

Versorgung mit ambulanter Psychotherapie

THOMAS UHLEMANN,
JULIAN DILLING

Dr. Thomas Uhlemann ist Leiter des Referats „Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen“ beim GKV-Spitzenverband und Sprecher der Krankenkassen in den Unterausschüssen Psychotherapie und Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Dr. Julian Dilling ist Referent im Referat „Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen“ beim GKV-Spitzenverband und Vertreter der Krankenkassen in den Unterausschüssen Psychotherapie und Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Mit den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wurden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, die einen schnelleren Zugang zur Psychotherapie ermöglichen und eine erste niedrigschwellige Behandlung ermöglichen sollen. Doch damit sind nicht alle Probleme der psychotherapeutischen Versorgung behoben und es gilt zukünftig das psychotherapeutische Leistungsangebot zu konsolidieren und so zu strukturieren, dass den Patienten, die psychische Störungen mit Krankheitswert aufweisen, auch in Zukunft ein inhaltlich überzeugendes, qualitativ hochwertiges und zugleich wirtschaftliches Angebot bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden kann. Jedoch ist es auch erforderlich, die bestehende psychotherapeutische Versorgung mit einem gewissen Augenmaß zu betrachten und nicht aus berufspolitischen Erwägungen schlechtzureden.

Deutschland verfügt über ein beispiellos dicht ausgebautes, differenziertes und qualitativ hochwertiges System der psychotherapeutischen Versorgung, das umfassend durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme, das heißt, durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Rentenversicherung finanziert wird. Die Psychotherapie ist mittlerweile weitestgehend in die allgemeine Krankenversorgung integriert. Versicherte erhalten die erforderliche psychotherapeutische Behandlung aufgrund des Solidarprinzips unabhängig von der jeweiligen individuellen Beitragszahlung. Einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag aufgrund von Vorerkrankungen gibt es, anders als bei der privaten Krankenversicherung, nicht. Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie

konstatierte dementsprechend auch eine im internationalen Vergleich herausragende Integration der Psychotherapie in die allgemeine Krankenversorgung.

Erfreulicherweise geht auch seitens der Versicherten die leistungs- und sozialrechtliche Verankerung der Psychotherapie in den letzten Jahren mit einer deutlichen Steigerung der Akzeptanz von Psychotherapie als Behandlungsverfahren bei psychischen Störungen einher; die grundsätzliche Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird nicht mehr in gleichem Maß wie früher tabuisiert. Und auch die Ärzte sind eher als noch vor wenigen Jahren bereit, psychische Erkrankungen als solche zu diagnostizieren, zu benennen und die Patienten – soweit erforderlich – an Fachleute zu überweisen.

Vorhandene Ressourcen – personelle Kapazität

Gibt es genügend Psychotherapeuten in der Versorgung?

Die Bedarfsplanung dient der Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen (§ 92 Abs. 1 SGB V, § 99 SGB V) und sie soll auch eine sachgerechte Verteilung der Psychotherapeuten im Raum gewährleisten. Wie bei allen anderen Arztgruppen stellt sich bei den Psychotherapeuten immer wieder die Frage, ob die Bedarfsplanung diesem Anspruch gerecht wird und genügend Psychotherapeuten für die Versorgung zur Verfügung stehen.

Hinsichtlich der Anzahl an in Deutschland im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich zur Verfügung stehenden Therapeuten müssen wir keinen internationalen Vergleich scheuen. Deutschland liegt hier hinter Finnland und Norwegen auf Platz drei in der Rangfolge der OECD-Statistik psychotherapeutischer Versorgungsdichte.

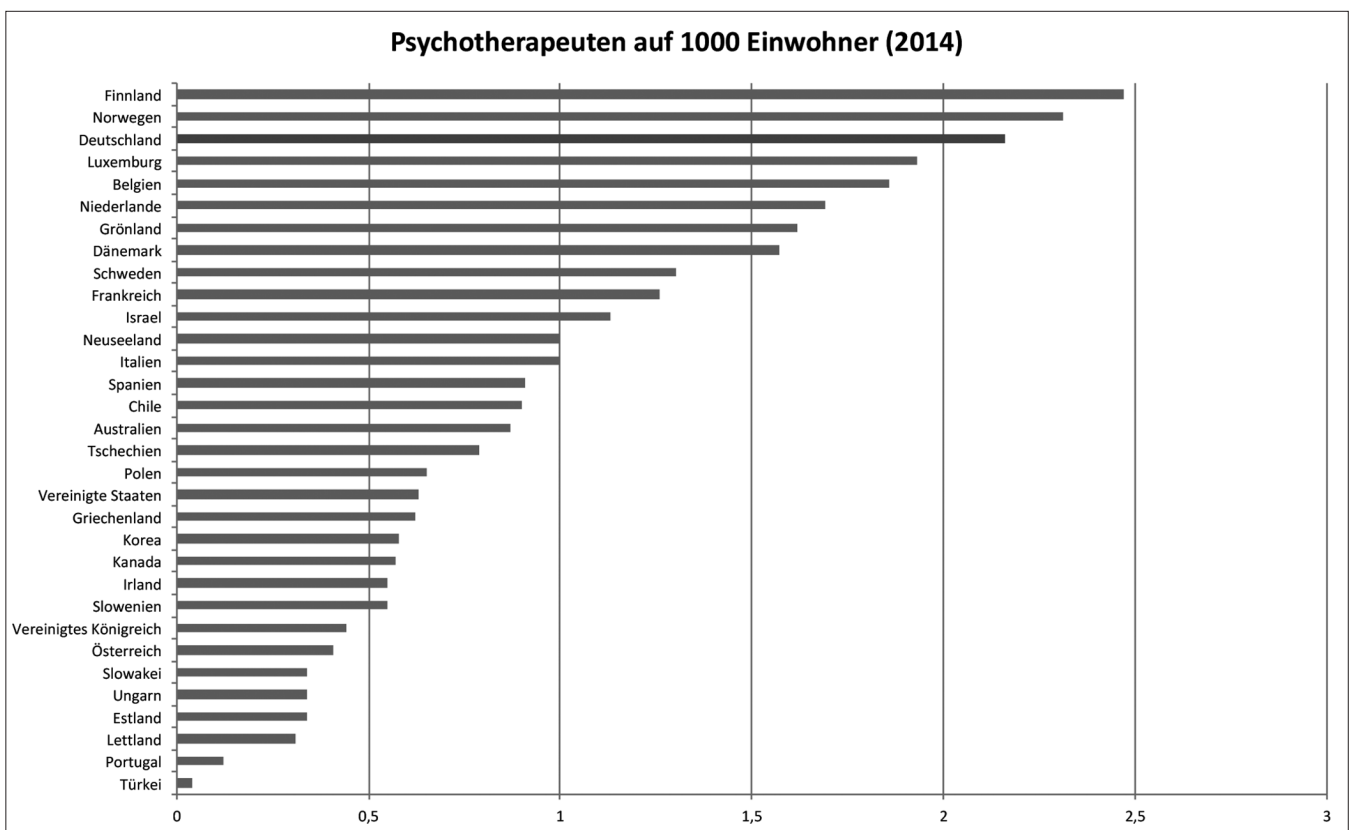
Zudem muss dabei noch berücksichtigt werden, dass in die OECD-Statistik nicht nur solche Psychotherapeuten Eingang finden, die ein ärztliches oder psychologisches Hochschulstudium bzw. für den Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen alternativ ein Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik und im Anschluss eine Weiter- oder Ausbildung zum Psychotherapeuten absolviert haben. In anderen Ländern ist es ggf. möglich, dass Psychotherapien durch sogenannte „nurse therapists“, also durch besonders ausgebildete Krankenpflegekräfte, erfolgreich durchgeführt werden z.B. bei der Anwendung von Cognitive Behavioural Therapy (CBT); das ist bei uns schon aus rechtlichen Gründen nicht zulässig. Das deutsche System zeichnet sich damit hinsichtlich des Qualifikationsniveaus, der Versorgungsdichte (Anzahl an Therapeuten je Einwohner) und der Finanzierung im Rahmen des Solidarprinzips gegenüber anderen Versorgungssystemen aus.

Zudem zeigt die Wissenschaft ein klares Bild: Die Prävalenz psychischer Störungen ist seit Jahren nahezu unverändert. Dies wurde beispielsweise in zwei

Studien in den Jahren 1998 (Bundesgesundheitsurvey (BGS98)) und 2013 („Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH)) konstatiert; beide Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, „dass sich die „wahre“ Prävalenz in DEGS1-MH seit dem Bundesgesundheitsurvey 1998 kaum verändert hat“ (Jacobi et al. 2014).

Die Krankenkassen sind aufgrund der vergleichsweise großen Anzahl an Therapeuten in Deutschland und der nahezu unveränderten Prävalenz der Ansicht, dass es möglich sein müsste, mit den zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen eine vernünftige, das heißt, eine bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren. Die seitens der Bundespsychotherapeutenkammer und einiger Berufsverbände immer wieder erhobenen Forderungen nach Extension des Bestehenden (erweiterte Zuständigkeit, immer mehr Therapeutenplätze, immer höhere Vergütung etc.) sind vor dem beschriebenen Hintergrund nicht sachgerecht zur Lösung identifizierter Versorgungsprobleme und scheinen zudem rein berufspolitisch motiviert zu sein.

Abbildung 1: Psychotherapeuten auf 1000 Einwohner im internationalen Vergleich



Quelle: Statistische Daten der OECD für das Jahr 2014, Dänemark und Schweden für das Jahr 2013

Hintergrund solcher Forderungen ist vor allem ein Ausbildungssystem, das überwiegend privatwirtschaftlich strukturiert ist.

Es gibt in Deutschland ca. 180 staatliche oder staatlich anerkannte Ausbildungsstätten, die manchmal nur in einem psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ausbilden, oftmals aber gleich in mehreren Verfahren Ausbildungen zur Verfügung stellen. Eine Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird von ca. der Hälfte aller Ausbildungsstätten angeboten.

Weniger als 20 % der Ausbildungsstätten sind universitäre Einrichtungen oder an Universitäten angebunden; bei der Mehrheit aller Ausbildungsstätten handelt es sich um private Einrichtungen, die als Vereine, GmbH oder GbR organisiert sind.

Das Stadt-Land-Gefälle in der Versorgungsdichte mit Psychotherapeuten ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Praxen bevorzugt in Großstädten bzw. in Städten mit Ausbildungseinrichtungen eröffnet wurden.

(Vgl. Strauß, Barnow, Brähler et al. (2009) Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit)

Die privaten und öffentlichen Ausbildungsinstitute für Psychotherapeuten bilden jährlich etwa 1.000 Psychotherapeuten mehr aus, als im System der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für ausscheidende Therapeuten oder für moderate Steigerungen der Anzahl an Sitzen erforderlich sind. Auch die in den nächsten Jahren aufgrund der verstärkten Altersabgänge bei den Psychotherapeuten zu erwartende höhere Nachfrage wird die „Überproduktion“ der Ausbildungsinstitute nicht aufnehmen können. Die allein hierdurch immer größer werdende Anzahl an ausgebildeten Therapeuten, die keine Zulassung im vertragspsychotherapeutischen Versorgungsbereich erhalten, weil die Bedarfsplanung die Anzahl an Neuzulassungen limitiert, evokiert heftige

(berufs)politische Reaktionen. So fordert die Bundespsychotherapeutenkammer seit Jahren massiv eine Ausweitung der Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten und wirbt einerseits explizit dafür, bei psychischen Erkrankungen private Praxen aufzusuchen und in Absprache mit den nicht für die vertragspsychotherapeutische Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten Anträge bei den jeweils zuständigen Krankenkassen auf Kostenerstattung zu stellen. Berufsverbände und Psychotherapeutenkammern unterlaufen damit die gesetzlich vorgesehene Kapazitätsplanung und Verteilungssteuerung der Selbstverwaltung und setzen sich dem Verdacht aus, mit den Forderungen einer Erhöhung des Angebots auch die entsprechende Nachfrage zu befördern. Aus Sicht der Krankenkassen ist es nicht mit dem

Auftrag des Gesetzgebers aus § 12 SGB V vereinbar, dass die Bedarfsplanung den Wertungsinteressen der privaten Ausbildungsinstitute folgt und Zulassungsmöglichkeiten schafft, die unter Versorgungsgesichtspunkten möglicherweise nicht sachgerecht sind.

Andererseits sind Kammern und Berufsverbände stets bemüht, die Zuständigkeit von Psychotherapeuten zu erweitern und neue, bisher nicht abgedeckte Arbeitsfelder zu erschließen, die Vergütung auf dem Verhandlungsweg zu erhöhen und Beschränkungen der Befugnisse abzubauen. Es handelt sich hierbei nicht unbedingt um berufspolitische Landnahme und die üblichen (Honorar)Verteilungskämpfe: Aus der Perspektive vieler Psychotherapeuten und ihrer Verbände ist die eingangs beschriebene Integration der Psychotherapie in die Krankenversorgung noch nicht abgeschlossen, solange eine wirkliche Gleichheit mit den Ärzten nicht erreicht ist und die Versorgung psychisch Kranker nicht überall leitliniengerecht erfolgen kann.

Psychotherapeutische Versorgung im Raum – Fehlallokationen?

Trotz der beschriebenen, international vergleichsweise umfangreichen Ausstattung mit Sitzen für Psychotherapeuten ist die Versorgung auch aus der Sicht der Krankenkassen nicht optimal. Denn es persistieren seit Jahren insofern Allokationsprobleme, als bestimmte Regionen,

vor allem Groß- und Universitätsstädte, eine erhebliche Überversorgung aufweisen (bspw. Tübingen mit einem Versorgungsgrad von 566 %) und gleichzeitig vor allem ländliche Regionen geringer Bevölkerungsdichte oder auch für eine Niederlassung weniger attraktive Ortsteile von Städten bestehen, in denen nur wenige Psychotherapeuten für eine Vollversorgung benötigt würden (bspw. der Hohenlohekreis mit einem Versorgungsgrad von 95 %; hier sind noch drei Sitze verfügbar). In großstädtischen Ballungsräumen und vielen (Universitäts-)Städten, in denen sich Ausbildungseinrichtungen befinden, beträgt die Dichte an Psychotherapeuten damit ein Vielfaches dessen, was in der Selbstverwaltung (G-BA unter Beteiligung von Ärzten und Psychotherapeuten) vereinbart worden ist.

Die regionalen Unterschiede und das Stadt-Land-Gefälle in der Versorgungsdichte mit Psychotherapeuten sind vor allem darauf zurückzuführen, dass Praxen bevorzugt in Großstädten bzw. in Städten mit Ausbildungseinrichtungen eröffnet wurden.

Versorgungspolitisch und mit Hinblick auf den grundsätzlichen Auftrag der Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgung aller Versicherten sollte auf einen stärkeren Ausgleich hingewirkt werden. Die deutliche Ausweitung der Anzahl der Sitze für Psychotherapeuten im Zuge der neuen Bedarfsplanung ab 2013 zielte deshalb auch in erster Linie auf einen Abbau des Versorgungsgefälles zwischen städtischen und ländlichen Regionen ab.

Verteilung verbessern – was kann man tun?

Tatsächlich hat sich die Versorgung mit der Ausweitung der Zulassungen im ländlichen Bereich und aufgrund der präziseren Einbeziehung von Mitversorgungseffekten der Planungsbereiche bereits deutlich verbessert. Bis 2012 wurde im ländlichen Bereich – bezogen auf die Vertragspsychotherapeuten – eine Verhältniszahl in Höhe von 23.106 eingesetzt, diese wurde mit der Bedarfsplanungsreform auf 5.953 herabgesetzt. Allein damit wurden über 1.200 neue psychotherapeutische Zulassungen ermöglicht und in der Versorgung auch tatsächlich geschaffen; zwischen 2011 und 2015 stieg die Anzahl der Psychotherapeuten jährlich um mehr als 4 %. Zumeist wurden neu ausgeschriebene Sitze

Tabelle 1: Maximal und minimal versorgte Planungsbereiche im Vergleich

KV Name	Regionsname	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad mit Ermächtigten	Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze
Die Zehn Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden (Stand 31.12.2016)					
Baden-Württemberg	Tübingen	153	566	0	123
Bayerns	Dachau	79	470	0	60
Niedersachsen	Göttingen	146	432	0	108
Bayerns	Starnberg	58	414	0	43
Nordrhein	Remscheid, Stadt	55	392	0	39
Baden-Württemberg	Heidelberg, Stadt	196	369	0	138
Baden-Württemberg	Freiburg im Breisgau, Stadt	265	348	0	180
Hessen	Marburg-Biedenkopf	141	342	0	95
Nordrhein	Solingen, Stadt	70	338	0	47
Hessen	Hochtaunuskreis	96	318	0	63
Die Zehn Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden (Stand 31.12.2016)					
Baden-Württemberg	Hohenlohekreis	18	95	3	0
Thüringen	Hildburghausen	10	100	1,5	0
Bayerns	Eichstätt	15	104	1	0
Bayerns	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	12	104	1	0
Bayerns	Regen	14	105	1	0
Baden-Württemberg	Schwäbisch Hall	35	106	1,5	0
Thüringen	Ilm-Kreis	13	106	0,5	0
Baden-Württemberg	Biberach	36	106	1,5	0
Bayerns	Freyung-Grafenau	14	106	0,5	0
Niedersachsen	Cloppenburg	31	107	1	0

Quelle: Bedarfspläne gemäß § 4 BPL-RL der Kassenärztlichen Vereinigungen

mit Psychologischen Psychotherapeuten besetzt. Der große Bewerberüberhang dieser Therapeutengruppe führte auch dazu, dass die eigentlich für ärztliche Psychotherapeuten reservierten Quotenplätze mit Psychologischen Psychotherapeuten aufgefüllt wurden; der Gesetzgeber hatte dies ermöglicht.

Folgt man den Intentionen des Bundesgesetzgebers werden sich mittelfristig weitere Verbesserungen infolge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) dadurch ergeben, dass in Zukunft auf regionaler Ebene bei der Verteilung der Sitze eine Feinsteuerung vorgenommen wird; hierbei können besondere lokale Versorgungsbedarfe berücksichtigt werden und damit regionale Fehlverteilungen ggf. ausgeglichen werden. Fraglich bleibt allerdings, ob von der neuen gestaltenden Rolle der Landesebene eine wirkliche Verbesserung der Versorgung vor allem in der Fläche zu erwarten ist oder ob letztlich nur eine Konkurrenz der Regionen um Arzt- und Psychotherapeutenplätze ausgelöst wird, bei der es am Ende Gewinner – und na-

türlich auch Verlierer geben wird. Denn in der Perspektive regionaler Planer und Entscheidungsträger sind Arzt- und Psychotherapeutenplätze Standortfaktoren, die in der Konkurrenz zu anderen Regionen bedeutsam sind. Bei den Psychotherapeuten spricht einiges dafür, dass diese Feinsteuerung gelingt, denn im Unterschied zu Hausärzten und den meisten Fachärztesgruppen stehen zumeist genügend Bewerber für freie Sitze zur Verfügung, da das Ausbildungssystem für Psychotherapeuten einen Bewerberüberhang produziert.

Flexibilisierung der Bedarfsplanung – Forderungen an den Gesetzgeber

Um die Verteilung von Sitzen für Psychotherapeuten seitens der Selbstverwaltung tatsächlich stärker mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Verteilung steuern zu können ist es dringend geboten, bestimmte rechtliche Restriktionen abzubauen. Zu nennen sind hier vor allem die Bestimmungen des § 103 Absatz 3a und Abs. 4

SGB V (Nachbesetzungsrecht), die überarbeitet oder abgeschafft werden müssten. Demnach können Praxen – vereinfacht gesagt – verkauft, verschenkt und über den Tod des Praxisinhabers hinaus vererbt werden, womit eine flexible, an veränderten Versorgungsbedarfen orientierte Planung auch für das psychotherapeutische Angebot unnötig erschwert wird. Daran haben auch die Bestimmungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes mit der Änderung von einer Kann-Vorschrift in eine Soll-Vorschrift im Zusammenhang mit der möglichen Ablehnung von Nachbesetzung vakant werdender Sitze bei einem Versorgungsgrad von mehr als 140 % nichts wesentlich geändert. Denn schon die Vielzahl an Privilegierungstatbeständen konterkariert die Intention des Gesetzgebers, eine bedarfsgerechte Versorgung auch in weniger gut versorgten Gebieten dadurch zu erreichen, dass andernorts Praxissitze abgebaut werden (vgl. § 103 Abs. 3a SGB V). Auch wenn anstehende Nachbesetzungen nun unter Versorgungsgesichtspunkten durch den Zulassungsausschuss überprüft werden

müssen und die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ggf. abzulehnen ist, führt allein die gemäß § 103 Abs. 3a S. 4 SGB V vom Regelfall abweichende Entscheidungsarithmetik bei der Stimmgleichheit von Vertretern der Ärzte und Psychotherapeuten auf der einen Seite bzw. der Krankenkassen auf der anderen Seite dazu, dass Anträge auf Nachbesetzung angenommen werden, auch wenn nur eine Seite der im Zulassungsausschuss vertretenen Bänke zustimmt. Das heißt, wenn der Nachbesetzungsantrag eines Arztes abgelehnt werden sollte, müsste mindestens ein Vertreter der Ärzteseite im Zulassungsausschuss seine Zustimmung versagen. Da sich auch – falls erforderlich – die Ermessensentscheidungen der Zulassungsausschüsse mit ihrem Bezug auf den unbestimmten Rechtsbegriff „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“ einer gerichtlichen Nachprüfung weitgehend entziehen, blieben diesbezügliche Änderungen des § 103 Abs. 3a mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ohne praktische Bedeutung und erreichten damit nicht die gewünschte Steuerungswirkung.

Zur Vermeidung von Fehlallokationen könnte darüber hinaus das Verhältnis von Zulassung und Versorgungsauftrag grundsätzlich in anderer Weise als bisher geregelt werden, indem dem G-BA bzw. der Landesebene (Landesausschüsse, Zulassungsausschüsse) Instrumente an die Hand gegeben werden, um den Versorgungsbeitrag einzelner Psychotherapeutinnen und -therapeuten einheitlich und rechtssicher bewerten zu können (vgl. Deutscher Bundestag (2012) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zum Tätigkeitsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung, Drucksache 17/9329). Ergänzend sollten dem Zulassungsausschuss Möglichkeiten eröffnet werden, Zulassungen weitgehender als bisher befristet auszusprechen zu können.

Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Verschiedene Gesetze verpflichten zur Qualitätssicherung bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen (u.a. §§ 135-137 SGB V), untergesetzliche Normen operationalisieren gesetzliche Vorgaben (u.a. G-BA 2005: Qualitätsmanagement-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung).

In der ambulanten Psychotherapie stehen für Qualitätssicherung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit Konsiliarberichte,

Vorgespräche (probatorische Sitzungen) und das Gutachterverfahren zur Verfügung. Das etablierte Gutachterverfahren gemäß § 34 Psychotherapie-Richtlinie und § 12 Psychotherapie-Vereinbarung trägt in der heutigen Fassung allerdings nur bedingt zur Qualitätssicherung bei. Vor allem gibt es keine Prüfung der Prozessqualität, keine Messung der Ergebnisqualität (keinen Abschlussbericht, keine Zielerreichungsprüfung) und es ist zudem teuer. Es ist deshalb unbedingt notwendig und auch von den Krankenkassen immer wieder gefordert worden, das Gutachterverfahren zumindest zu ändern und zu ergänzen oder aber durch eine völlig neue Qualitätssicherung zu ersetzen. Denn bisher wird ein differenziertes, umfangreiches und teures Leistungsangebot, das interna-

Es gibt eben auch sehr viele Psychotherapeuten, die zwar einen ganzen Sitz haben, aber ihren Versorgungsauftrag nur teilweise wahrnehmen.

tional ohne Beispiel ist, in nur geringem Maße qualitätsgesichert erbracht. Von Evidenzbasierung und Innovationsoffenheit kann zurzeit kaum die Rede sein.

Strukturelle Vorschläge und Vorgaben, die die Anzahl von Psychotherapeuten in ländlichen Gegenden mit dem Ziel größerer Verteilungsgerechtigkeit erhöhen, die ganz neue Leistungsangebote in die Versorgung aufnehmen oder den Auslastungsgrad psychotherapeutischer Praxen vergrößern, müssen von prozess- und ergebnisorientierten Maßnahmen begleitet werden, die auf eine Verbesserung der Qualität des psychotherapeutischen Leistungsangebots abzielen. Zu nennen ist hier u.a. die immer noch geringe Indikationsbezogenheit der Zuweisung der Versicherten zu den einzelnen Therapieverfahren. Vielleicht führen die mit der Reform der Richtlinie eingeführten obligatorischen Sprechstunden hier zu besseren Ergebnissen. Denn nicht jeder Versicherte erhält bisher auch genau die Therapie, die zur Behandlung seiner Erkrankung sinnvoll und notwendig ist. Deshalb sollte auch grundsätzlich geprüft werden, ob das Gutachterverfahren durch andere Formen der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung ergänzt oder abgelöst werden sollte.

Auslastung psychotherapeutischer Praxen

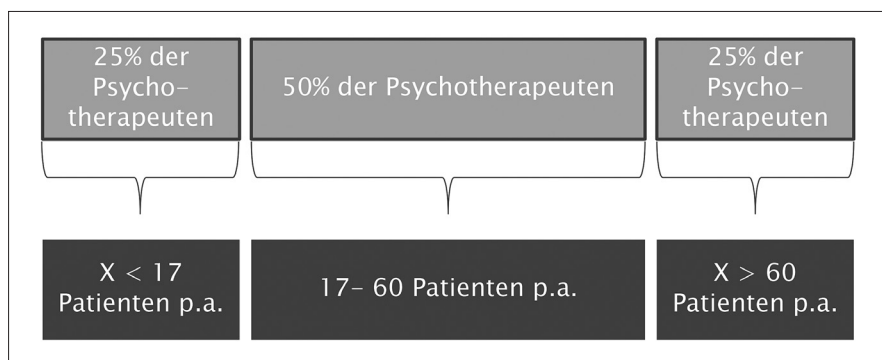
Es gibt es sicherlich Psychotherapeuten, die an ihrer Belastungsgrenze arbeiten, aber eben auch sehr viele, die zwar einen ganzen Sitz haben, aber ihren Versorgungsauftrag nur teilweise wahrnehmen. Nach den Vereinbarungen des Bundesmantelvertrags müssen Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag mindestens in 20 Stunden für die Tätigkeit mit den Patienten zur Verfügung stehen. Auch nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (§ 19a Ärzte-ZV) verpflichtet sich der Psychotherapeut mit der Zulassung im Regelfall vollzeitig persönlich tätig zu werden. Diesen Verpflichtungen wird oftmals nicht nachgekommen, wie die Abrechnungsdaten der Krankenkassen zeigen. Wenn über alle Psychotherapeuten mit vollen Versorgungsauftrag betrachtet durchschnittlich 20 Therapiestunden, also der vertraglich vorgeschriebene Mindestumfang an Stunden pro Woche erbracht wird, wird die Definition ei-

ner Vollzeittätigkeit von Psychotherapeuten durch das Bundessozialgericht (36 antragspflichtige Therapiestunden je 43 Wochen im Jahr) klar verfehlt. Viele Psychotherapeuten (mehr als ein Drittel) gehen zudem einer Nebentätigkeit nach bspw. als Gutachter, Supervisor, Coach oder Sachverständige und werden aufgrund dieses nebenberuflichen Engagements ihrem Versorgungsauftrag zumindest dann nicht gerecht, wenn sie eine Zulassung für einen ganzen Sitz haben (vgl. hierzu: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (Hrsg.) (2011) Walendzik et al. (2011) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010).

Eine Erhebung des Aqua-Instituts für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2015 anhand von KBV-Daten zeigte, dass 25 % der Psychotherapeuten weniger als 17 Patienten pro Jahr behandeln, 50 % behandeln 17 bis 60 Patienten pro Jahr und nur 25 % der Psychotherapeuten behandeln mehr als 60 Patienten pro Jahr.

Im Ergebnis führt die geringe Wahrnehmung des Versorgungsauftrages in einigen Regionen zu Wartezeiten, die leicht reduziert werden könnten. In die-

Abbildung 2: Anteile Psychotherapeuten zu Anzahl behandelter Patienten



Quelle: Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland (Daten der Kassenärztlichen Vereinigung 2009–2011)

sem Kontext wird auch noch einmal deutlich, dass im deutschen Gesundheitswesen grundsätzlich ausreichend Psychotherapeuten zugelassen sind, um eine gute Versorgung sicher zu stellen. Therapeuten, denen ein voller Versorgungsauftrag zu umfangreich ist, sollten die Hälfte des Versorgungsauftrags abgeben. Tatsächlich wird von dieser Möglichkeit schon seit einigen Jahren in nicht unerheblichem Umfang Gebrauch gemacht; mittlerweile haben ca. 25 % der zugelassenen Psychotherapeuten eine halbe Zulassung aufgrund von Umwandlungen und dem vergleichsweise großen Anteil an halben Zulassungen an den Neuzulassungen. Versorgungspolitisch ist diese Verschiebung der Gewichtung von vollen zu halben Versorgungsaufträgen positiv zu bewerten, da davon auszugehen ist, dass Therapeuten mit halben Sitzen eine gemessen am Versorgungsauftrag vergleichsweise größere Anzahl von Therapiestunden pro Woche erbringen als es bei Psychotherapeuten mit voller Zulassung der Fall ist.

Wartezeiten bis zum Beginn einer Therapie

Die Diskussion um die Wartezeiten von psychisch Kranken bis zum Beginn einer Therapie leidet unter methodischen Problemen und der Anfälligkeit für strategische Funktionalisierungen. Entscheidungen zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Notlagen sind in vielen Fällen komplex, oftmals diskontinuierlich in ihrem Ablauf und nur zum Teil durch die Zugänglichkeit des therapeutischen Angebots bestimmt. Methodisch ist es deshalb oftmals schwierig,

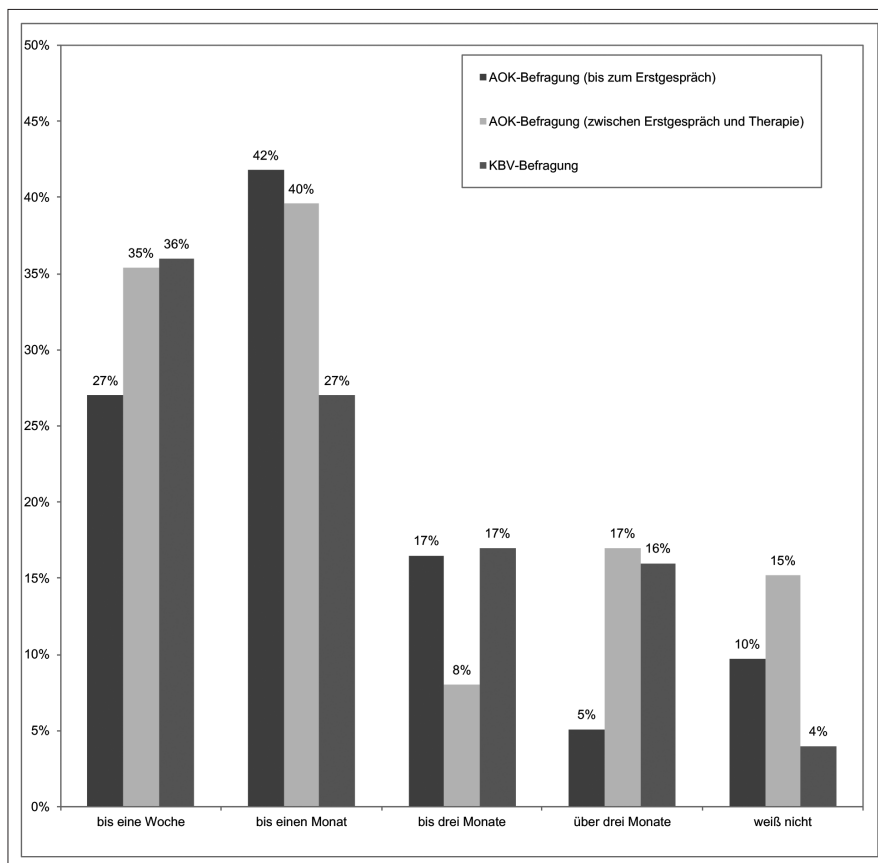
den Beginn von Wartezeit genau zu bestimmen. Markiert die Wahrnehmung der Symptome, die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit, die Entlassung aus einer stationären Behandlung, der erste, möglicherweise vergebliche Telefonanruf bei einem Therapeuten, die Probatorik oder der Zeitpunkt der Zusage eines Behandlungsplatzes den Beginn

der Wartezeit oder eine Kombination verschiedener Aspekte? Den meisten Informationen liegen zudem vergleichsweise weiche Befragungsdaten der Patienten oder der Therapeuten zugrunde.

Erhebungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) kommen bei der Befragung von Psychotherapeuten zu dem Ergebnis, dass die Wartezeiten von Patienten für ein Erstgespräch deutlich über zwei Monaten liegen. Bei der Befragung der BPtK zeigt sich zudem, dass über 46 % der angesprochenen Psychotherapeuten keine Warteliste führen.

Eine repräsentative Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) von Patienten mit Psychotherapieerfahrung kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass 27 % der Patienten innerhalb einer Woche zu einem ersten Vorgespräch gehen können und bei 35 % nach dem Vorgespräch innerhalb von einer Woche eine Psychotherapie beginnt. Eine Untersuchung von der KBV kommt sogar auf einen Anteil von 36 % der Patienten,

Abbildung 3: Wartezeiten von Psychotherapiepatienten 2014



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung (2014), Wissenschaftliches Institut der AOK (2014)

deren Behandlung innerhalb einer Woche beginnt (18 % der Patienten ganz ohne Wartezeit).

Etwa 42 % der Befragten in der AOK-Befragung warten bis zu einem Monat auf ein Erstgespräch bzw. 40 % auf den Beginn einer Therapie, bei der KBV-Befragung sind es etwa 27 %. Insgesamt ergibt sich damit das Bild, dass knapp 70 % der Versicherten der AOK-Befragung innerhalb eines Monats ein Erstgespräch bzw. gut 75 % eine Therapie beginnen. Bei der KBV-Befragung sind es etwa 63 % der Patienten, die innerhalb eines Monats eine Therapie beginnen.

Stellt man diese Zahlen den Befragungen der BPTK und der DPtV gegenüber, wird eine deutliche Diskrepanz sichtbar, die möglicherweise nur auf eine systematische Überschätzung der Wartezeit zurückzuführen. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass die Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (ZI) zu ähnlichen Ergebnissen wie die Erhebung durch ein Institut der Kostenträgerseite, nämlich das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO), kommt und beide Untersuchungsergebnisse die seitens verschiedener psychotherapeutischer Berufsverbände und der BPTK kolportierte Wartezeit deutlich relativieren.

Es zeigt sich aber auch noch ein anderes Phänomen, wenn man diesen Vermutungen zwei Befragungen von Patienten gegenüberstellt, die zu anderen Ergebnissen kommen.

Die Wartezeit wird seitens der psychotherapeutischen Berufsverbände und der Kammern in der Gesamtbetrachtung deshalb systematisch überschätzt, da sie nicht berücksichtigen, dass sich die Patienten bei mehreren Therapeuten auf die Warteliste, sofern sie vorhanden ist, setzen lassen. Das Ergebnis ist, dass die Wartelisten offensichtlich häufig eine ganze Reihe an potenziellen Patienten enthalten, die bereits in Behandlung sind, jedoch nicht die angefragten Therapeuten darüber informieren, dass sie inzwischen einen Behandlungsplatz gefunden haben.

Problem der Passung

Auswertungen der Abrechnungsdaten der Krankenkassen weisen verfahrensübergreifend auf einen gegenüber älteren Psychotherapien zunehmenden Anteil von Behandlungen mit kürzerer Behand-

lungsdauer hin, was nicht ganz einfach zu interpretieren ist. Es könnte sein, dass hier eine Veränderung des Krankheitspektrums zum Ausdruck kommt; eine Auswertung des Diagnosenrankings stützt solche Überlegungen allerdings nicht. Möglich wäre auch ein Generationeneffekt seitens der Therapeuten, der darin läge, dass jüngere Therapeuten anders behandeln als ältere und Therapien nach kürzerer Behandlungsdauer abschließen; dieser Überlegung wird noch weiter nachgegangen werden müssen. Schließlich könnte es sein, dass Psychotherapeuten bei telefonischen Kontakten eine Vorauswahl und im Rahmen der Probatorik eine Positivauswahl insofern treffen, als aus den „Bewerbern“ für einen Therapieplatz solche Patienten ausgewählt werden, die aus sehr unterschiedlichen Gründen am besten passen. Die „Passung“, also die Frage ob der Therapeut einen Behandlungserfolg erwartet und sich eine erfolgreiche Therapie zutraut sowie die Frage, ob eine entsprechende Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut entwickelt werden könnte, ist ja auch wesentliches Thema der Probatorik. Die Auswahlentscheidung für die Aufnahme eines Patienten oder eine Ablehnung kann in der Praxisorganisation begründet sein, in persönlichen Eigenschaften des Patienten, in der spezifischen Kompetenz des Therapeuten, in Vergütungserwartungen oder auch in Besonderheiten der Erkrankung des Patienten. Hierbei spielt die Art der Erkrankung eine gewisse Rolle und auch die Schwere. Es ergibt sich der Eindruck, dass Patienten mit bestimmten Erkrankungen deutliche Nachteile in der Konkurrenz um einen Therapieplatz haben und dass auch der Schweregrad der Erkrankung eine Rolle spielt. So könnte es sein, dass Patienten mit leichten depressiven Episoden eher als Patienten mit schweren Depressionen in der Lage sind, sich durch vergebliche Kontaktversuche zu Therapeuten nicht entmutigen zu lassen und erneut auf die Therapeuten zugehen. Hier ist mit den Terminservicestellen eine wichtige Einrichtung geschaffen worden, die zukünftig gerade den Patienten mit schweren Erkrankungen den Zugang zu einer Sprechstunde und Akutbehandlung erleichtern wird.

In jedem Fall wird man sich von der Vorstellung verabschieden müssen, dass eine Warteliste beim Psychotherapeuten, wenn sie denn geführt wird, zu verstehen ist wie eine Warteliste beispielsweise bei Behördengängen. Es handelt sich bei einer psychotherapeutischen Warteliste eher um eine Art Pool, aus dem der Psychotherapeut seine Patienten je nach Passung auswählt – ein jeweils unabhängiges Ereignis.

Ausblick

Deutschland hat eine im internationalen Vergleich vorbildliche psychotherapeutische Versorgung. Dennoch ist die Versorgung offensichtlich noch nicht ganz so, wie es aus Sicht vieler Versicherter und verschiedener an der Versorgung und Behandlung beteiligter Gruppen wünschenswert wäre. Allein die in Deutschland zweifellos vorhandenen Unterschiede in der Versorgung der einzelnen Regionen zeigen auf, dass es noch ein erhebliches Verbesserungspotential gibt. Der Zugang zur Versorgung muss weiter verbessert, Fehlallokationen vermindert und abgebaut werden und gleichzeitig stehen wir vor der Aufgabe, den Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen

Es wird in Zukunft darauf ankommen, das psychotherapeutische Leistungsangebot zu konsolidieren, zu strukturieren und weiterzuentwickeln.

Rechnung zu tragen; das ist nicht trivial und es ist auch nicht einfach eine Aufgabe des Gesetzgebers. Bei der Weiterentwicklung des Angebots wird es zunächst darum gehen, den Gestaltungsspielraum nunmehr bestehender Regelungen auszuschöpfen, ehe neue gesetzliche Vorgaben angemahnt werden. Auch nach der Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie besteht ein wesentliches Ziel darin, einen möglichst niedrigschwelligen und unbürokratischen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen ohne die Versichertengemeinschaft der GKV insgesamt finanziell zu überfordern. Mit den Änderungen

der Psychotherapie-Richtlinie werden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, die schon jetzt einen schnelleren Zugang zur Psychotherapie ermöglichen, indem Verdachtsfälle frühzeitig diagnostisch abgeklärt werden und bei einer akuten Symptomatik schnell reagiert und gegebenenfalls niedrigschwellig, das heißt ohne gesondertes Antragsverfahren, eine Akutbehandlung aufgenommen werden kann. Weitere Änderungen betreffen die Förderung der Gruppentherapie und die formelle Verankerung der Rezidivprophylaxe zur Sicherung des Behandlungserfolgs sowie die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Die Krankenkassen hatten sich gewünscht, die Inanspruchnahme von Psychotherapie mit der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angestoßenen Reform wirklich tiefgreifend zu vereinfachen und zu erleichtern und – wie auch der Gesetzgeber angeregt hat – die heute verlangte gesonderte Beantragung der Kostenübernahme einer Behandlung mit Richtlinienpsychotherapie durch Vertragspsychotherapeuten zugun-

ten einer einfachen Mitteilung an die Krankenkasse abzuschaffen. KBV und Psychotherapeuten haben diesen Schritt bedauerlicherweise abgelehnt.

Es wird deshalb über die aktuell zunächst abgeschlossene Novellierung der Psychotherapierichtlinie hinaus darauf ankommen, das psychotherapeutische Leistungsangebot zu konsolidieren, zu strukturieren und so weiterzuentwickeln, dass den Patienten, die psychische Störungen mit Krankheitswert aufweisen, auch in Zukunft ein inhaltlich überzeugendes, qualitativ hochwertiges und zugleich wirtschaftliches Angebot bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden kann. Ein erster Schritt ist mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie getan worden. Das demnächst novellierte Psychotherapeutengesetz, mit dem die Ausbildung der Psychotherapeuten neu geregelt und standardisiert wird, könnte der nächste Schritt sein. Ein weiterer wichtiger Schritt wird die Einführung eines funktionierenden Qualitätssicherungsverfahrens sein, das auf eine flächendeckende gesicherte Qualität abstellt. ■

Literatur

Bender, Berner, Best et al. (2017)

Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung, Heidelberg

Deutscher Bundestag (2012) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zum Tätigkeitsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung, Drucksache 17/9329

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (Hrsg.) (2011) Walendzik et al. (2011) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010

Jacobi, Höfler, Strehle et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung, Nervenarzt 2014, 85, S. 77–87

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014 – Ergebnis einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2014

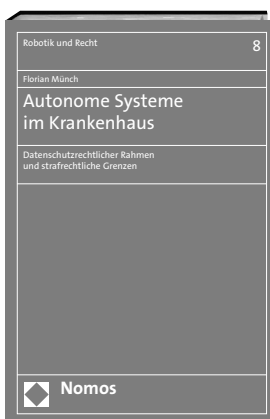
Strauß, Barnow, Brähler et al. (2009)

Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Wissenschaftliches Institut der AOK

(WIdO) (Hrsg.) (2014) Hohe Zufriedenheit bei ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden, WIdO monitor, 11(1):108

Datenverarbeitende autonome Systeme im Krankenhaus – Haftung von Ärzten und Mitarbeitern



Autonome Systeme im Krankenhaus

Datenschutzrechtlicher Rahmen und strafrechtliche Grenzen

Von RA Dr. Florian Münch

2017, 369 S., brosch., 89,- €

ISBN 978-3-8487-3534-1

eISBN 978-3-8452-7867-4

(Robotik und Recht, Bd. 8)

nomos-shop.de/28351

Das Werk befasst sich mit der datenschutzrechtlichen und strafrechtlichen Zulässigkeit des Einsatzes moderner autonomer Systeme im Gesundheitsbereich. Der Verfasser zeigt Haftungsrisiken auf und beschreibt rechtliche und technische Wege zur Haftungsvermeidung.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos