

Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie

Stand und Perspektiven

Ann Kathrin Skirde, Bianca Lehmann, Steffen Bohm & Heiner Vogel

Zusammenfassung: In der vorliegenden Studie sollte ein systematischer Überblick über die existierenden Modelle im Rahmen neuer Versorgungsformen zur Psychotherapie erarbeitet werden. Nach umfangreicher Recherche konnten 240 Modelle identifiziert werden, in denen psychotherapeutische Leistungen eine Rolle spielen. Es wurde eine öffentlich zugängliche Datenbank erstellt, in der die Modelle anhand mehrerer Bestimmungsmerkmale näher beschrieben werden. Ausgehend von einer Sichtung der verfügbaren Modellbeschreibungen wird zur näheren Analyse der Modelle eine Systematik vorgeschlagen, in der die Modelle nach den Dimensionen Komplexitätsgrad und Stellung der Psychotherapie in der Gesamtversorgung differenziert werden. Angesichts der häufig unzureichend dokumentierten oder fehlenden Evaluation fällt eine Gesamtbewertung bis heute schwer. Entwicklungsbedarfe und mögliche Probleme für die Versorgung, aber auch Chancen für die betroffenen Patientinnen¹ und die Psychotherapeutinnen werden aufgezeigt und diskutiert.

Hintergrund

In dem Bestreben, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu verbessern und in der Regelversorgung bestehende Versorgungsprobleme zu lösen, ist die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsformen unerlässlich. Nach wie vor bestehen beispielsweise Probleme langer Wartezeiten (*Bundespsychotherapeutenkammer, 2011, 2018; Walendzik, Rabe-Menssen, Lux, Wasem & Jahn, 2014*), unzureichender Leitlinienorientierung (*Pietsch et al., 2014*) sowie Schnittstellenprobleme (*Altmann, Thielmann & Strauß, 2016*).

Mit „neuen Versorgungsformen“ sind hier Versorgungsmodelle gemeint, die über die ambulante psychotherapeutische Regelversorgung (gemäß Psychotherapierichtlinie) der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen und Ergänzungen oder Alternativen bieten. Der Gesetzgeber hat hierzu seit den 1990er Jahren verschiedene gesetzliche Grundlagen geschaffen und sukzessive erweitert. Im Jahr 2000 wurden mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz in den §§ 140a ff. SGB V Verträge zur integrierten Versorgung und Selektivverträge als neue Versorgungsmodelle eingeführt (siehe Kasten). Da zunächst kaum Selektivverträge zustande kamen, wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 Anschubfinanzierungen für entsprechende Modellprojekte bis Ende 2008 festgelegt, die die ausgabenneutrale Finanzierung erster selektivvertraglicher Vereinbarungen beinhaltete. Dieser finanzielle Anreiz reichte aus, dass anschließend in rascher Folge neue Verträge zur integrierten Versorgung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen wurden.

Selektivverträge

Verträge zur Erbringung von Leistungen neben der kollektivvertraglich organisierten Versorgung, die direkt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden; die Teilnahme durch die Versicherten an entsprechenden Angeboten ist freiwillig.

Integrierte Versorgung

Selektivverträge, in denen die Versorgung in Zusammenarbeit von Leistungserbringern verschiedener Sektoren erbracht wird. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür wurden im Jahr 2000 mit dem Gesundheitsreformgesetz geschaffen (§§ 140a-d SGB V). Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 in Kraft trat, ist diese Vertragsform durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Zu diesem Zeitpunkt bestehende Verträge gelten fort.

Strukturverträge

Selektivverträge, in denen neue Versorgungs- und differenzierte Vergütungsstrukturen im ambulanten Sektor zwischen Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern vereinbart werden. Die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit wird auf den Leistungserbringer übertragen. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür wurden 1997 mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz geschaffen (§ 73a SGB V). Auch diese Vertragsform ist mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz durch die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V ersetzt worden. Zu diesem Zeitpunkt bestehende Verträge gelten fort.

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Nachdem die von Anfang an befristete Option der Anschubfinanzierung ausgelaufen war, wurde ein Teil der geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung aufgelöst. Außerdem erlosch Ende 2008 die Mitteilungspflicht. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 wurden die Verträge der integrierten Versorgung und weitere Selektivverträge unter dem § 140a SGB V „Besondere Versorgung“ zusammengeführt. Bis heute wurde keine zentrale Stelle etabliert, die neue Versorgungsformen systematisch erfasst, wodurch eine Sichtung und Bewertung der bestehenden Versorgungsformen erschwert wird.

Neben der Möglichkeit, neue Versorgungsformen nach § 140a SGB V zu etablieren, können auch andere normative Regelungen des SGB V Grundlage für innovative Versorgungsformen sein, z. B. über Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V, über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V oder im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation des § 43 SGB V.

Aus diesen Gründen wurde die im Folgenden vorgestellte Untersuchung (ausführlich in *Lehmann & Bohm, 2017*) bei der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Auftrag gegeben. Auftraggeber waren die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. und der DGVT-Berufsverband e. V.

Ziel war es, einen Überblick über die bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsformen der letzten zehn Jahre jenseits der Regelversorgung des SGB V (Psychotherapie-richtlinie) zu erarbeiten und diese anschließend einer Bewertung zu unterziehen. Verschiedene Blickwinkel, insbesondere aus Sicht der Psychotherapeutinnen und aus Sicht der Versorgung, sollten dabei berücksichtigt und diskutiert werden. Schließlich wurde die Ausarbeitung einer Checkliste angestrebt, die die einzelne Psychotherapeutin in der Entscheidung für oder gegen die Mitwirkung an einem konkreten neuen Versorgungsmodell unterstützen soll.

Die Untersuchung widmete sich folgenden Fragestellungen:

- Welche neuen Versorgungsmodelle zur psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen gibt es?
- Welche Versorgungsprobleme sollen durch neue Versorgungsmodelle behoben werden?
- Wie können neue Versorgungsformen systematisch bewertet werden?
- Wie kann die Stellung psychotherapeutischer Angebote in neuen Versorgungsformen bewertet werden?
- Was sind Entscheidungskriterien für die einzelne Psychotherapeutin für oder gegen die Mitwirkung an einem neuen Versorgungsmodell?

Methoden

Es wurde eine mehrstufige Recherche vorgenommen. Im ersten Schritt wurden bestehende Übersichten und Überblicksarbeiten zu psychotherapeutischen Versorgungsmodellen recherchiert. Zusätzlich wurde eine Befragung bei psychotherapeutischen Fachverbänden und in Mailinglisten von Psychotherapeutinnen mittels strukturiertem Fragebogen durchgeführt. Im zweiten Schritt wurden die gefundenen Modelle miteinander abgeglichen mit dem Ziel, Mehrfachnennungen (Dubletten) zu beseitigen. Im dritten Schritt wurde gezielt nach Modellen gesucht, die bisher nicht explizit publiziert wurden (z. B. Internetrecherche bei Kostenträgern, Leistungserbringern, in Datenbanken). Anschließend wurden die gefundenen Informationen in eine Datenbank integriert. Ergänzend wurde ein Experteninterview durchgeführt.

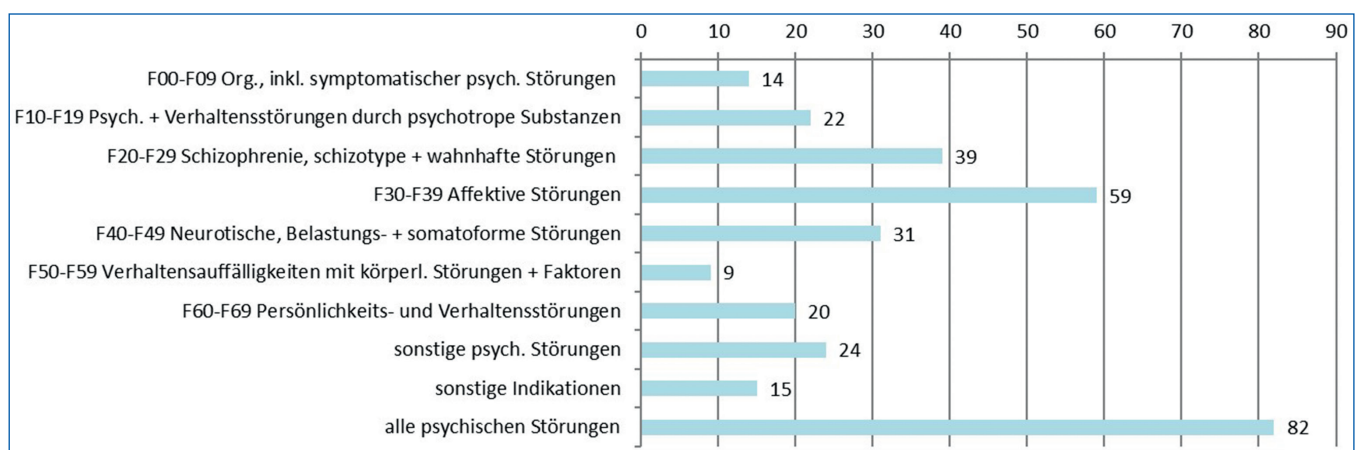


Abbildung 1: Verteilung neuer Versorgungsmodelle nach Indikation (n = Anzahl der zugeordneten Modelle, Mehrfachnennungen möglich)
Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung

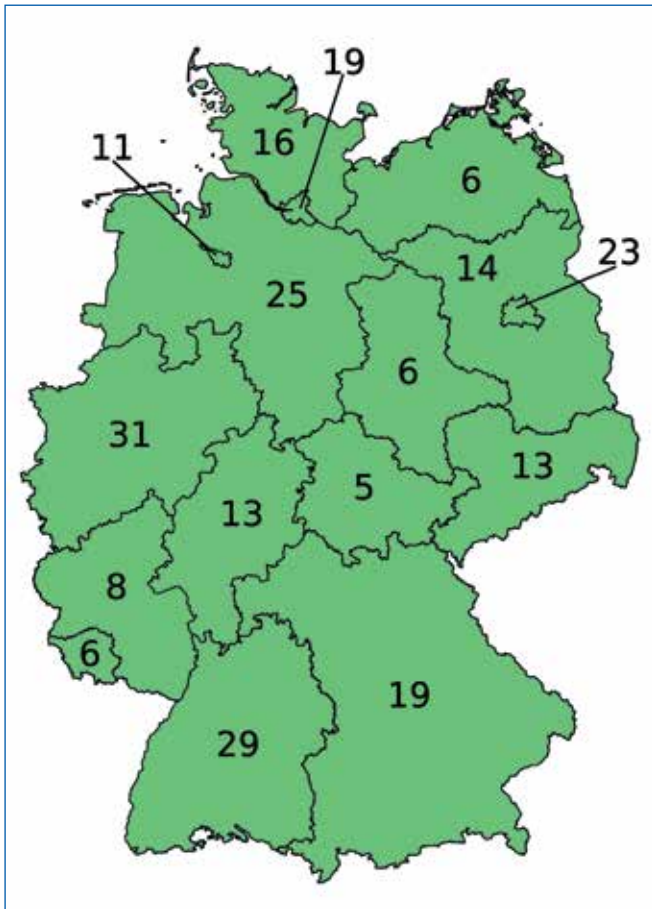


Abbildung 2: Verteilung neuer Versorgungsmodelle nach Region (Angaben zur Region lagen bei 88 % aller Modelle vor)
Quelle: Eigene Berechnungen; Kartenerstellung auf der Grundlage der Geodaten des Geodatenzentrums, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (<http://www.bkg.bund.de>)

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Insgesamt konnten bis Ende 2016 240 neue Versorgungsmodelle recherchiert werden, die psychotherapeutische Leistungen beinhalten. Es wurde eine öffentlich zugängliche Datenbank erstellt, in der die Modelle anhand mehrerer Bestimmungsmerkmale (Zielgruppe/Indikation, Region, Partner der Vereinbarung/Beteiligte, rechtliche Grundlage, Interventionsansatz, Leistungsspektrum, Vergütungsmodell, Komplexitätsgrad, Stellung der Psychotherapie, Quellen) näher beschrieben werden. Die Datenbank soll als Arbeitsbasis von den Nutzerinnen sukzessive ergänzt werden und Grundlage für weitere Analysen bieten.²

Ein Drittel der gefundenen Modelle ist indikationsoffen angelegt. Unter den indikationsspezifischen Angeboten sind am häufigsten Angebote für Menschen mit affektiven Störungen vertreten, gefolgt von Versorgungsmodellen für Menschen mit Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen sowie Angststörungen (Abb. 1).

Knapp die Hälfte der Versorgungsmodelle wird von Ersatzkassen angeboten, ein Viertel entfällt auf Betriebskrankenkassen, ein Fünftel auf AOKen. Die regionale Verteilung (Abb. 2) zeigt, dass in jedem Bundesland verschiedene Versorgungsmodelle existieren, was aber noch nichts darüber aussagt, wie viele Versicherte tatsächlich in diesen Modellen versorgt werden bzw. werden können.

Insgesamt wird eine hohe Heterogenität der Modelle ersichtlich: Diese zeigt sich beispielsweise in Bezug auf die Zielgruppen, den Schweregrad der Erkrankung, die Art und Komplexität des psychotherapeutischen Angebots oder auch die Finanzierung.

Evaluationsergebnisse

Wie eingangs berichtet, gibt es keine Vorgaben des Gesetzgebers bezüglich der Evaluation neuer Versorgungsmodelle. Insofern fanden sich lediglich vereinzelt Modelle, die umfassend bzw. methodisch hochwertig evaluiert sind. Viele der Modelle scheinen hingegen nicht wissenschaftlich bewertet zu werden, die Ergebnisse werden nicht zugänglich gemacht oder die Evaluationsdesigns sind methodisch unzulänglich. Deswegen lassen sich insgesamt nur wenige Aussagen zur tatsächlichen Wirkung und Qualität, aber auch zu Kosten-/Nutzenaspekten neuer Versorgungsformen treffen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Autoren, die bisher Teilstichproben von neuen Versorgungsmodellen untersucht hatten (Nolting & Hackmann, 2012; Schmid, Steinert & Borbé, 2013).

Stellung der Psychotherapie in neuen Versorgungsformen

Aufgrund der hohen Heterogenität der gefundenen Versorgungsmodelle wurde eine Systematik erarbeitet, um die Modelle hinsichtlich der Rolle und Bedeutung von psychotherapeutischen Angeboten bewerten zu können. Es werden zwei Dimensionen vorgeschlagen:

- 1) Die **Stellung** psychotherapeutischer Angebote in den neuen Versorgungsformen
- 2) Der **Komplexitätsgrad** der neuen Versorgungsformen

Bezüglich der **Stellung** psychotherapeutischer Angebote wird unterschieden zwischen Modellen:

- mit zentralem Fokus auf Psychotherapie (= „zentral“),
- mit Psychotherapie als festem und integralem Bestandteil (= „integral“),
- mit Psychotherapie als optionalem Bestandteil (= „optional“).

² Die Datenbank wird über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) zur Verfügung gestellt, mit der Möglichkeit, Kommentare und Ergänzungen einzufügen: <https://www.dgvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle>.

Komplexitätsgrad	Stellung psychotherapeutischer Angebote		
	Zentral	Integral	Optional
Service-Modelle	42	14	13
Vernetzungs-Modelle	4	21	14
Komplexversorgung	0	29	20

Tabelle 1: Einordnung neuer Versorgungsmodelle (n) nach den Dimensionen „Stellung psychotherapeutischer Angebote“ und „Komplexitätsgrad“

Anmerkung: n = 83 Modelle konnten aufgrund von fehlenden oder widersprüchlichen Angaben nicht eindeutig in die Matrix eingeordnet werden

Beispiele ausgewählter Versorgungsmodelle		
Zentrales Service-Modell	Videosprechstunde (AOK Nordost)	Erweiterung einer bestehenden Kurz- oder Langzeitpsychotherapie um die Möglichkeit einer Online-Sprechstunde.
Integrales Service-Modell	KOMPASS (40 Betriebskrankenkassen)	Gestufte Versorgung durch einen strukturierten und koordinierten Behandlungsansatz. Module sind z. B. psychosoziale Beratung, ein Online-Selbsthilfeprogramm, Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapie.
Optionales Service-Modell	Telefoncoaching (BIG direkt und gesund)	Wöchentlich stattfindende telefonische Coachings über eine Programmdauer von drei Monaten.
Zentrales Vernetzungs-Modell	Allegro Seelische Gesundheit (Betriebskrankenkassen Landesverband Bayern)	Versicherte mit leichter oder mittelgradiger Depression erhalten Hilfe von einem bayernweiten Expertinnennetzwerk, z. B. Psychotherapeutinnen, Psychiaterinnen, Psychologinnen und Sozialarbeiterinnen. Bei Bedarf Zugang zu einer Einzel- oder Gruppentherapie ohne längere Wartezeiten.
Integrales Vernetzungs-Modell	Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis (AOK Baden-Württemberg)	Umsetzung eines strukturierten Gesamtbehandlungsplans bei Versicherten mit Essstörungen. Neben Einzel- und Gruppenpsychotherapie erfolgen beispielsweise Ernährungsberatung, Familientherapie und Sozialberatung.
Optionales Vernetzungs-Modell	PsycheAktiv Sachsen (AOK Plus Sachsen)	Versicherte haben je nach Diagnose Zugang zu den Angeboten des Projekts, z. B. patientinnenbezogener Versorgungsverbund, interdisziplinäre psychiatrische Versorgung, Therapiebegleiterinnen, Zweitmeinungsverfahren, Entlassungsmanagement.
Integrale oder optionale Komplexversorgung	IV Verträge Seelische Gesundheit leben (SeGel; integral) und Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG; optional) (diverse Krankenkassen)	Zugang zu Ergänzungen der haus- und fachärztlichen Versorgung wie z. B. Home Treatment, Case Management, Soziotherapie, Psychotherapie, Psychoedukation, 24h-Rufbereitschaft.

Tabelle 2: Beispielhafte Einordnung von neuen Versorgungsmodellen nach den Dimensionen „Stellung psychotherapeutischer Angebote“ und „Komplexitätsgrad“

Der **Komplexitätsgrad** unterscheidet zwischen:

- Service-Modellen, die primär organisatorische Verbesserungen anstreben,
- Vernetzungsmodellen, die die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer beabsichtigen,
- Modellen mit Komplexversorgung, die über die Regelversorgung hinausgehen und verschiedene Hilfen und Dienste miteinbeziehen.

Tabelle 1 zeigt die Anzahlen der gefundenen Versorgungsmodelle, eingeordnet nach der vorgeschlagenen Systematik. In Tabelle 2 werden ausgewählte neue Versorgungsmodelle nach den Dimensionen „Stellung psychotherapeutischer Angebote“ und „Komplexitätsgrad“ beispielhaft skizziert.

In Tabelle 3 werden nachfolgend zwei weitere Versorgungsmodelle exemplarisch ausführlicher vorgestellt: Das BKK ProPsych-Projekt (Vogel & Musekamp, 2017) und das Projekt psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit (Härter, Brandes, Hillebrandt & Lambert, 2015).

Insgesamt konnte die Studie eine beeindruckende Vielfalt von Modellen zur psychotherapeutischen Versorgung aufzeigen, die – soweit man das überblicken kann – durch unterschiedliche Zielsetzungen und Ansatzpunkte und auch durch unterschiedliche Interessen geprägt sind und die sicher ein lohnendes Feld bieten, um in vertiefenden Analysen die Potentiale von verschiedenen Arten von Versorgung zu untersuchen.

Name	BKK ProPsych	psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit
Einordnung Strukturschema	Service-Modell/zentral	Komplexversorgung/integral
Kooperationspartner	Sieben Betriebskrankenkassen, Diagnostische Leitstellen Universitäten Würzburg und Erlangen, ca. 40 Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen, Betriebsärztinnen	Elf Krankenkassen, 105 Hausärztinnen, Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen, sieben Krankenhäuser
Region	Franken/Nordbayern	Hamburg
Rechtsgrundlage	§ 43 SGB V	BMBF-gefördertes Projekt
Zielgruppe	Beschäftigte	Menschen mit Depression, Psychose, somatoformen Störungen, Anorexie, Bulimie; Alkohol im Jugendalter
Beschreibung	Schnelle psychodiagnostische Abklärung innerhalb von 14 Tagen nach Anmeldung. Bei PT-Indikation erfolgt die rasche Einleitung einer ambulanten Psychotherapie bei Projekt-Psychotherapeutinnen. Außerdem erfolgt eine Beratung über und die Einleitung ergänzender oder alternativer Maßnahmen (z. B. stationäre Therapie).	Versorgungs- und Forschungsverbund zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Hamburger Bevölkerung im Rahmen von fünf Aktionsfeldern und elf Teilprojekten. Beispiel Teilprojekt Depression: Optimierte, leitlinienorientierte Versorgung durch schweregradabhängiges, gestuftes und vernetztes Vorgehen unter Einbezug der Hausärztinnen, Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen.
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stabile Vernetzung der Kooperationspartner ■ Kommunikation über ein internes, gesichertes Online-Portal ■ Erweiterung der regionalen Bedarfsplanung durch Einbezug von „nicht kassenzugelassenen“ Psychotherapeutinnen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frühere Erkennung und nachhaltigere Behandlung von psychischen Störungen ■ Leitlinienorientierung ■ Umfassende Begleitforschung ■ Einbezug von Aufklärungsmaßnahmen der Hamburger Bevölkerung

Tabelle 3: Ausführliche Beispiele neuer Versorgungsmodelle

Bewertung

Die Bewertung neuer Versorgungsformen kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln erfolgen; hier sollen die versorgungspolitische Perspektive, die Perspektive der Psychotherapeutinnenschaft sowie die der Patientinnen näher ausgeführt werden.

Aus **versorgungspolitischer Perspektive** ist zunächst interessant, welche Versorgungsdefizite (z. B. lange Wartezeiten, Schnittstellenprobleme, mangelnde Differenzierung der Angebote) durch innovative Konzepte behoben werden sollen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über mögliche Versorgungsdefizite und Versorgungsformen, die diese zu beheben versuchen.

Eine weitergehende versorgungsanalytische Bewertung scheint notwendig, war in diesem Rahmen aber nicht realistisch und auch nicht vorgesehen. Ein zentrales Hindernis wären aber auch die zumeist fehlenden Informationen gewesen. Idealtypisch müssten dazu, ausgehend von einem definierten Versorgungsproblem und seiner Operationalisierung, die mit dem Modell angestrebten Veränderungen auf die Versorgung definiert und sodann überprüft werden. Sie müssten dann wiederum im Vergleich mit Regionen/Populationen, die außerhalb des Modells liegen, bewertet werden. Die Vergleichsstudie des AQUA-Instituts zu integrierten Ver-

sorgungsmodellen bei psychischen Störungen (*Ruppert et al., 2016*) und auch die sehr vorbildliche systematische Evaluation des Hamburger Modells psychnet (*Brandes, Lambert & Härter, 2017*) dokumentieren anschaulich die Herausforderungen eines solchen Vorhabens. Sie zeigen aber auch, dass entsprechende Untersuchungen möglich und sinnvoll sind.

Die Stellung der **Psychotherapeutinnen** kann durch die Mitwirkung an neuen Versorgungsformen gestärkt werden, indem sie ihre Expertise in die Entwicklung und Ausgestaltung dieser Modelle einbringen. Attraktiv erscheint die Mitwirkung an neuen Versorgungsformen auch dann, wenn es gelingt, sog. Kostenerstattungspsychotherapeutinnen bzw. Kolleginnen ohne Vertragsarztsitz regelhaft in die Versorgung einzubeziehen (siehe beispielsweise ProPsych-Projekt in Tabelle 3) oder im Hinblick auf Modelle, in denen beteiligte Vertragspsychotherapeutinnen weitere Kolleginnen anstellen können (Facharztprogramm PNP von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK). In diesen Fällen kann das psychotherapeutische Angebot in unterversorgten Gebieten erweitert werden, weil mehr Psychotherapieleistungen möglich sind, als es die sogenannte Bedarfsplanung vorsieht.³ Leider beschränken sich viele Modelle – entsprechend den vordergründigen gesetzlichen Vorgaben – auf die Mitwirkung von Vertragspsychotherapeutinnen, was

³ Zur Kritik an der gegenwärtigen Bedarfsplanung vergleiche *IGES-Institut und Jacobi (2016)*.

Bewertungsdimension	Mögliche Versorgungsdefizite	Versorgungsformen, die Versorgungsdefizite adressieren
Verfügbarkeit von und Zugang zu Versorgungsangeboten	<ul style="list-style-type: none"> ■ regionale Unterschiede in der Versorgung/regionale Unterversorgung ■ lange Wartezeiten mit der Gefahr der Chronifizierung ■ mit Antragsverfahren einhergehende Hürden im Zugang 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die regionale Versorgungsprobleme adressieren ■ Modelle, die psychische Belastungen frühzeitig niedrigschwellig identifizieren ■ Modelle, die einen schnellen, einfachen Zugang ermöglichen ■ Modelle, die weitere Behandlerinnenkapazitäten (zusätzlich zu Vertragspsychotherapeutinnen) „erschließen“
Differenzierungsgrad von Versorgungsangeboten	<ul style="list-style-type: none"> ■ zu wenig/fehlende Behandlungsangebote für leichte Erkrankungen ■ zu wenig komplexe/langfristig angelegte Behandlungsangebote für schwere psychische Erkrankungen ■ zu wenig Angebote für bestimmte Patientinnengruppen ■ unzureichendes Angebot für steigende Zahl psychischer Probleme bei somatischen Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die niedrigschwellige Unterstützung bieten ■ Modelle, die sich an bestimmte Zielgruppen richten ■ Modelle, die sich an bestimmten Schweregraden psychischer Erkrankungen ausrichten
Qualität der Versorgungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sicherstellung der Angemessenheit/Qualität der Versorgung ■ Mängel in der Leitlinienorientierung/unzureichende indikationsbezogene Differenzierung der Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die eine evidenzbasierte, leitlinienorientierte Behandlung sicherstellen ■ Modelle, die ausgehend von klarer Zielformulierung wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden
Überwindung von Sektorengrenzen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Probleme in der Abstimmung der Behandlung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ■ heterogene Zuständigkeiten im Bereich der Finanzierung und Vergütung behindern die Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle, die fachgruppen- und sektorenübergreifend ausgerichtet sind ■ Modelle, die unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten und fehlsteuernde Vergütungsmodalitäten überwinden

Tabelle 4: Versorgungsdefizite, die durch neue Versorgungsformen angegangen werden

letztlich in der Bilanz keine Verbesserung für die Versorgung erbringt, nur eine Verschiebung zwischen den Kassen (wenn beispielsweise im Projekt bessere Honorare für die Psychotherapie gezahlt werden als in der Regelversorgung).

Aus Sicht der einzelnen Psychotherapeutin ist die Entscheidung für oder gegen die Mitwirkung an einem neuen Versorgungsmodell außerhalb der Richtlinienpsychotherapie von ganz verschiedenen Faktoren abhängig. Zu beachten sind dabei die Rahmenbedingungen eines konkreten Modells, regionale Besonderheiten sowie individuelle Aspekte auf Psychotherapeutinnenseite (z. B. fachliche Spezialisierung, zeitliche Ressourcen). Verschiedene Zielsetzungen spielen eine Rolle, wenn es darum geht, durch die Beteiligung an neuen Versorgungskonzepten das eigene Leistungsspektrum zu erweitern, betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen verbessern zu können oder auch mehr Möglichkeiten zur Mitgestaltung der regionalen Versorgung zu bekommen. Eine bessere Vernetzung mit anderen Leistungserbringern sowie Möglichkeiten zur eigenen, weiteren Spezialisierung sind weitere Aspekte, die erstrebenswert erscheinen können.

Die entwickelte Checkliste unternimmt den Versuch, den interessierten Psychotherapeutinnen eine Hilfestellung und

Orientierung im Entscheidungsprozess zu geben, indem entscheidungsrelevante Fragen zu verschiedenen Dimensionen strukturiert wurden (siehe Kasten).

Bezogen auf die **Patientinnen** kann kritisch angemerkt werden, dass für diese durch die Teilnahme an einem neuen Versorgungsprojekt die Behandlerinnenwahl eingeschränkt wird. Außerdem übernehmen Krankenkassen-Mitarbeiterinnen nicht selten als Fallmanagerin eine steuernde Funktion in der Zuweisung von Versicherten zu neuen Versorgungsprojekten. Dies kann unterschiedlich bewertet werden: Auf der einen Seite kann es zu einer besseren Passung bzw. Bedarfsorientierung der Behandlerinnenwahl führen, insofern als fachliche Unterstützung erfolgt und auf diesem Weg die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Auf der anderen Seite kann es allerdings sowohl bei der Patientin als auch bei der Psychotherapeutin als Bevormundung erlebt werden, insbesondere wenn andere Motive als die Versorgungsqualität bei der Auswahl/Steuerung ins Spiel kommen (z. B. fiskalische). Generell sind allerdings die meisten Projekte wesentlich darauf ausgerichtet, Psychotherapie bedarfsgerecht zu ermöglichen, was in der Regelversorgung bei den derzeit unzumutbaren Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht gewährleistet ist (*Bundespsychotherapeu-*

Checkliste für die Beteiligung an neuen Versorgungsmodellen

(Erstellung unter Nutzung von *Deister & Wilms, 2014; Regorz, 2005*)

Hat das Modell Relevanz für meinen Versorgungsalltag?

- Handelt es sich um eine Patientinnengruppe, die für mich relevant ist (quantitativ, interessebezogen)?
- Für wie viele meiner Patientinnen käme das Modell derzeit in Betracht?
- Welchen Stellenwert hat die beteiligte Krankenkasse in meiner Region (Marktanteil)?
- Welche Möglichkeiten gibt es, weitere Patientinnen zu gewinnen (z. B. durch Aktivitäten der Krankenkasse, Öffentlichkeitsarbeit)?
- Ist die Menge der im Rahmen des Modells behandelten Patientinnen begrenzt?
- Droht bei Nichtteilnahme an dem Modell, dass ein Teil der bisher von mir behandelten Patientinnen zu anderen Leistungserbringern wechselt?

Passt das Modell zu meinen professionsbezogenen Schwerpunktsetzungen?

- Welche Behandlungskonzepte stehen im Zentrum? Passen diese zu meiner (derzeitigen oder geplanten) inhaltlichen Ausrichtung?
- Sieht das Behandlungskonzept eine Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern vor? Wenn ja, in welcher Form?
- Welche Rolle spiele ich als Psychotherapeutin im Behandlungssetting?
- Wie innovativ ist der Ansatz? Handelt es sich um verbesserte Regelversorgungsleistungen oder geht die inhaltliche Ausrichtung des Angebots über die Richtlinienpsychotherapie hinaus?
- Werden E-Health-Elemente (verpflichtend) genutzt?

Entspricht das Modell meinen Qualitätsansprüchen?

- Orientiert sich das Versorgungsmodell an den entsprechenden Leitlinien?
- Wurden für das Modell strukturierte Behandlungspfade entwickelt?
- Gibt es strukturierte Formen der Zusammenarbeit bzw. der Weiterbildung (Qualitätszirkel etc.)?
- Gibt es ein Qualitätsmanagement? Wie wird die Qualität der Versorgung sichergestellt/überprüft?
- Wie wird der Datenschutz gewährleistet? Wer hat Zugang zu welchen Daten?
- Wurde das Modell pilotiert/systematisch erprobt? Liegen Evaluationsergebnisse vor?
- Welche Outcomefaktoren wurden gemessen?
- Von wem wurde die Evaluation durchgeführt (intern, extern)?
- Fanden/Finden Anpassungen aufgrund von Evaluationsergebnissen statt?

Sind die Rahmenbedingungen des Versorgungsmodells für mich tragbar?

- Handelt es sich um ein neues oder ein bereits etabliertes Modell? Welche Erfahrungswerte von anderen Psychotherapeutinnen liegen ggf. vor?
- Ist das Modell befristet oder unbefristet angelegt? Welche Laufzeit ist vorgesehen?
- Kann ich den Vertrag mitgestalten?
- Sind alle wesentlichen Punkte im Vertrag konkretisiert und eindeutig formuliert?
- Wer überwacht die Einhaltung der vertraglichen Regelungen?
- Unter welchen Umständen kann der Vertrag gekündigt werden (von beiden Seiten)?
- Was passiert, wenn der Vertrag vorzeitig endet bzw. wenn ich den Vertrag vorzeitig beende?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn nur wenige Patientinnen teilnehmen? Gibt es eine Mindestpatientinnenzahl pro Leistungserbringer?

Mit welchem Aufwand lässt sich das Versorgungsmodell in meinen Versorgungsalltag integrieren?

- Wie hoch ist der allgemeine administrative Aufwand und der Dokumentationsaufwand?
- Gibt es Vorgaben für die interne Prozesssteuerung? Wie ist die Zusammenarbeit der am Modell beteiligten Leistungserbringer/Partner geregelt?
- Muss ich zusätzliche Qualifikationen/Kompetenzen erwerben, um an dem Modell teilnehmen zu können?
- Sind (regelmäßige) Fortbildungen, Qualitätszirkel o. Ä. verpflichtend?
- Muss für das Versorgungsmodell neue Hard-/Software angeschafft werden? Ist diese kompatibel mit der bisherigen Ausstattung? Lässt sich diese auch außerhalb des Modells nutzen?

Wie sehen die Reglementierungen für meine professionelle Tätigkeit in dem Modell aus? Mit welchen Risiken ist die Teilnahme an dem Modell für mich verbunden?

- Inwieweit wird das eigene professionelle Arbeiten reglementiert? Welche Vorgaben, die ich als Psychotherapeutin einhalten muss, gibt es (z. B. Frequenz der Behandlungseinheiten, max. Wartezeiten)?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn Leistungen von mir nicht eingehalten werden (z. B. längere Wartezeit als angegeben)?
- Welche Auswirkungen hat es, wenn erwartete Ergebnisse nicht erreicht werden (z. B. Symptomverbesserung in einem vorgegebenen Zeitraum)?
- Welche Leistungen muss ich verpflichtend gegenüber der Patientin im Rahmen des Modells erbringen, welche sind ggf. ausgeschlossen (z. B. Gruppenpsychotherapiemodell, in dem keine weitere Einzeltherapie parallel durchgeführt werden kann)?
- Kann ich der Patientin – neben den im Modell enthaltenen Leistungen – weitere Leistungen anbieten?

tenkammer, 2018). In dieser Hinsicht bieten fast alle Modelle für die Patientinnen spürbare Vorteile.

Grundsätzlich kann problematisiert werden, dass Krankenkassen mit neuen Versorgungsformen auch in den Wettbewerb um Versicherte gehen (können). Dies widerspricht dem Auftrag und Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung auf einheitliche und bedarfsgerechte Versorgung. In Hinblick auf die derzeitige psychotherapeutische Versorgung kann allerdings entgegnet werden, dass die unzureichende Bedarfsplanung hier schon seit vielen Jahren zu inakzeptablen Versorgungsengpässen führt (Hauschild, 2018) und die neuen Versorgungsformen zumindest punktuell Verbesserungen für die Patientinnen der beteiligten Kassen in den jeweiligen Regionen erbringen.

Die neuen Versorgungsformen/-modelle können schließlich auch niedrigschwellige Versorgungsangebote für Versicherte bieten. Sie können den Zugang für bestimmte Patientinnengruppen erleichtern, die sonst vermutlich keine Psychotherapie in Anspruch nehmen würden (z. B. Modelle für alte/sehr alte Menschen; für Arbeitnehmerinnen aus der rohstoffverarbeitenden Schwerindustrie; Bode, Wunsch, Finger & Kröger, 2016).

Diskussion

Die gesetzliche Einführung von Rahmenbedingungen für die Entwicklung von neuen Versorgungsformen jenseits der üblichen vertragsärztlichen Regelungen durch die Kassenärztliche Versorgung sollte den Krankenkassen die Gelegenheit bieten, vom klassischen „Payer“ zum „Player“ in der Gesundheitsversorgung zu werden. Die Vorgaben ermöglichen es nunmehr, sehr verschiedenartige Versorgungskonzepte anzubieten, Sektorengrenzen zu überwinden und neue Formen der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu entwickeln und zu erproben. Dies ist in vielen Modellen, so kann man 20 Jahre später festhalten, erreicht worden. Die durchgeführte Recherche ergab mit 240 Funden eine Vielzahl existierender und in ihrer regionalen Verbreitung, Zielgruppenorientierung und Komplexität heterogener Modelle. Bei näherem Hinsehen sind es aber oft Modelle, die nur für wenige Jahre existieren und/oder nur regional bzw. für eine kleine Zielgruppe angeboten werden.

Der Gesetzgeber hat die Entwicklung neuer Versorgungsformen nicht zuletzt deshalb gefördert, damit die Erfahrungen von erfolgreichen neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung transferiert werden und die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Versorgung daraus lernen kann. Da systematische oder zumindest publizierte Begleit-evaluationen bisher aber eher die Ausnahme als die Regel darstellen, sollte hier vonseiten des Gesetzgebers nachgebessert und es sollten Verpflichtungen zur Evaluation sowie zur Veröffentlichung von Modellevaluationen eingeführt werden. Nur so kann diese Entwicklung auch dem eigentlichen

Ziel des Ausbaus neuer Versorgungsformen gerecht werden, nämlich Impulse für die Weiterentwicklung der Regelversorgung abzuleiten. Die Frage, inwieweit neue Versorgungsformen tatsächlich imstande sind, Versorgungsprobleme zu lösen, kann nur durch weiterführende Analysen vor dem Hintergrund ausreichender Transparenz beantwortet werden. Möglicherweise werden zukünftig auch Verbände oder Kammern über bestehende regionale Versorgungsmodelle systematisch informieren und dazu beitragen, die Transparenz zu verbessern.

Fazit

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden in den zurückliegenden Jahren bundesweit von vielen Krankenkassen und Kassenverbänden gemeinsam mit Psychotherapeutinnen und anderen Leistungserbringern neue Versorgungsmodelle (meist durch Selektivverträge) entwickelt und etabliert. Trotz durchaus vorhandener kritischer Punkte liegen darin vielfältige Chancen für die Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie und der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung für die Patientinnen. Da sich der Rahmen und die Inhalte der professionellen Arbeit der Psychotherapeutinnen in solchen Versorgungsmodellen von der Richtlinienpsychotherapie z. T. deutlich unterscheiden, sollten sich interessierte Psychotherapeutinnen vor der Entscheidung zur Mitwirkung sorgfältig mit den Details der Regelungen auseinandersetzen.

Literatur

- Altmann, U., Thielemann, D. & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis*, 43 (7), 360-366.
- Bode, K., Wunsch, E.-M., Finger, F. & Kröger, C. (2016). Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66, 235-241.
- Brandes, A., Lambert, M. & Härter, M. (2017) psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit Vision, Organisation und Umsetzung eines Forschungs- und Versorgungsnetz in der Metropolregion Hamburg. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen II* (S. 133-148). Wiesbaden: Springer.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf [08.03.2018].
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). Wartezeiten 2018. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf [14.04.2018].
- Deister, A. & Wilms, B. (2014). Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Härter, M., Brandes, A., Hillebrandt, B. & Lambert, M. (2015). psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 42 (Supplement 1), 4-8.
- Hauschild, J. (2018). Umstrittene Psychotherapie-reform. Patienten sind in einer Schleife gefangen. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychotherapie-reform-patienten-warten-noch-laenger-a-1190627.html> [11.02.2018].

IGES-Institut & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten. Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutenstelle. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPTK/2016/20161117_1/IGES_Bericht_Bedarfsplanung_Psychotherapeuten.pdf [17.04.2018].

Lehmann, B. & Bohm, S. (2017). Neue ambulante psychotherapeutische Versorgungsformen und -angebote außerhalb der Richtlinienpsychotherapie: Sichtung und Bewertung von laufenden Modellen und Entwicklungen. Berlin: AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. Verfügbar unter: <https://www.dgvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle> [08.05.2018].

Nolting, H.-D. & Hackmann, T. (2012). Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modellprojekte_nach__64_b_2012_03.pdf [17.04.2018].

Pietsch, B., Härter, M., Nolting, A., Nocon, M., Kulig, M., Gruber, S. et al. (2014). Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

In J. Klauber, C. Günster, B. Gerste, B. Robra & N. Schmacke (Hrsg.), Versorgungsreport 2013/2014. Schwerpunkt: Depression (S. 55-75). Stuttgart: Schattauer.

Regorz, A. (2005). Risiko-orientierte Checkliste Integrierte Versorgung. Verfügbar unter: <http://www.regorz.de/checkliste%20integrierte%20versorgung.pdf> [17.04.2018].

Schmid, P., Steinert, T. & Borbé, R. (2013). Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 40 (8), 414-424.

Ruppert, D., Stegbauer, C., Bramesfeld, A., Bestmann, B., Szecsenyi, J. & Götz, K. (2016). „Die Hoffnung stirbt zuletzt ...“ – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. Psychiatrische Praxis, 44 (3), 134-140.

Vogel, H. & Musekamp, G. (2017). Neue Versorgungsformen für die ambulante Psychotherapie – Fachsymposium von DGVT und DGVT-BV am 13. März 2017 in Berlin (Tagungsbericht). Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 49 (2), 401-409.

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2014). Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). Das Gesundheitswesen, 76 (3), 135-146.



Dipl.-Psych. Ann Kathrin Skirde

Ann Kathrin Skirde, Diplom-Psychologin, ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Würzburg. Sie ist als Diagnostische Beraterin im Versorgungsprojekt BKK Pro-Psych tätig.



Dr. phil. Bianca Lehmann

Dr. phil. Bianca Lehmann, Soziologin und Pädagogin, ist Senior Scientist + Senior Consultant in der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Berlin. Ihre Schwerpunkte sind u. a. neue Versorgungsformen, die Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie Versorgungs- und Sozialforschung.



Dipl.-Volkswirt Steffen Bohm

Steffen Bohm, Diplom-Volkswirt, ist Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Berlin. Seine Schwerpunkte liegen u. a. im Gesundheits- und Versorgungsmanagement, der Unternehmensentwicklung und dem Innovationsfonds.



PD Dr. Heiner Vogel

Korrespondenzadresse:
Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
h.vogel@uni-wuerzburg.de

Priv.-Doz. Dr. phil. Heiner Vogel, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Er ist Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals.