ist bereits Teil des Routineangebotes der Kassen, eine zweite Hochschulambulanz (Erlangen) als psychodiagnostische „Leitstelle“ wird gerade eingebunden. Aktuell wird eine systematische Evaluationsstudie auf Basis der Routinedaten der Kassen durch Vergleich mit Versicherten aus anderen Regionen vorgenommen (Propensity Score Matching mit anonymisierten Versichertendatensätzen).

In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass es im vorliegenden Modell durch geeignete Vertragsgestaltung (hier Vertrag nach § 43 SGB V) gelungen ist, den begrenzten bis unzureichenden Pool der Vertragspsychotherapeuten zu überwinden und außervertragliche PsychotherapeutInnen gleichberechtigt einzubeziehen. Auf diese Weise kann tatsächlich eine Erweiterung der regional häufig viel zu knapp bemessenen Bedarfsplanung erfolgen und es kann so viel Psychotherapie angeboten werden wie erforderlich ist. Wegen der regionalisierten Ausgestaltung besteht auch eine größere Flexibilität zur Entwicklung sachgerechter Abläufe und Strukturen.

Es wurde auch diskutiert, dass bei der Beteiligung von **Krankenkassen** an neuen Versorgungsformen ein wichtiger Aspekt auch die Schulung der Krankenkassenmitarbeiter sein könnte. Diese könnten dadurch für eine verbesserte Steuerung der Versorgung sorgen. Andererseits wurde auch kritisch angemerkt, dass die Auswahl der Versicherten für solche Angebote durch die Krankenkassenmitarbeiter problematisch sein könnte. Außerdem sei kritisch zu sehen, dass bei diesen Versorgungsmodellen die freie Wahl des Behandlers eingeschränkt sei. Als Gegenargument wurde eingewandt, dass aufgrund der nicht ausreichenden Versorgungssituation häufig auch in der Regelversorgung keine freie Wahl möglich sei.

➔ **„Vernetzte Versorgung 13+1“: Bedingungen für erfolgreiche Kooperation in der integrierten Versorgung**



Constance Stegbauer (AQUA, Göttingen) stellte anschließend Ergebnisse der Studie „Vernetzte Versorgung 13+1“ vor, die sich mit den Voraussetzungen und Herausforderungen für eine gute Kooperation der BehandlerInnen in neuen Versorgungsmodellen beschäftigt hatte. Die Studie war ein vom Bundesgesundheitsministerium in den Jahren 2013 bis 2016 gefördertes Vorhaben des AQUA-Instituts und der Abteilung

Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, welches die Strukturen und Prozesse einer effektiven und bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen untersuchte. Basis für die Untersuchung waren 18 unterschiedliche integrierte Versorgungsnetzwerke (nach den früheren §§ 140a-d SGB V¹), die in verschiedenen Regionen umgesetzt werden. Vordergründiges Ziel der Netzwerkgründung war die Verbesserung der Versorgung durch die Förderung der Koordination der Beteiligten sowie der Kontinuität der ambulanten Behandlung und eine damit einhergehende Reduktion von Krankenhausaufenthalten. Vor diesem Hintergrund wird den Patienten ein Netzwerk von integrierten Hilfsstrukturen angeboten, welches ständige Erreichbarkeit, frühzeitige Hilfe in Krisen und ggf. die Vermittlung in weitere Angebote bietet. Die Ergebnisse zeigen eine erhebliche Reduktion der Krankenhausaufenthalte in der Teilnehmergruppe (vorher-/nachher-Vergleich ohne Kontrollgruppe). Während sich bei der Prüfung quantitativer Variablen nur wenige Faktoren fanden, die mit positiven Ergebnissen im Zusammenhang standen (einzig: psychiatrische Zusatzausbildung der MitarbeiterInnen), gab es bei der qualitativen Untersuchung mehr Faktoren, die sich als wichtig für erfolgreiche Netzwerke herausstellten: Gutes Arbeitsklima und eine enge Zusammenarbeit der Netzwerk beteiligten; transparente Strukturen. Wichtig ist auch, dass verschiedene Hilfsangebote (Notruftelefon, Home Treatment, Krisenpension) bedürfnisgerecht vorgehalten und angeboten werden können, da diese Hilfsangebote den Patienten und ihren Angehörigen Sicherheit und Stabilität vermitteln, und dass Individualität gefördert und Patientenzentrierung als Grundlage für die Ausgestaltung der Versorgung erlebt wird, d.h. dass Patienten und Angehörige in Entscheidungen einbezogen werden.

¹ Verträge zur integrierten Versorgung nach den §§ 140 a-d SGB V konnten bis zum 23. Juli 2015 geschlossen werden. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist diese Vertragsform durch die „Besondere Versorgung“ nach §140a SGB V (neu) ersetzt worden.

In der Diskussion wurde die besondere Bedeutung von Rahmenbedingungen und Ablaufstrukturen, die eine individuelle Patientenbetreuung erlauben, betont. Die Notwendigkeit der regionalen Verfügbarkeit der entsprechenden Angebote entspricht auch den Teilnehmererfahrungen.



Vor diesem Hintergrund ist es auch nachvollziehbar, dass die starren Vorgaben/Regelungen der (alten/bisherigen) Psychotherapierichtlinie (PTR), die keine Akutbehandlung oder kurzfristigen Sprechstunden vorsahen, sicher in vielen Fällen stationäre psychiatrische Aufnahmen mit- verursacht haben. Ob die Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung, zumal wenn sie nicht besonders attraktiv vergütet werden, wirklich zu einer Verbesserung führt, wird allerdings bezweifelt, denn wenn die Kapazität bisher zu gering war, so wird das auch nach der Einführung der neuen PTR bleiben.

Es wurde angeregt, dass es bei der Initiierung von Modellprojekten unter Beteiligung von Krankenkassen wichtig sei, die Perspektive der Krankenkassen einzunehmen und sie davon zu überzeugen, welchen Nutzen sie von solchen Projekten trotz ggf. höherer Kosten haben könnten (Beispiel: Reduzierung der stationären Wiederaufnahmeraten, Reduzierung der Krankengeldkosten).

Seltsam erschien es vielen Teilnehmern wiederum, dass erfolgreiche und positiv evaluierte Modellprojekte von den Krankenkassen nach einer Modellphase nicht weiter unterstützt wurden. Dies sei vermutlich nicht inhaltlichen Gründen geschuldet, die tatsächlichen Gründe seien zunächst unklar.

Ein Vorschlag lautet auch, dass Gesundheitsämter oder andere öffentliche Stellen in neuen Versorgungsformen bestimmte Steuerungsfunktionen übernehmen oder dazu beitragen könnten Transparenz zu schaffen. Dagegen wird eingewandt, dass das Prinzip der Selbstverwaltung in der Gesundheitsversorgung nicht aufzugeben sei, auch wenn dadurch Veränderungen nur langsam geschehen würden.

Auch die Rolle von eventuell an neuen Versorgungsformen beteiligten **Betrieben** wurde diskutiert. Da einige Modellprojekte im Kontext von Betrieben oder Betriebskrankenkassen angesiedelt sind, sollte die Frage der Vertraulichkeit der Patientendaten bzw. der Beeinflussung der Prozesse durch die Arbeitgeber kritisch bedacht werden. Ein Teilnehmer brachte seine positive Erfahrung ein, dass die Zusammenarbeit mit Betrieben nicht nur darin bestehe, „Probleme zu reparieren“, sondern dass es auch Rückwirkungen auf die Firmen gebe und es so möglicherweise zu einem Kulturwandel komme.

➔ **Schlussfolgerungen aus der Untersuchung und Handlungsempfehlungen**



Steffen Bohm (Dipl.-Volkswirt und Geschäftsführer von AGENON, Berlin) stellte in seinem Beitrag die Schlussfolgerungen aus der Expertise vor und leitete Handlungsempfehlungen ab. Die beeindruckende Vielfalt an gefundenen neuen Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Störungen könne besser überblickt und verwertet werden, wenn man sie in eine übersichtliche Systematik einordnet: Hierzu schlägt er eine 3x3-Matrix vor, in der die Modelle nach dem Grad der Komplexität und der Stellung der Psychotherapie (im Verhältnis zu weiteren Angeboten) eingeordnet werden. So finden sich auf der Ebene

„Komplexitätsgrad“ Modelle, die ein konkretes Einzelangebot unterbreiten, um z.B. den Zugang zu einem psychotherapeutischen Angebot schneller oder unkomplizierter zu gestalten (sog. Service-Modelle). Vernetzungs-Modelle setzen darauf, die Angebote der Leistungserbringer für die Versorgung der jeweiligen Zielgruppe miteinander zu verbinden und zu koordinieren, auch sektorenübergreifend. Modelle, die für eine Komplex-Versorgung stehen, bieten eine vernetzte Versorgung über die verschiedenen Sektoren und Versorgungsbereiche an. Hier finden sich i.d.R. Angebote für Menschen mit schweren psychischen Störungen und komplexen Hilfebedarf. Die Stellung der psychotherapeutischen Angebote in den Versorgungsformen wird unterschieden zwischen den Ausprägungen „zentral – integral – optional“. So gibt es Modelle, die ausschließlich oder im Fokus ein Psychotherapieangebot (ggf. optional mit anderen Leistungen) bereitstellen. In anderen Modellen ist eine psychotherapeutische Behandlung fester Bestandteil der Versorgung neben anderen Angeboten. Es existieren aber auch Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Störungen, in denen Psychotherapie nicht oder nur optional angeboten wird. Die entwickelte Matrix wird an jeweils einem Versorgungsmodell exemplarisch vorgestellt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Modelltypen neuer Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Störungen und exemplarischen Versorgungsmodelle (Vortrag Bohm)

Komplexitätsgrad	Stellung psychotherapeutischer Angebote		
	Zentral	Integral	Optional
Service-Modelle	Videosprechstunde [AOK Nordost]	KOMPASS [40 BKKn aus Niedersachsen, Bremen, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Berlin]	Telefoncoaching [BIG direkt gesund]
Vernetzungs-Modelle	Allegro seelische Gesundheit [BKK-Landesverband Bayern]	Behandlungsprogramm Depression und Burnout [AOK Niedersachsen]	PsycheAktiv Sachsen [AOK plus]
Komplex-Versorgung		IV-Verträge SeGel und NWpG [AOK Bremen/Bremerhaven, BKKen, KKH-Allianz, TK u.a.]	

Deutlich ergibt sich aus der Analyse, dass Psychotherapie und PsychotherapeutInnen in einem sehr breiten Spektrum an Behandlungsstrukturen und -abläufen beteiligt sind, und zwar in sehr unterschiedlicher Form. Daraus ergeben sich zahlreiche Entwicklungsmöglichkeiten, die es zu nutzen gilt. Einerseits bieten sich Möglichkeiten der weiteren (vertraglich abgesicherten) Spezialisierung, andererseits bestehen erhebliche Chancen für eine behandlungsbezogene Vernetzung. Auch die verschiedentlich aufgezeigten Modelle der gestuften, ggf. sektorübergreifenden Versorgung bieten – im Sinne der leitlinienbezogenen Versorgung – wichtige Entwicklungsaufgaben.

In der Diskussion standen nun die Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektiven im Mittelpunkt.

Unklar war dabei, ob die Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie zu Veränderungen in der Bewertung der Versorgung durch neue Modelle führen müsse. Möglicherweise würden zukünftig im Rahmen der Regelversorgung Angebote mit kürzeren Wartezeiten zur Verfügung stehen. Andererseits ergebe sich vielleicht gerade durch die psychotherapeutische Sprechstunde auch ein stärkerer Bedarf an neuen Versorgungsformen wie zum Beispiel an niedrighschwelligen Angeboten.



Es wurde die grundsätzliche Frage aufgeworfen, ob solche neuen Versorgungsformen für das Versorgungssystem funktional sind oder ob sie das bestehende, mangelhafte System, welches eigentlich verändert werden müsste, aufrechterhalten helfen. Es wurde andererseits eingewandt, dass es unwahrscheinlich sei, dass regional begrenzte Modelle die bundesweite Bedarfsplanung tatsächlich beeinflussen. Beispiele erfolgreicher neuer Versorgungsmodelle könnten vielmehr dazu beitragen, die Regelversorgung weiterzuentwickeln. Auch die neue Psychotherapierichtlinie enthalte grundsätzlich gute Ideen zur Verbesserung der Versorgung.

Es wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass die Versorgung mit Psychotherapie in Deutschland im internationalen Vergleich durchaus gut geregelt sei und das System somit gar nicht so mangelhaft sei wie oft dargestellt. Dennoch seien Innovationen, welche im Rahmen neuer Versorgungsmodelle erprobt werden könnten, natürlich sinnvoll und wünschenswert. Eine Chance neuer Versorgungsformen liege vor allem in der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung für bestimmte Patientengruppen, wie zum Beispiel für alte und sehr alte Menschen.

Insbesondere, wenn es darum geht, die Versorgungsangebote zu verbessern bzw. auszuweiten, muss es aber wichtig sein, auch neue Behandlergruppen einzubeziehen (außervertragliche PsychotherapeutInnen). Wenn ansonsten versucht würde, beispielsweise über höhere Honorare die VertragspsychotherapeutInnen zur Mitwirkung in neuen Modellen zu gewinnen, würde man gleichzeitig bewirken,

dass diese weniger Kapazitäten haben, um ihren eigentlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das kann nicht im Sinne der Versorgung sein.

Am Rande zeigte sich, dass die Kassen bereit sind, bei definierten bedarfsgerechten Leistungen eine bessere Vergütung zur Verfügung zu stellen, als das in der Regelversorgung der Fall ist.

Die Analyse habe insgesamt auch gezeigt, dass Psychotherapie und PsychotherapeutInnen in diesen Modellen in weiten Bereichen bereits die Lotsenfunktion übernehmen, die ihnen jetzt auch im Rahmen der neuen Psychotherapierichtlinie zugedacht wird. Zu spekulieren, dass die neuen Modelle hier eine Art Experimentierfeld für die PTR dargestellt hätten, wäre sicher zu optimistisch gedacht. Wenngleich gerade dies dem Auftrag des Gesetzgebers entspräche.

Die Typologie der Versorgungsmodelle, die Steffen Bohm vorgeschlagen hat, und der anschließende systematische Vergleich unterschiedlicher Modelle innerhalb eines Clusters und auch zwischen den verschiedenen Clustern bietet im weiteren eine gute Grundlage, um den Einfluss veränderter psychotherapeutischer Angebotsformen auf die Versorgung und ihre Ergebnisse zu untersuchen. Die damit zu Tage tretende Varianz weist wiederum auf Entwicklungsmöglichkeiten hin, die genutzt werden können.

Alle Modelle sind darauf gerichtet, die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern. Dass sie das erreichen, dass sie also die psychische Gesundheit der PatientInnen verbessern, ist in hohem Maße plausibel. Besonders negativ fällt allerdings auf, dass viele Projekte ohne systematische Evaluation konzipiert und umgesetzt werden oder dass entsprechende Ergebnisse nicht frei zugänglich sind, so dass es häufig keine zuverlässigen Daten dazu gibt. Hier liegen sicher Aufgaben des Gesetzgebers, die Kassen (gesetzliche Krankenkassen mit dem Status von Körperschaften öffentlichen Rechts) zur qualifizierten Evaluation von Versorgungsmodellen zu verpflichten und auch dazu, dass sie die Ergebnisse veröffentlichen.

Im Verlauf der Diskussion ergaben sich auch **Empfehlungen für die Berufsverbände und Kammern**. Wichtig dürfte es zunächst sein, die Entwicklungen, die die neuen psychotherapeutischen Versorgungsformen aufzeigen, zur Kenntnis zu nehmen und sich zu den damit aufgezeigten Potentialen zu positionieren. Es zeigt sich, dass PsychotherapeutInnen bereits jetzt in unterschiedlicher Form an diesen Modellen mitwirken. Dies kann und sollte von Verbänden und Kammern unterstützt werden. Es sollten aber auch begleitende Foren zum Austausch und zur Diskussion geschaffen werden, um den ständigen Rückgriff auf die fachlich-wissenschaftliche Ebene zu ermöglichen, um Transparenz zu schaffen und Austausch zu bieten.

Heiner Vogel und Gunda Musekamp, Würzburg

- ⇒ Die Präsentationen zu den Vorträgen sind dem Bericht auf der Homepage von DGVT und DGVT-BV beigelegt. Der Abschlussbericht von AGENON zum Projekt wird im Laufe des Sommers veröffentlicht und zum Download zur Verfügung gestellt.