

# Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen

---

Zugang bedarfsorientiert verbessern –  
Vorhandene Ressourcen besser nutzen

ERGEBNIS  
BERICHT

---

## **Autoren**

Dr. Karsten Neumann  
Alina Wolfschütz

# **Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen**

---

Zugang bedarfsorientiert verbessern –  
Vorhandene Ressourcen besser nutzen

**Ergebnisbericht der Expertenbefragung**

Berlin, 9. Dezember 2014



---

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Einleitung und Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Ausgangslage und Herausforderung in der ambulanten Versorgung von psychischen Erkrankungen</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>Zugangskonzepte</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>Die Grundsatzfrage der Zugangssteuerung</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Empfehlungscharakter der Beratung</b>	<b>12</b>
<b>3.3</b>	<b>Verantwortlichkeiten für die Durchführung der Beratung</b>	<b>13</b>
<b>3.4</b>	<b>Inhalt der Beratung</b>	<b>16</b>
<b>3.5</b>	<b>Beratungsprozess und Terminmanagement</b>	<b>17</b>
<b>3.6</b>	<b>Wohin werden Versicherte und Patienten verwiesen?</b>	<b>18</b>
<b>3.7</b>	<b>Offene Fragen bezüglich der Mengengerüste</b>	<b>18</b>
<b>4.</b>	<b>Sonstige Empfehlungen</b>	<b>20</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b>	<b>22</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>4</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	IGES Expertenbefragung	5
Abbildung 2:	Wartezeiten auf psychotherapeutische Erstgespräche (mittlere Wartezeit in Wochen)	9
Abbildung 3:	Entwicklung der Anzahl der Psychotherapeuten in Deutschland (1999-2010)	10
Abbildung 4:	Fragestellungen zur Ausgestaltung eines Zugangskonzepts	11
Abbildung 5:	Wer führt die Sprechstunde und Beratung durch?	15
Abbildung 6:	Bedarf und Nutzung - geht die Rechnung auf?	19

---

## 1. Einleitung und Zusammenfassung

In der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat das Gesundheitswesen seit langem mit Versorgungsengpässen und übermäßigen Wartezeiten zu kämpfen. Dies führt zu Erschwerungen für die Versicherten und Folgekosten für die Krankenversicherung. Die GKV hat Ende 2013 ein Konzept vorgestellt, um durch eine verbesserte Zugangssteuerung dafür zu sorgen, dass gleichbleibende Ressourcen besser genutzt werden, die Intensität der Betreuung sich stärker an der Schwere der Erkrankung orientiert und dadurch die Behandlungen stärker auf den tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet werden. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss werden verwandte Konzepte zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Berichts (Oktober 2014) ebenfalls beraten.

Das IGES Institut hat sich in den letzten Jahren für Akteure aller Art im Gesundheitswesen mit Fragen rund um psychische Erkrankungen befasst und diese Diskussionen daher mit Interesse verfolgt. Wir wollten die konkrete Umsetzung und einige kritische Punkte dieses sehr sinnvollen Grundgedankens näher beleuchten und haben ein selbstfinanziertes Eigenprojekt durchgeführt, dessen Ergebnisse wir gerne als Beitrag in die laufende Diskussion einbringen.

Abbildung 1: IGES Expertenbefragung

Expertenbefragung August/September 2014

- Befragung von Kassen und Verbänden der Leistungserbringer zur Einschätzung der derzeitigen Versorgung psychischer Erkrankungen vor dem Hintergrund des Konzeptes des GKV SV<sup>1)</sup>
- Qualitatives Untersuchungsdesign
- 15 telefonische/persönliche Interviews

Expertenworkshop Oktober 2014

- Workshop zur Auswertung der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Publikation der Ergebnisse und Bewertung aus Sicht des IGES



<sup>1)</sup> Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen (Positionspapier des GKV-SV, November 2013)

Quelle: IGES

Dazu haben wir im Herbst 2014 eine Reihe von ca. 15 Expertengesprächen mit Gesetzlichen Krankenkassen und den Berufsverbänden der Ärzte und Psychotherapeuten mit Hilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens geführt. Die Ergebnisse wurden anschließend in einem Workshop mit den meisten Befragten

erneut diskutiert und gemeinsam präzisiert.<sup>1</sup> Für den zeitlichen Einsatz und die engagierte Diskussion möchten wir allen Teilnehmern an dieser Stelle sehr herzlich danken.

Die Darstellung der Ergebnisse in Form dieses Berichts soll einen Beitrag zur weiteren Diskussion um die Ausgestaltung der Modelle darstellen. Trotz der Einbindung der Experten liegen die Auswahl und Darstellung der Ergebnisse sowie alle verbleibenden Fehler selbstverständlich alleine in der Verantwortung von IGES

Bei der Befragung sind wir von dem Grundgedanken des GKV-Papiers ausgegangen, dass Versicherte mit einer (möglichen) psychischen Erkrankung zu einer Orientierungssprechstunde kommen, in der sie eine Einschätzung erhalten, ob sie eine Richtlinien-Psychotherapie, psychiatrische Therapie oder andere Form der Versorgung benötigen, und wie intensiv eine mögliche Psychotherapie sein sollte. Dadurch sollte die Versorgung besser am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet werden. Kapazitäten, die durch leichter erkrankte Patienten gebunden werden, würden frei gemacht, dadurch würden Wartezeiten verkürzt und Patienten mit höherem Bedarf schneller versorgt. - Fragen bezogen sich etwa darauf, wer die Beratungs- oder Steuerungsfunktion ausübt und wie weit das Spektrum seiner Möglichkeiten ist.

Die wichtigsten Ergebnisse aus Gesprächen und Workshop fassen wir hier zusammen:

- ◆ Eine Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung wird als das wichtigste Ziel in diesem Versorgungsbereich angesehen - insbesondere eine erste Orientierung und Beratung muss zeitnah erfolgen
- ◆ Eine Staffelung der Art und des Umfangs der Therapie nach medizinischen und psychotherapeutischen Erfordernissen wird unbedingt befürwortet
- ◆ Dabei soll es aber keinen Zwang geben. Die Steuerung soll Empfehlungscharakter haben. Versicherte sollen das Recht behalten, trotz anderslautender Empfehlungen aus einer Sprechstunde, Therapiestunden in Anspruch zu nehmen
- ◆ Bei der Frage, welche Berufsgruppe den Versicherten die erste Empfehlungen über eine mögliche Therapie gibt, gingen die Meinungen auseinander. Von einer Gruppe werden alle ärztlichen Berufe (Hausärzte, Psychiater) als geeignet gesehen, von einer anderen die Gruppe der Psychotherapeuten und Psychiater. Mischmodelle sind denkbar, aber die Entscheidung über diesen Punkt wird eine der wesentlichen Entscheidungen in der weiteren Konzeptentwicklung darstellen.

---

<sup>1</sup> Die befragten Institutionen im Einzelnen waren: AOK Nordost, AOK Rheinland/Hamburg, BARMER GEK, BVDP e.V., BKJPP e.V., BKK-DV, BPtK, bvpv e.V., DAK, Deutsche BKK, DGPs e.V., DPtV e.V., Die Schwenninger, GKV-SV, GWQ ServicePlus AG, KBV, SBK, TK, vdek

---



- ◆ Eine Einrichtung gesonderter Beratungsstellen wurde nicht befürwortet. Als mögliche Ausnahme wurden Anlaufstellen für besonders schwere Fälle gesehen
- ◆ Der Berater sollte ein weites Spektrum an Möglichkeiten für die weitere Behandlung vorschlagen können. Insbesondere sollten psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsmethoden nebeneinander stehen. Kommunale Angebote und Projekte von Kassen sollten ebenfalls als Verweisungsoptionen in Frage kommen.
- ◆ Die regionale Differenzierung der Versorgungsdichte ist zu berücksichtigen
- ◆ Damit die Wartezeiten tatsächlich verkürzt werden, ist die Behandlungsempfehlung mit Maßnahmen zum Terminmanagement zu verbinden
- ◆ Für einen möglichst großen Erfolg des Konzepts ist eine Kombination mit weiteren Maßnahmen, wie z.B. Anpassung der Bedarfsplanung oder Förderung der Gruppentherapie erforderlich

In der Diskussion fiel auf, dass Vorstellungen zu Mengengerüsten, die zur Weiterentwicklung der Versorgung unabdingbar sind, noch nicht ausreichend entwickelt sind. Ob durch eine Beratung die bestehende Behandlungsnachfrage verringert oder gerade erst neu hervorgerufen wird, ist mit heute vorliegenden Informationen nicht zu beurteilen. Nicht nur deswegen ist es vorstellbar, verschiedene Formen der Umsetzung in regionalen Modellversuchen auszuprobieren.

---

## 2. Ausgangslage und Herausforderung in der ambulanten Versorgung von psychischen Erkrankungen

Das Ende 2013 vorgestellte Positionspapier der GKV „Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie.“ ist Ausgangspunkt unserer Überlegungen zu den Herausforderungen von und der Zukunft der ambulanten Versorgung von psychischen Erkrankungen.<sup>2</sup> Ziel der Kassen ist

- ◆ eine Verbesserung der Versorgung unter Beibehaltung der vorhandenen Ressourcen und Berücksichtigung eines effizienteren Ressourceneinsatz,
- ◆ eine verpflichtende Sprechstunde mit diagnostischer Abklärung und Gesprächsleistungen zur Steuerung des Zugangs einschließlich Merkblatt mit Behandlungsalternativen,
- ◆ eine Vereinfachung des Zugangs zur Psychotherapie durch Einführung der Anzeige - statt Antragspflicht für den Bereich der Kurzzeittherapie,
- ◆ eine Anpassung der Therapie-Kontingentierung als Anreize für die Absenkung der Therapiedauer,
- ◆ eine Qualitätssicherung durch den Einsatz psychometrischer Instrumente sowie
- ◆ Flexibilisierungen der Richtlinien-therapie (u. a. Gruppengröße, Kombinierbarkeit etc.)

Auslöser dieses Positionspapiers waren vor allem Zugangsprobleme für Versicherte, die wiederum zu langen Wartezeiten bis zum Therapiebeginn führen. Eine Studie der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2011, welche eine Umfrage zu den Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beinhaltete, zeigte den Umfang des Problems auf.<sup>3</sup> Die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch schwankten zwischen 8,4 und 19,4 Wochen (Abbildung 2); bis zur eigentlichen Therapie vergeht weitere Zeit. Andere Quellen nennen kürzere oder längere Zeiträume.<sup>4</sup> Die Einschätzung und Bewertung der Wartezeiten ist nicht trivial, denn

---

<sup>2</sup> GKV-Spitzenverband (2013): Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen (Positionspapier des GKV, November 2013)

<sup>3</sup> BPTK (2011): Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK ([www.bptk.de/uploads/media/110622\\_BPTK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie\\_01.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf))

<sup>4</sup> Zwei aktuelle Umfragen aus dem Jahr 2014 gehen weiter auseinander: Der Wido-Monitor erhob in einer Umfrage 4,5 Wochen bis zum Erstgespräch und rund 3 weitere Wochen bis zur Therapie, die ZEIT in einer eigenen Umfrage dagegen eine Wartezeit von im Schnitt 3 Monaten (ca. ein Drittel der 3.000 Befragten wartete über sechs Monate) . [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_wido\\_monitor/wido\\_mon\\_pm\\_1\\_2014\\_0514.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_pm_1_2014_0514.pdf) bzw. <http://www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit>

ein stetiger Anstieg der Ressourcen führt nicht zu ihrer Verringerung: die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stieg zwischen 1999 und 2011 um 45 % an (Vgl. Abbildung 3). – Gleichzeitig stiegen auch die diagnostizierten Fälle stark an – sowohl bei stationären Aufenthalten als auch bei Krankschreibungen (AU-Fälle um 80% und AU-Tage um über 100%)<sup>5</sup>.

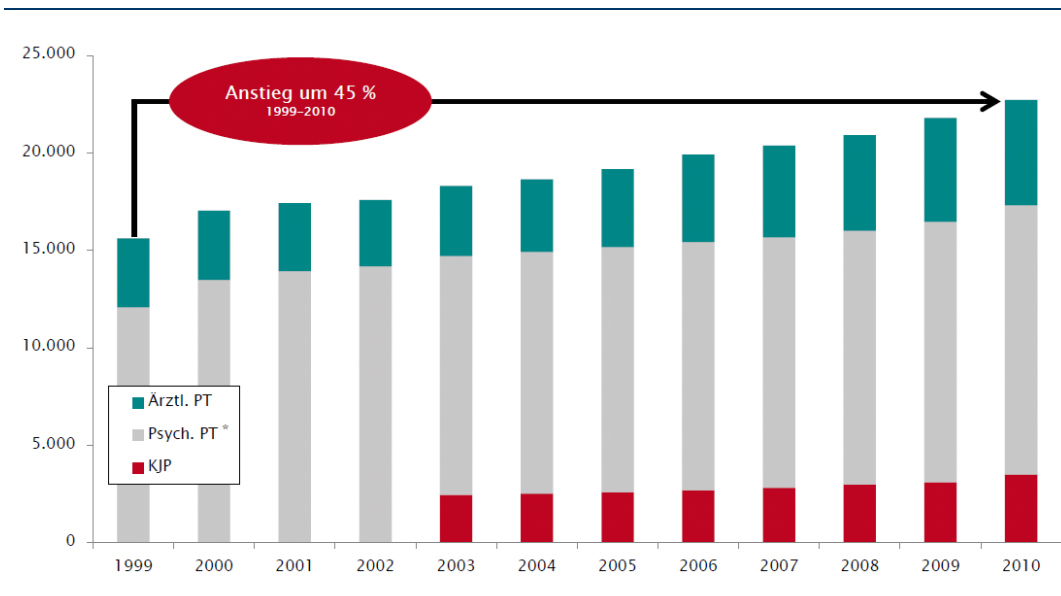
Abbildung 2: Wartezeiten auf psychotherapeutische Erstgespräche (mittlere Wartezeit in Wochen)



Quelle: BpTK (2011): Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BpTK

<sup>5</sup> IGES: DAK-Gesundheitsreport 2014

Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der Psychotherapeuten in Deutschland (1999-2010)



Quelle: T. Uhlemann (2014): Psychische Erkrankungen im Umbruch. BMC Fachtagung 23.6.2014 nach KBV (2011): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011. ([www.kbv.de/media/sp/Grunddaten\\_2011.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Grunddaten_2011.pdf))<sup>6</sup>

Der eigentliche Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung in Deutschland ist nicht bekannt. Im internationalen Vergleich sind die verfügbaren Ressourcen jedoch überdurchschnittlich. Auch ist nicht bekannt, ob mit psychotherapeutischer (Richtlinien-)Therapie diejenigen versorgt werden, die eine Therapie wirklich benötigen oder ob es hier auch eine nicht unerheblichen Anteil an Fällen von Patienten gibt, denen eigentlich andere Beratungs- und Hilfsangebote ausreichen würden.

Können bestehende Ressourcen durch eine bessere Nutzung der Kapazitäten effizienter ausgelastet werden? Welche Zugangskonzepte sind denkbar? Reichen die vorhandenen Ressourcen zur Versorgung aus?

<sup>6</sup> Eine möglicherweise ansteigende Teilzeitquote ist in der Abbildung nicht berücksichtigt.

### 3. Zugangskonzepte

Wir haben die Fragen rund um das Zugangskonzept wie folgt gegliedert:

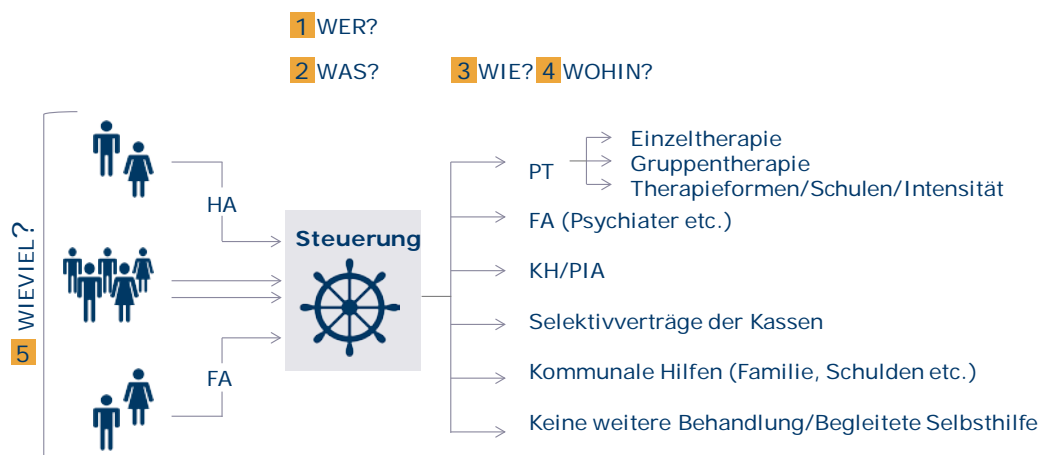
- ◆ Soll eine Zugangssteuerung überhaupt stattfinden?
- ◆ Ist die Beratungsempfehlung verpflichtend?

Ohne die Klärung der obigen Fragen, ergeben sich diese hinsichtlich der Gestaltungsoptionen gar nicht:

- ◆ Wer führt die Beratung durch?
- ◆ Was ist Inhalt der Beratung?
- ◆ Wie sehen Beratungsprozess und Terminmanagement aus?
- ◆ Wohin werden Versicherte und Patienten verwiesen?
- ◆ Wie viele Patienten gibt es und über welche Mengengerüste sprechen wir?

Abbildung 4 stellt schematisch die Gestaltungsoptionen für ein Zugangskonzept dar.

Abbildung 4: Fragestellungen zur Ausgestaltung eines Zugangskonzepts



Quelle: IGES

#### 3.1 Die Grundsatzfrage der Zugangssteuerung

Ausgangspunkt der Experteninterviews war die Frage, ob Zugangskonzepte für die Versorgung psychischer Erkrankungen überhaupt sinnvoll sind. Das Zugangskonzept dient dabei zur Feststellung des Bedarfes und ggf. zur Diagnosestellung. Es soll in einer näher zu definierenden „Sprechstunde“ (Inhalt, Dauer, etc.) der Bedarf an psychotherapeutischer oder psychiatrischer Versorgung des aufsuchenden Patienten untersucht werden.

Der weitaus größte Teil der befragten Experten hält ein Zugangskonzept für sinnvoll. Es wurden jedoch mehrere Einschränkungen geäußert. Zum einen soll das Zugangskonzept nicht nur auf die (Richtlinien-)Psychotherapie fokussieren, sondern alternative Versorgungsangebote (z. B. medikamentöse Therapien, multimodale psychiatrisch-psychotherapeutische Therapien etc.) sowie andere Unterstützungsangebote (kommunalen Hilfen, Familien- oder Schuldnerberatung und Selbsthilfegruppen etc.) mit einbeziehen. Zum anderen betonten die Experten, dass es unter Umständen sinnvoll ist, Zugangskonzepte nach Regionen bzw. sowie nach zu spezifizierenden Patientengruppen zu differenzieren. Ausdrücklich und nach einhelliger Meinung soll ein Zugangskonzept nicht der Rationierung der Kapazitäten dienen, sondern der bedarfsgerechteren Auslastung der vorhandenen Kapazitäten.

Sofern in der Beratung eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung festgestellt wird, soll das Zugangskonzept erforderliche Therapien und Hilfen schnell verfügbar machen, so dass die heutigen Wartezeiten verringert werden. Gleichzeitig soll das Zugangskonzept diejenigen Versicherten identifizieren, welche im eigentlichen Sinne keine psychotherapeutische (bzw. psychiatrische) Behandlung benötigen. Diese sollen ggf. in alternative Angebote und Hilfen weitervermittelt werden, damit bisher beanspruchte Behandlungskapazitäten in der Versorgung frei werden. Das Ziel ist eine weiter verbesserte Deckung des tatsächlichen Bedarfs bei den Versicherten mit den vorhandenen Kapazitäten im Bereich der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen.

Als Einschränkungen wurden vor allem die erschwerte Objektivierbarkeit des Behandlungsbedarfs, v.a. in einem kurzen Screeningverfahren (dieser muss im Falle einer möglichen Psychotherapieindikation ggf. in mehreren probatorischen Sitzungen geklärt werden) sowie eine mögliche Selbstselektion durch bestimmte Patientengruppen angesprochen.

Das Zugangskonzept kann eine bessere Versorgung derjenigen Versicherten leisten, welche eine Behandlung nachfragen. Die Grenzen liegen sicher in Fällen, in denen eine Behandlung gar nicht aktiv gesucht wird, bspw. bei manchen Suchterkrankungen. Hier müssten andere Mechanismen greifen, die an dieser Stelle jedoch nicht diskutiert werden können.

### **3.2 Empfehlungskarakter der Beratung**

In der Beratung erhält der Versicherte eine Empfehlung zur Therapienotwendigkeit. Diese Empfehlung soll jedoch laut der großen Mehrheit der Befragten nicht bindend sein.

Das heißt: Im Rahmen der freien Arztwahl soll es GKV-Versicherten weiterhin frei stehen, Psychotherapeuten aufzusuchen, selbst dann, wenn ihnen in einer „Sprechstunde“ keine weitere Therapie empfohlen wurde bzw. diese nicht als erforderlich erachtet wurde. Die Experten gehen davon aus, dass die Patienten und Versicherten zum weitaus größten Anteil den Empfehlungen ihres „Beraters“ folgen werden. (Diese These sollte nach Meinung der Autoren jedoch auf mögliche

---

Selbstselektionseffekte und auf die Kongruenz zu den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden, die sonst im SGB V gelten.)

Auch hinsichtlich Therapieform und Behandler sollte der Versicherte mit einbezogen werden, um eine möglichst große Akzeptanz zu erzeugen.

### 3.3 Verantwortlichkeiten für die Durchführung der Beratung

Eine der wichtigsten Entscheidungen für das gesamte Zugangskonzept ist die Frage, welche Institution oder Berufsgruppe die Beratungssprechstunde abhalten und die Empfehlung geben soll. Wer trifft die Entscheidung über die Therapiebedürftigkeit und Therapieformen eines Patienten? Darf der Berater sich den Patienten womöglich auch gleich selbst zuweisen?

#### Wer berät Versicherte und potenzielle Patienten?

In der Befragung haben sich zwei wesentlichen Strömungen herauskristallisiert:

- ◆ Beratung durch Hausärzte, Psychosomatiker, Psychiater, Nervenärzte - hierfür wurde vor allem angeführt, dass zur ganzheitlichen Beurteilung eines Patienten eine kombinierte Kompetenz in körperlichen und seelischen Beschwerden vorhanden sein muss
- ◆ Beratung durch Psychotherapeuten und Psychiater: Das Argument hierfür ist die größere Spezialisierung in den Krankheitsbildern, um die es eigentlich geht.

Nur selten gewünscht wurden eine Beratung durch eine GKV oder durch entsprechend qualifizierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe (bspw. „mental health nurse“), obwohl diese Konzepte in Nachbarländern durchaus etabliert sind.<sup>7</sup>

Wir trennen die Fragen in mehrere Teilfragen:

Rolle der Hausärzte:

Gegen die Einbeziehung der Hausärzte könnte das Fehlen einer spezifischen Ausbildung sprechen - die Kompetenz wurde allerdings sehr unterschiedlich beurteilt. Für die Einbeziehung spricht, dass die meisten Patienten mit psychischen Beschwerden heute schon beim Hausarzt behandelt werden bzw. dort zuerst ankommen. In einer Befragung von an einer Depression Erkrankten gab die Mehrheit an, am liebsten zu ihrem Hausarzt zu gehen<sup>8</sup>. Dieser spielt also eine wichtige Rolle für einen unkomplizierten Zugang.

---

<sup>7</sup> In den Niederlanden haben bspw. inzwischen über die Hälfte aller Hausarztpraxen die Unterstützung durch eine Mental Health Nurse. Wir möchten anregen, das Konzept punktuell in sehr schlecht versorgten Regionen zu testen.

<sup>8</sup> Kruse J und Herzog W (2012): Gutachten zur ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung Formen der Versorgung und ihre Effizienz (KBV; Zwischenbericht Januar 2012)

---

In der Expertendiskussion ergab sich kein eindeutiges Bild, aber mehrere Lösungsansätze:

- ◆ Die Hausärzte können aufgrund ihrer Wichtigkeit für einen breiten Zugang nicht gänzlich außen vorgelassen werden
- ◆ Ihre minimale Rolle würde darin bestehen, Patienten, zum eigentlichen Berater zu überweisen und sie auch zu ermutigen, dorthin zu gehen
- ◆ Eine etwas weitergehende Ausgestaltung der hausärztlichen Rolle würde darin bestehen, dass sie bei leichten Fällen die Therapieentscheidung selbst treffen - in Form einer Arzneimitteltherapie oder durch Empfehlung einer begrenzten Zahl von Therapiestunden
- ◆ Schließlich könnte vereinbart werden, dass Patienten mit leichteren Erkrankungen nach der Beratung an den Hausarzt zurück verwiesen werden, damit dieser die weitere Behandlung (natürlich außer Psychotherapie) vornimmt.

#### Rolle der psychologischen Psychotherapeuten

Gegen die Übernahme von Beratungen durch die psychologischen Psychotherapeuten wurde von Teilen der Experten eingewendet, dass eine zu häufige Therapieempfehlung zugunsten der jeweils eigenen Therapieschule zu erwarten sei. Zudem könnten psychologische Psychotherapeuten nicht die erforderliche somatische Abklärung vornehmen und ggf. können Pharmakotherapien nicht eingeschätzt werden. (Dies könnte man umgekehrt auch gegen ein Primat ärztlicher Beratung einwenden.) Die Positionen hierzu blieben im Expertenkreis kontrovers. Aus Sicht des IGES ist die große Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten zu berücksichtigen. Wenn sie alle auf Grund des genannten Argumentes von einer orientierenden Beratung ausgeschlossen wären, würde der Zugang für Versicherte wahrscheinlich sehr erschwert. Dies gilt es sorgfältig abzuwägen.

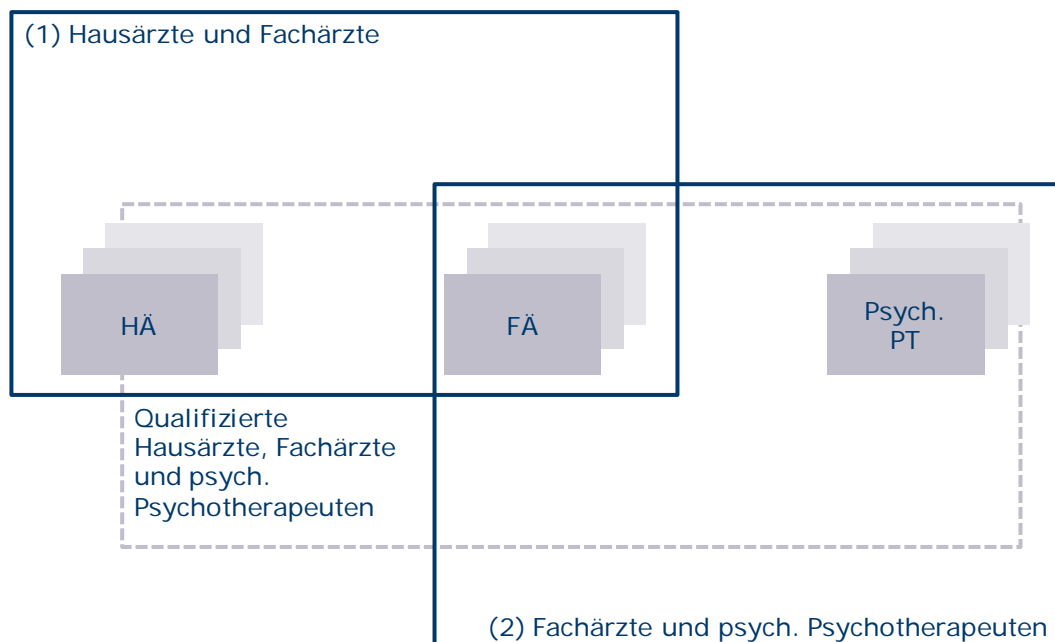
Aus diesen Weichenstellungen ergeben sich zwei Grundkonzepte:

(1) Arztzentrierte Sprechstunde, in der psychotherapeutisch qualifizierte Haus- und Fachärzte die Beratung der Versicherten durchführen und eine Empfehlung zu Art und Umfang der Therapie aussprechen. Viele Anlaufstellen, Ausschluss somatischer Grunderkrankungen, Verwendung psychometrischer Instrumente.

---



Abbildung 5: Wer führt die Sprechstunde und Beratung durch?



Quelle: IGES

#### (2) Fachärztliche und psychotherapeutische Sprechstunde

In diesem Modell wird die „Sprechstunde“, Beratung und Empfehlung von den psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bzw. entsprechenden Fachärzten durchgeführt. Dieses Zugangskonzept schließt alle qualifizierten Leistungserbringer aus dem psychiatrischen, psychologischen bzw. psychotherapeutischen Bereich mit ein.

In beiden Fällen gilt:

- ◆ Die Wahl des Ansprechpartners zur Durchführung der Beratung bleibt beim Versicherten
- ◆ Für die Orientierungssprechstunde ist keine Überweisung erforderlich - Kapazitäten wären in ausreichendem Maß von den entsprechenden Berufsgruppen bereit zu halten, wobei jedes konkrete Konzept die Frage beantworten müsste, wie das in Gegenden mit geringer Versorgungsdichte sichergestellt werden kann.
- ◆ Sofern die Orientierungssprechstunde durch einen Psychotherapeuten durchgeführt wird und die Notwendigkeit von weiteren Therapiestunden festgestellt wird, können diese durch denselben Therapeuten durchgeführt werden. Diese Form der Selbstzuweisung würde in anderen Bereichen des Gesundheitswesens kritisch betrachtet, hier wurde sie wegen der großen Nachfrage nach Therapiestunden aber von allen Beteiligten,

auch von den GKVen, als unproblematisch angesehen. Die Alternative, nämlich eine verpflichtende Überweisung zu einem anderen Therapeuten, wurde dagegen kritischer beurteilt, weil sie den Patienten dazu zwingt, das nötige Vertrauensverhältnis mehrfach aufzubauen.

### **Institutionalisierung wird nicht empfohlen**

Wegen der Komplexität einer differenzierten Diagnostik stand in den letzten Monaten die Einrichtung multidisziplinärer Koordinierungsstellen im Raum, welche die Orientierungssprechstunden objektiv, berufsgruppenübergreifend und unabhängig von der späteren Behandlung durchgeführt hätten. Dieses Konzept wurde wegen der deutlichen Erschwerung des Zugangs und wegen der zusätzlich benötigten Ressourcen sowie wegen absehbarer Probleme des Datenschutzes verworfen. Auf Grund der Kompetenzbündelung hielten es einige Experten aber für vorstellbar, solche Stellen für besonders komplexe Fälle einzurichten.

## **3.4 Inhalt der Beratung**

Ziel eines Zugangskonzeptes und entsprechender Beratung ist eine effiziente Nutzung der vorhandenen ambulanten Kapazitäten. Unabhängig davon, an welcher Stelle der Patient den ersten Kontakt hat, sollten daher leichtere Fälle, welche keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung benötigen identifiziert werden. Diese erhalten in der Sprechstunde eine entsprechende Empfehlung, welche sie ggf. an den Hausarzt bzw. alternative Hilfs- und Beratungsangebote<sup>9</sup> verweist.

Der Inhalt der Beratung umfasst die erste Anamnese sowie Empfehlungen hinsichtlich Form und Umfang der Therapie. Ein adäquates und nachhaltiges Zugangskonzept muss dabei alle Möglichkeiten der Therapie, Beratung und Unterstützung durch alternative Angebote mit einbeziehen. Dies betrifft neben der psychiatrischen Therapie und der (Richtlinien-)Psychotherapie bspw. auch einzelne Beratungsstunden, Hilfe zum Selbstmanagement, kommunale Beratungsangebote oder Selektivverträge von Krankenkassen.

Im Fall der Psychotherapie soll der zu erwartende Umfang soweit möglich anhand objektiver Kriterien auf der Grundlage psychometrischer Instrumente bestimmt werden. Im Zielzustand - so die einhellige Meinung - sollte die Empfehlung für eine Psychotherapie selbstverständlich nicht vom lokalen Behandlungsangebot abhängen. Eher sollte die Bedarfsplanung mittelfristig an den nun objektiver festgestellten Bedarf angepasst werden. Die Erfahrungen mit dem Zugangskonzept sollen bei den Bemühungen um eine objektivere Bedarfsermittlung unbedingt berücksichtigt werden. Für eine Übergangszeit ist jedoch der Umgang mit regional differenzierten Lösungen sicher unvermeidlich. Hier ist es zu empfehlen, dass alternative therapeutische Angebote (bspw. telefonische und/oder quali-

---

<sup>9</sup> Dies umfasst auch kommunale Angebote bspw. zur Schuldnerberatung, Familienberatung etc.

---

tätsgesicherte internetbasierte Selbsthilfeprogramme; Gruppentherapie etc.) mit einbezogen werden. Der ermittelte medizinische Bedarf bestimmt die indizierte Therapieempfehlung. Einhellig abgelehnt wurde hingegen die Quotierung bestimmter Therapieformen – wie dies im Arzneimittelbereich geschieht. Ob dies in der Praxis aber tatsächlich zu einer rational nachvollziehbaren Zuordnung der Behandlungsintensitäten zu Patienten führt, muss sich noch zeigen.

Nach Meinung der Autoren ist eine wichtige Frage in den Gesprächen und Diskussionen nicht gelöst worden: wie kann eine dezentrale und nicht gesteuerte Beratung bezüglich des Behandlungsbedarfs dazu führen, dass überall eine sinnvolle Stratifizierung zur besseren Auslastung der Kapazitäten stattfindet? Dies würde sehr klar objektivierbare Kriterien der Einstufung verlangen, welche dann von einer fünfstelligen Zahl von Behandlern im ganzen Bundesgebiet in ähnlicher Form und sehr konsequent angewendet werden müssen. Schließlich hatten wir nach den unterschiedlichen Formen der Psychotherapie gefragt. Der Ansprechpartner der Orientierungssprechstunde könnte eine gewisse Neigung haben, Patienten jeweils der eigenen „Schule“ zuzuweisen. Im Vergleich zu der grundsätzlichen Entscheidung über das Ob und die Intensität einer Therapie wurde dieser Punkt als weniger wichtig eingestuft. Eine zu kleinteilige Steuerung würde das Konzept belasten.

### **3.5 Beratungsprozess und Terminmanagement**

Ein äußerst wichtiger Aspekt in der Ausgestaltung der Therapieempfehlungs- und Beratungsfunktion ist der praktische Prozess. Es muss vermieden werden, dass Patienten erst auf einen Beratungstermin warten und später bei einer Behandlungsempfehlung eine zweite Wartezeit bspw. für Therapiestunden in Kauf nehmen müssen. Eines der primären Ziele des Zugangskonzepts, nämlich die Verkürzung der Wartezeiten wäre dann verfehlt.

Dieses Problem wurde sehr unterschiedlich beurteilt. Die Leistungserbringer erwarten in der Tendenz durch die strukturierte Beratung eher eine Zunahme der Nachfrage, die GKV'en erwarten eher eine Abnahme, wobei sich dann durch freiwerdende Ressourcen die Wartezeiten automatisch verkürzen würden. Die tatsächlichen Mengengerüste sind in der Praxis noch zu ermitteln (siehe auch unten in Kap.3.7).

In jedem Fall müssen zwei Voraussetzungen geschaffen werden, damit der Beratungsprozess unkompliziert und schnell abläuft:

- ◆ Der Zugang zum Beratungstermin muss zeitnah erfolgen. Das Konzept des GKV SV sieht feste Kontingente für die Beratungssprechstunden vor. U.E. muss in sehr schlecht versorgten Regionen, wo gerade dieses schwer umzusetzen ist, über ergänzende Maßnahmen nachgedacht werden, bspw. auch eine Fernberatung per Videokonferenz.
- ◆ Zum anderen muss der „Berater“ selbst einen Termin für die Patienten finden können. Dazu ist ein zentrales Terminmanagement für die Thera-

pieangebote einzurichten, in dem freie Termine gemeldet werden. Bisherige Vorstöße dieser Art scheinen des Öfteren gescheitert zu sein, so dass über eine entsprechende Verpflichtung nachzudenken ist.

Die Ausgestaltung des Terminmanagements kann sowohl lokal als auch überregional erfolgen.

### **3.6 Wohin werden Versicherte und Patienten verwiesen?**

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapiebedürftigkeit des Versicherten bzw. Patienten, sollen alle Therapieoptionen und Beratungs- bzw. Unterstützungsangebote bei den späteren Empfehlungen berücksichtigt werden. Nicht nur die psychiatrisch-psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und richtlinienorientierten Behandlungsformen, sondern auch ergänzende oder alternative Angebote wie kommunale Angebote, Selbsthilfegruppen oder auch telefonische/Online-Angebote (bspw. zur Überbrückung und Alternative in regional unterversorgten Gebieten und bei fehlenden Therapieoptionen) sollen in die Empfehlung des Beraters mit einfließen. Zudem wäre es sinnvoll auch kassenspezifische Angebote, wie integrierte Versorgungsverträge oder Online-Angebote, mit einzubeziehen.

Generelle Annahme ist, je mehr Therapie- und Beratungsoptionen mit einbezogen werden, desto spezifischer können die hilfeschuchenden Versicherten und Patienten in die für sie richtigen Anlaufstellen gelotst werden.

### **3.7 Offene Fragen bezüglich der Mengengerüste**

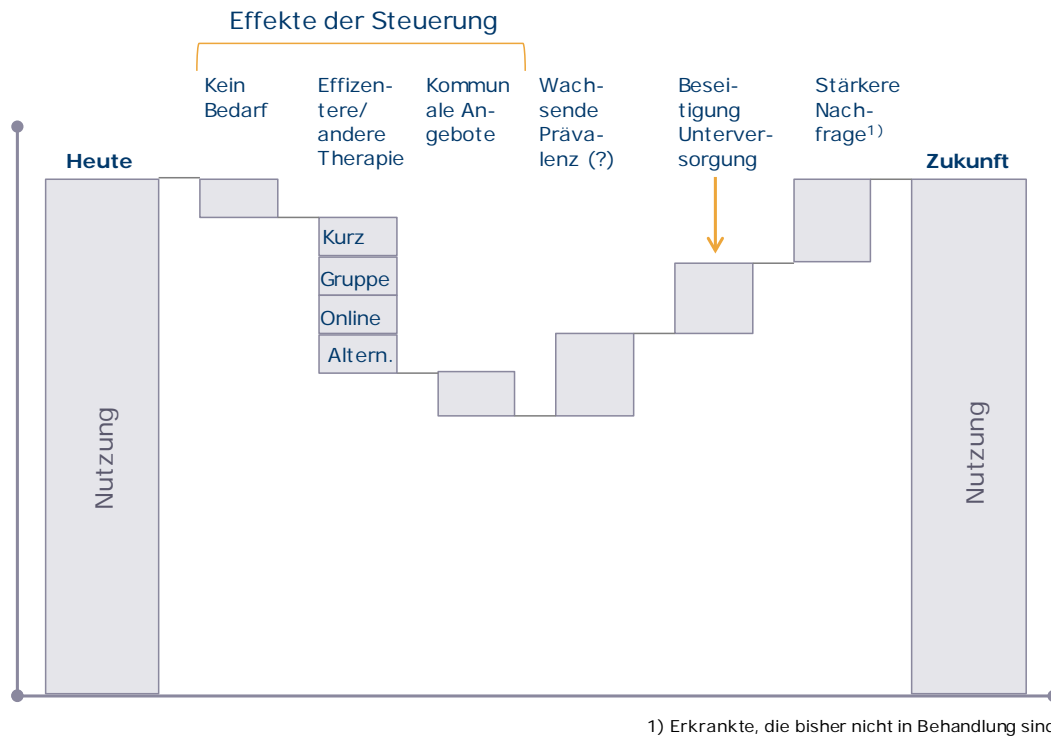
Durch eine Beratung zur richtigen Therapie sollten - so der Grundgedanke des hier diskutierten Ansatzes - Versicherte, welche einer Psychotherapie nicht oder nur in geringem Maße bedürfen, identifiziert und passenderen Hilfsangeboten zugeführt werden. Dadurch würden Kapazitäten frei, um schwerer Erkrankte zu versorgen. Deren Wartezeiten verkürzen sich und durch eine frühere Behandlung wird manche Krankheitseskalation vermieden.

Das Ausmaß dieser Effekte lässt sich nicht abschätzen. Zu welchen Anteilen die heutige Inanspruchnahme vermeidbar wäre, ist nicht bekannt. Gleichzeitig ist unklar, welche Nachfrage in die freien Plätze nachrückt. Würde Psychotherapie heute zu einem relevanten Anteil unnötig in Anspruch genommen werden, so müsste theoretisch das Phänomen entstehen, dass nach Abbau der Warteschlangen die Praxen leer stehen. - Das wird kaum jemand vermuten. Aber auch der umgekehrte Fall kann eintreten. Nur in wenigen Fällen wird eine Behandlung empfohlen, die kürzer als die heutige ist. Durch eine breitere Bekanntheit der Beratungsangebote und die verpflichtend dafür vorzuhaltenden Sprechstunden würden dagegen deutlich mehr psychische Erkrankungen als heute diagnostiziert werden. Dann würde das Konzept eine großflächige Unterversorgung aufdecken.

Die Zusammenhänge sind in der folgenden Abbildung dargestellt. Es handelt sich nur um eine schematische Darstellung. Die Größenordnungen der einzelnen Blö-

cke sind den Autoren - und soweit wir wissen auch den Entscheidern - unbekannt. Anhaltspunkte dafür sollten u. E. dringend geschaffen werden.

Abbildung 6: Bedarf und Nutzung - geht die Rechnung auf?



Quelle: IGES

Die Kapazitätsengpässe in der ambulanten Versorgung entstehen nach Vermutung vieler GKVn auch durch nicht voll und nicht vertragsgerecht ausgeführte Versorgungsaufträge. Der Abgleich zwischen theoretisch vorhandenen Kapazitäten – entsprechend der Anzahl der Vertragspsychotherapeutenstellen – und den tatsächlich verfügbaren Kapazitäten steht aus.

Die vorhandenen Ressourcen effizient und effektiv auszunutzen und bedarfsgerecht zu füllen ist Ziel des avisierten Zugangskonzeptes. Es fehlt bisher an Transparenz sowohl zu den verfügbaren Kapazitäten als zum tatsächlichen Bedarf oder der zu erwartenden Nachfrage.

## 4. Sonstige Empfehlungen

Aus den Gesprächen haben wir eine Reihe von zusätzlichen Empfehlungen mitgenommen. Gefordert wurde recht einvernehmlich die weitere Verbreitung der Gruppentherapie, die Förderung der Fernberatung in ländlichen Regionen, und eine verbesserte Bedarfsplanung:

- ◆ Empfehlungen zur Therapie müssen in einem bestimmten Zeitraum umgesetzt werden können, deshalb ist ein Terminmanagementsystem erforderlich und unerlässlich (zentral, regional, lokal). Dies erfordert die Meldung der freien Kapazitäten durch die Leistungserbringer. Ob die Terminsteuerung eher zentral je KV, lokal durch informelle oder formelle Netzwerke erfolgt, wurde nicht abschließend konsentiert.
  - ◆ Regionale Unterschiede bestehen, sie lassen sich nur begrenzt im Rahmen einer optimierten Bedarfsplanung minimieren, daher ist der Einbezug innovativer Therapiekonzepte in Modellregionen zu prüfen (psychiatrische und psychotherapeutische Telemedizin, Telekonsile, Online-Therapie-Angebote etc.).
  - ◆ Gleichzeitig sollte die Bedarfsplanung möglichst gut die tatsächlichen Bedarfe nachvollziehen, welche durch die Beratungssprechstunden in Zukunft transparenter sein sollten. In diesem Zusammenhang fordern die meisten der befragten Kassen, dass Psychotherapeuten, welche ihren Kassensitz zeitlich nicht ausfüllen, den Sitz auch anteilig zurückgeben, um die Möglichkeit für weitere Ansiedlung zu schaffen. Von seiten der Leistungserbringer wurde eingewendet, der Anteil halber Versorgungsaufträge liegt für die Psychotherapeuten Ende 2013 bei 25,5%, und damit höher als in jeder anderen Fachgruppe, dies sei ein Indiz für einen verantwortungsvollen Umgang mit den Versorgungsaufträgen.
  - ◆ Bestimmte Therapieformen (z.B. Gruppentherapie) erfordern geringere Kapazitäten bzw. sind im Sinne der Kapazitätenauslastung effizienter. Jedoch werden diese Therapieformen nicht ausreichend eingesetzt. Das liegt u. a. an fehlender Aus- oder Weiterbildung der Psychotherapeuten, organisatorischen Einschränkungen zur Abhaltung von Gruppentherapien sowie an der derzeitigen Vergütung dieser Therapieformen. Es müssen Anreize für den großflächigeren Einsatz dieser „effizienteren“ Therapieformen durch Anpassung der Vergütung gesetzt werden. Das führt wiederum zu mehr Gruppentherapieangeboten und minimiert organisatorische Einschränkungen. Auf Patientenseite kann die Akzeptanz und die Nutzung von Gruppentherapieangeboten gleichermaßen durch Anreize gefördert werden, indem Patienten schneller einen Therapieplatz erhalten, wenn sie sich für die „kürzere Warteschlange“ bei der Gruppentherapie (ggf. auch eine Mischform) „anstellen“.
-

- ◆ Ein letzter und ebenfalls umstrittener Punkt ist die Rolle der Verschreibung von Medikamenten, die für bestimmte Patientengruppen die Wartezeit erleichtern oder eine Richtlinien-Psychotherapie ersetzen kann, so dass Kapazitäten freigegeben würden. .
-

## 5. Fazit

Soweit unsere begrenzte Befragung die Ansichten der Akteure erfassen konnte, scheint es eine recht einhellige Meinung über das Grundmodell zu geben. Dies ist im Hinblick auf die Umsetzungschancen sehr begrüßenswert.

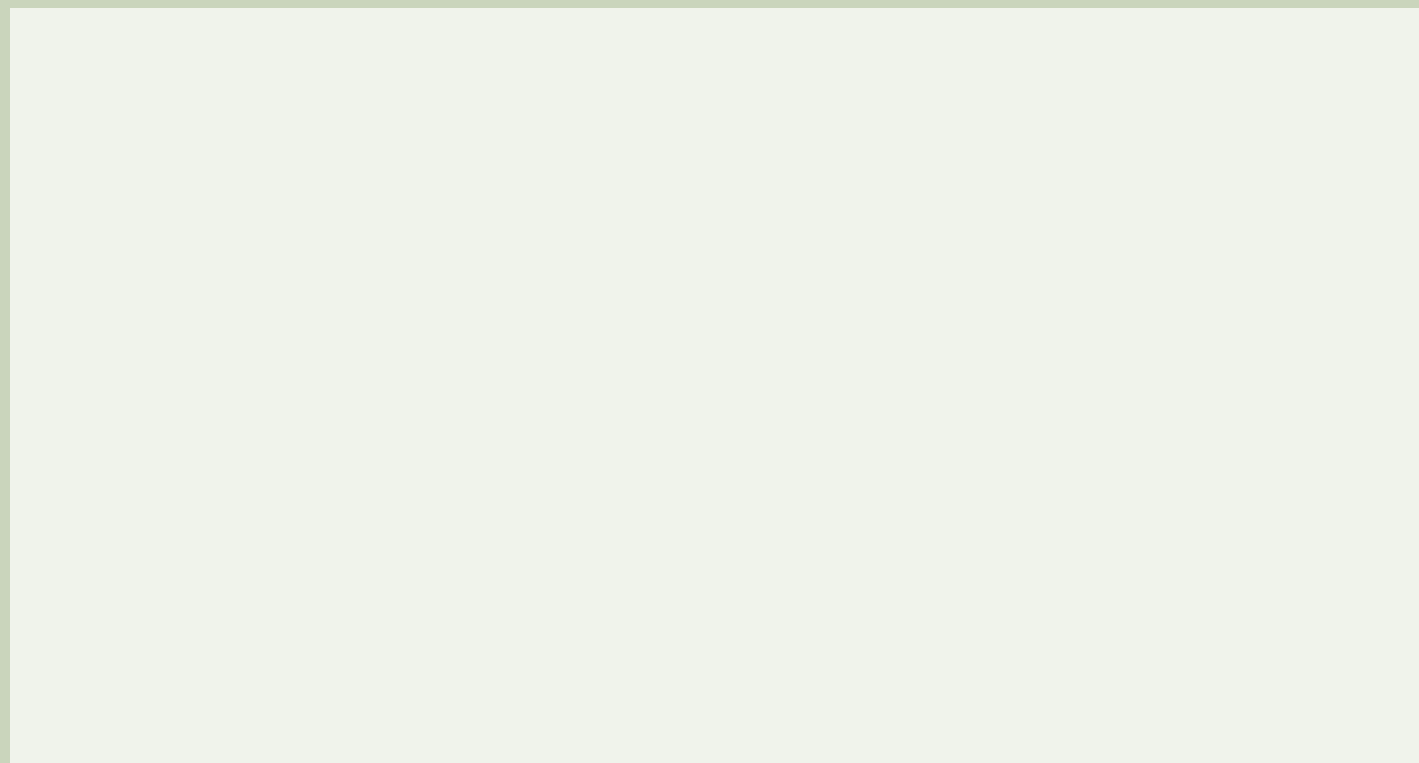
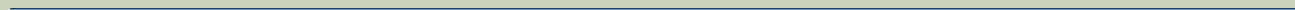
Inhaltlich unterschiedliche Ansichten in der Ausgestaltung gibt es vor allem in Bezug auf die Durchführung der orientierenden Beratung. In den Gesprächen wurden auch die verschiedenen Therapieformen sehr unterschiedlich beurteilt.

Aus Sicht des IGES sehen wir die größten Herausforderungen für die Umsetzung in drei Punkten: Zum einen muss sichergestellt werden, dass durch die Beratungen die gewünschten Steuerungsziele bzgl. der Entlastung von Kapazitäten und Erhöhung der Versorgungsqualität auch erreicht werden. Ggf. muss hier nach ersten Erfahrungen noch nachgebessert werden. Zum anderen sollte eine geeignete Anpassung an die regionale Versorgungssituation erfolgen. Und schließlich müssen die Prozesse vor allem zur Terminvereinbarung gut organisiert werden, damit sich die Wartezeiten tatsächlich verkürzen.

In den Expertengesprächen wurde mehrfach die Idee geäußert, regionale Modellversuche mit unterschiedlichen Varianten zu starten. Dieser Gedanke ist aus unserer Sicht sehr überlegenswert, um die hier gestellten Fragen zu beantworten und mehr Klarheit über die Mengengerüste zu gewinnen.

---





**Kontakt:**  
**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.de](http://www.iges.de)