

Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern

Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung

Inhaltsverzeichnis

Rahmenkonzept für eine differenzierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	3
1. Behandlungsbedarf von Menschen mit psychischen Beschwerden	3
2. Psychotherapeutische Sprechstunde	3
3. Differenzierte psychotherapeutische Leistungen	8
4. Entbürokratisierung und Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie	11
5. Multiprofessionelle ambulante Versorgung	13
6. Stationäre Versorgung	14
Gesetzgeberischer Handlungsbedarf	18
<i>Psychotherapeutische Behandlung (§ 28 Absatz 3 SGB V)</i>	<i>18</i>
<i>Psychotherapie-Richtlinie (§ 92 Absatz 6a SGB V)</i>	<i>19</i>
<i>Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§ 43a SGB V)</i>	<i>20</i>
<i>Sozialpsychotherapie-Vereinbarung (§ 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V)</i>	<i>20</i>
<i>Befugnisse (§ 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V)</i>	<i>21</i>
<i>Psychotherapeutische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)</i>	<i>21</i>
<i>Vergütung von Praxisnetzen (§ 87b SGB V)</i>	<i>21</i>
<i>Psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf</i>	<i>22</i>
<i>Psychisch kranke Patienten in stationärer Behandlung</i>	<i>24</i>

Rahmenkonzept für eine differenzierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

1. Behandlungsbedarf von Menschen mit psychischen Beschwerden

Mehr als ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung (27,7 Prozent) leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Auch unter den Kindern und Jugendlichen liegen bei mehr als jedem Fünften Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Dabei unterscheiden sich die psychischen Beschwerden und Erkrankungen ganz erheblich hinsichtlich Dauer, Akuität beziehungsweise Chronizität, Verlauf, Beschwerdeintensität, Schweregrad der resultierenden Beeinträchtigungen, Komorbidität mit weiteren psychischen und/oder somatischen Erkrankungen sowie dem daraus resultierenden subjektiven Leidensdruck. Entsprechend unterschiedlich ist der individuelle Versorgungs- und Behandlungsbedarf der hiervon betroffenen Menschen. Als weitere Einflussgrößen auf den Behandlungsbedarf sind hierbei auch die subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen und die Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

2. Psychotherapeutische Sprechstunde

Menschen mit psychischen Beschwerden beziehungsweise Erkrankungen haben Anspruch auf einen niederschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, durch den sie auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik und Indikationsstellung möglichst schnell eine angemessene Behandlung erhalten können. Wartezeiten auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten von durchschnittlich drei Monaten sind nicht akzeptabel. In dieser Zeit verschlimmern sich viele psychische Erkrankungen und das Risiko einer Chronifizierung nimmt zu. Um diese Unterversorgung abzubauen, sind grundsätzlich mehr Psychotherapeuten notwendig. Aber es geht nicht nur um mehr Kapazitäten. Notwendig ist auch ein differenziertes, stärker vernetztes Versorgungsangebot, das auch psychotherapeutische Leistungen umfasst, die über die Behandlungsmöglichkeiten gemäß der Psychotherapie-Richtlinie in ihrer aktuellen Fassung hinausgehen.

• Leistungen innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schlägt die Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden vor. Leistungen, die in psychotherapeutischen Sprechstunden erbracht werden, sind insbesondere die Erstuntersuchung, die Anamnese, eine orientierende Erstdiagnostik und die Einschätzung, welches Versorgungskonzept (vorläufige Indikationsstellung) angemessen ist. Reicht die Erstuntersuchung für eine Indikationsstellung nicht aus, muss eine vertiefte psychotherapeutische (Differenzial-) Diagnostik erfolgen.

Psychotherapeutische Sprechstunden sollten von allen niedergelassenen Psychotherapeuten angeboten werden können, um möglichst vielen Patienten auch in strukturschwachen Regionen schnell ein Erstgespräch und eine Erstdiagnostik anbieten zu können.

Das Spektrum der Leistungen, auf die Psychotherapeuten im Rahmen einer solchen Sprechstunde verweisen können, sollte ausreichend differenziert sein. Es sollte

- Beratung und psychoedukative Leistungen durch Psychotherapeuten,
- die psychosoziale Beratung jenseits der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel der Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII),
- Leistungen der teilstationären und stationären Jugendhilfe,
- Hilfsangebote der sozialpsychiatrischen Dienste,
- beobachtendes Abwarten verbunden mit einem regelmäßigen Monitoring („Watchfull Waiting“),
- Leistungen der geleiteten Selbsthilfe (zum Beispiel Bibliothherapie),
- übende und suggestive Interventionen in Einzel- oder Gruppenbehandlung (Autogenes Training, Progressive Relaxationstherapie, Hypnose sowie Weiterentwicklungen, zum Beispiel achtsamkeitsbasierte Stressreduktion),
- psychoedukative Gruppen,
- Kurzinterventionen,
- ambulante Gruppen- oder Einzelpsychotherapie,
- die fachärztliche Mit- und Weiterbehandlung,
- Krisenintervention,

- Heilmittel wie zum Beispiel Ergotherapie, psychiatrische Krankenpflege und Logotherapie sowie Soziotherapie,
 - aufsuchende Hilfen/Behandlung (Home Treatment) sowie
 - die Behandlung im Krankenhaus
- umfassen.

Damit Patienten die notwendigen Leistungen auch zeitnah erhalten, muss es Psychotherapeuten möglich sein, an andere Ärzte zu überweisen, ins Krankenhaus einzuweisen, Heilmittel und Soziotherapie zu verordnen sowie Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auszustellen.

Bei der konkreten Ausgestaltung der differenzierten Versorgung vor Ort sind die jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen und Angebotsstrukturen zu berücksichtigen. So wird in ländlichen, eher bevölkerungsschwachen Regionen aufgrund der geringeren Leistungsangebote sowie der Infrastrukturbedingungen eine andere Ausgestaltung und Verortung der differenzierten Versorgungsangebote erforderlich sein als etwa in Großstädten. Es ist darauf zu achten, dass die vorhandenen Versorgungsstrukturen und Kooperationsbeziehungen möglichst effizient genutzt und weiterentwickelt werden und der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden wird. In diesem Sinne ist das Konzept der differenzierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen als ein Rahmenkonzept zu verstehen, das einer regionalen Anpassung bedarf.

- **Psychotherapeutische Praxen mit besonderem Leistungsangebot**

Psychotherapeutische Sprechstunden könnten auch durch Praxen (Gemeinschaftspraxen, Praxengemeinschaften, Psychotherapeutische Versorgungszentren) angeboten werden, die ein breites Angebot diagnostischer und koordinativer Leistungen bereitstellen können.

Hierzu könnte gehören, psychotherapeutische Sprechstunden zu festen Zeiten und Gesprächstermine innerhalb bestimmter Fristen anzubieten. Entsprechend strukturierte Praxen könnten zum Beispiel Patienten, die von einem Haus-, Facharzt oder Psychotherapeuten überwiesen oder aus einer Klinik entlassen werden, innerhalb einer bestimmten Frist ein Erstgespräch anbieten. Ein solches Erstgespräch innerhalb

einer bestimmten Frist könnte auch Patienten angeboten werden, die sich selbst um einen Termin bemühen. Außerdem könnten einige Praxen auch Sprechstunden anbieten, zu denen Patienten mit akuten Problemen und in Krisensituationen direkt und ohne Voranmeldung kommen können (offene Sprechstunde).

Eine psychotherapeutische Praxis mit einem solchen erweiterten Leistungsspektrum benötigt qualifiziertes Praxispersonal. Durch die Delegation diagnostischer und therapeutischer Teilaufgaben sowie die Entlastung von Organisationsaufgaben könnten Psychotherapeuten in dieser Praxis für eine orientierende Erstdiagnostik pro Stunde mehr als einen Patienten sprechen. Wenn notwendig, sollte sich an die orientierende Erstdiagnostik unmittelbar eine vertiefte differenzialdiagnostische Abklärung anschließen.

Zum Leistungsprofil solcher Praxen gehört auch die Aufgabe des Case Management. Mit entsprechenden Praxisstrukturen und qualifiziertem Praxispersonal ist es möglich, die Koordination der Versorgung zu übernehmen. Hierzu zählt: Patienten bei der Identifikation und Inanspruchnahme der passenden Versorgungsangebote zu unterstützen, Terminvereinbarungen zu treffen oder begleitend zu Leistungen der geleiteten Selbsthilfe, Entspannungsverfahren oder psychoedukativen Gruppen ein aktives Monitoring anzubieten.

- **Spezifische psychotherapeutische Haltung und Aktivierung**

Die psychotherapeutische Sprechstunde bietet eine spezifische Form der patientenorientierten Gesprächsführung und Gestaltung der Untersuchungs- und Beratungssituation auf der Basis einer psychotherapeutischen Haltung, mit der Psychotherapeuten ein verlässliches therapeutisches Beziehungsangebot unterbreiten. Die psychotherapeutische Haltung zeichnet sich insbesondere durch eine hohe Empathiefähigkeit, eine Orientierung an dem subjektiven Erleben des Patienten und den interpersonellen Prozessen sowie ein besonderes Verständnis für die interaktionellen Aspekte psychischer Erkrankungen aus. Dies zielt auf eine Stärkung der Motivation und Selbstbestimmung des Patienten ab, wodurch seine Fähigkeiten verbessert werden, aktiv an der Gestaltung seines Gesundungsprozesses mitzuwirken. Faktoren der Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung haben sich in der Behandlung psychisch kranker

Menschen (von der Prävention bis zur Rezidivprophylaxe) als außerordentlich wirksam und nachhaltig erwiesen.

- **Regionale Vernetzung**

Psychotherapeutische Sprechstunden mit Vermittlungsfunktion erfordern eine regionale Vernetzung der psychotherapeutischen Praxen. Gerade Praxisnetze ermöglichen eine kooperative Behandlung von Patienten. Sie können vor allem aktuelle Informationen generieren, welcher Psychotherapeut für welche Patienten kurzfristig freie Behandlungsplätze in Einzel- oder Gruppenpsychotherapie anbieten kann. Die spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsangebote und -schwerpunkte der beteiligten Akteure könnten so zielgenau genutzt werden. Aufbau und Pflege der dafür notwendigen – sinnvollerweise IT-gestützten – Kooperationsstrukturen, inklusive der damit verbundenen Investitionen, wären zentrale Aufgaben eines solchen Praxisnetzes.

- **Kinder und Jugendliche**

Auch für Kinder und Jugendliche ist das Angebot psychotherapeutischer Sprechstunden notwendig und sinnvoll, um einen zeitnahen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen. Die Spezifika dieser Sprechstunden für Kinder und Jugendliche liegen in der diagnostischen Abklärung und Indikationsstellung, der regelhaften Einbeziehung der Bezugspersonen und – bei Einverständnis der Patienten und/oder deren Sorgeberechtigten – der Einholung ergänzender Informationen, zum Beispiel über Kindertagesstätte, Schule oder Jugendhilfe. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfordert die vertiefte diagnostische Abklärung und Indikationsstellung einen entsprechend größeren zeitlichen Handlungsrahmen.

- **Ergänzendes Angebot zur hausärztlichen Versorgung**

Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde wird psychisch kranken Menschen eine zusätzliche Lotsenfunktion geboten.

Die Prävalenz psychischer Störungen erreicht in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen einen ersten Höhepunkt. Patienten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr haben jedoch häufig keinen Hausarzt und suchen medizinische Hilfe eher bei Fachärzten.

Entsprechend werden diese Patienten bei psychischen Beschwerden einen Psychotherapeuten konsultieren mit der Erwartung, dass dieser die Indikation für das für sie passende Versorgungsangebot stellt und zeitnah ein solches selbst anbietet oder dahin überweist (Lotsenfunktion des Psychotherapeuten). Die psychotherapeutische Sprechstunde bildet den Rahmen für dieses Angebot und stellt damit eine notwendige Ergänzung sowohl zum bereits bestehenden Direktzugang psychisch kranker Menschen zum Psychotherapeuten als auch zur Lotsenfunktion des Hausarztes dar.

Ältere Menschen haben meistens einen Hausarzt und suchen dessen Rat auch bei psychischen Erkrankungen. Der Hausarzt ist in diesen Fällen vielfach bereits mit der Vorgeschichte auch der psychischen Erkrankungen seiner Patienten vertraut. Er kann seine Lotsenfunktion leichter wahrnehmen, wenn bei Bedarf bei seinen Patienten zeitnah in einer psychotherapeutischen Sprechstunde die diagnostische Abklärung und, falls notwendig, dort auch eine (Mit-)Behandlung erfolgt.

Entsprechendes gilt für die Kooperation zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beschwerden oder für Menschen mit Erkrankungen, die möglichst schnell psychotherapeutische Beratung und Hilfe benötigen.

3. Differenzierte psychotherapeutische Leistungen

Für die Behandlung psychisch kranker Menschen sind psychotherapeutische Leistungen notwendig, die eine angemessene Differenzierung der Versorgung erlauben. Das derzeitige Leistungsspektrum der ambulanten Psychotherapie ist durch die Psychotherapie-Richtlinie begrenzt. So kann den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen der Patienten mit den derzeitigen Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich der angemessenen Intensität und Spezifität nicht hinreichend entsprochen werden. Zudem sind Behandlungsschwerpunkte, spezifische Leistungsangebote und verfügbare Behandlungsplätze für die Patienten in der Versorgung nicht ausreichend erkennbar. Deshalb sollten die Möglichkeiten für entsprechende Erweiterungen des Leistungsspektrums geschaffen werden. Spezialisierungen, Behandlungsschwerpunkte und spezifische psychotherapeutische Leistungsangebote sollten dabei angekündigt und

verfügbare Behandlungsplätze für Patienten und zuweisende Ärzte und Psychotherapeuten transparent gemacht werden.

Das derzeitige Leistungsspektrum der ambulanten Psychotherapie ist daher zu einem um eine Leistung der vertieften differenzialdiagnostischen Abklärung zu ergänzen, die gegebenenfalls auch als konsiliarische Abklärung auf Überweisung durchgeführt werden kann (frühzeitige diagnostische Abklärung). Zum anderen sollten als ergänzende psychotherapeutische Leistungen psychoedukative Gruppen angeboten werden. Diese systematischen didaktisch-psychotherapeutischen Interventionen richten sich an Patienten und gegebenenfalls auch an ihre Angehörigen und haben neben der Information über die Krankheit und deren Behandlung die Förderung des Krankheitsverständnisses und des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit sowie die Unterstützung der Patienten bei der Krankheitsbewältigung zum Inhalt. Als weitere basistherapeutische Interventionen sollten übende und suggestive Verfahren in der Einzel- oder Gruppenbehandlung angeboten werden, die neben autogenem Training, Jacobsonischer Relaxationstherapie und Hypnose auch evidenzbasierte Weiterentwicklungen wie die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion einschließen. Darüber hinaus gehören Maßnahmen der geleiteten Selbsthilfe, einschließlich evidenzbasierter Selbsthilfemanuale und wissenschaftlich überprüfter computerbasierter oder anderer mediengestützter Heilmittel mit therapeutischer Unterstützung, zum Spektrum der ergänzenden psychotherapeutischen Leistungen. In der Regel sind diese Leistungen Teil eines übergeordneten Behandlungskonzepts, bei dem der behandelnde Psychotherapeut zumindest das begleitende Monitoring übernimmt und so auf Veränderungen im Krankheitsverlauf rechtzeitig und flexibel reagieren kann. Durch diese ergänzenden psychotherapeutischen Leistungen könnte insbesondere Patienten mit weniger starken Beeinträchtigungen schnell ein angemessenes Hilfsangebot unterbreitet oder eine notwendige psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenpsychotherapie vorbereitet oder ergänzt werden.

Des Weiteren benötigen Patienten, die mit akuten Zuspitzungen ihrer Erkrankung rechnen müssen, Kriseninterventionen als Teil des psychotherapeutischen Leistungsspektrums. Notwendig ist es dabei auch, dass Psychotherapeuten Patienten in deren Wohnung behandeln können. Eine solche aufsuchende Behandlung ist insbesondere

für Menschen in Pflegeheimen und für schwer körperlich erkrankte Patienten besonders dringlich, die aufgrund ihrer Immobilität die psychotherapeutische Praxis nicht aufsuchen können.

Zu einer umfassenden und effizienten Wahrnehmung des Versorgungsauftrags einer psychotherapeutischen Praxis sollte es zukünftig auch gehören, Patienten eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, sie zur Abklärung beziehungsweise Mitbehandlung an einen Facharzt oder Psychotherapeuten zu überweisen oder sie, wenn eine ambulante Versorgung nicht ausreichend ist und die Schwere der Erkrankung dies erforderlich macht, in ein Krankenhaus einzuweisen. Ferner kann es notwendig sein, Sozialtherapie zu verordnen, damit notwendige medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden können. Schließlich kann es erforderlich sein, dass Patienten ergänzende Behandlungsmaßnahmen oder Heilmittel erhalten. Daher sollten Psychotherapeuten allgemein befugt sein, auch Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie oder psychiatrische Krankenpflege verordnen zu können.¹

Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen benötigen Psychotherapeuten ein erweitertes Leistungsspektrum im Sinne der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, die um den Bereich der Sozialpsychotherapie ergänzt werden sollte. Die Vertragsparteien der Gesamtvergütung sollten künftig eine angemessene Vergütung für nicht-ärztliche und nicht-psychotherapeutische Leistungen auch im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung vorsehen. Damit erhielten psychisch kranke Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf sozialpädiatrische, insbesondere aber auch heilpädagogische und psychosoziale, Leistungen, wenn sie unter psychotherapeutischer Verantwortung erbracht werden. Dies eröffnet eine ambulante multiprofessionelle Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.

¹ All dies ist derzeit nicht möglich, da das SGB V Psychotherapeuten die hierfür erforderlichen Befugnisse vorenthält.

4. Entbürokratisierung und Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie

Psychotherapeuten richten schon heute ihre Behandlung am individuellen Bedarf ihrer Patienten aus und passen ihre Behandlung an den Therapieverlauf an. Entsprechend richten sich Behandlungsdauer und Sitzungszahl nicht nach den bewilligten Stundenkontingenten, sondern werden flexibel an den individuellen Bedarf der Patienten angepasst. Nach den Ergebnissen einer aktuellen Analyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erhalten insgesamt circa 60 Prozent der Patienten in ambulanter Psychotherapie eine Kurzzeittherapie von bis zu 25 Behandlungsstunden. Selbst in der Kurzzeittherapie werden bei fast zwei Drittel der Patienten die bewilligten Stundenkontingente nicht ausgeschöpft. Auch in der Langzeittherapie werden in 60 Prozent der Behandlungsfälle die bewilligten Stundenkontingente nicht vollständig genutzt (in den Verfahren Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Für die analytische Psychotherapie trifft dies sogar für fast 90 Prozent der Behandlungen zu. Weitere Maßnahmen zur pauschalen Verkürzung der Therapien oder eine rigide Begrenzung des Leistungsangebots auf die Kurzzeittherapie ist somit nicht sachgerecht, sondern gefährdet vielmehr den therapeutischen Rahmen, den die Behandlungskontingente der Psychotherapie-Richtlinie derzeit für eine angemessene Gestaltung der ambulanten Psychotherapie bieten. Pauschale Rationierungen oder gar Unterbrechungen des psychotherapeutischen Prozesses sind empirisch nicht begründbar und wären aus fachlicher Sicht schädlich.

Stattdessen ist es erforderlich, die Psychotherapie-Richtlinie weiterzuentwickeln und sowohl die Einzel- als auch die Gruppenpsychotherapie zu flexibilisieren und zu entbürokratisieren. Der Gesetzgeber sollte deshalb den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, innerhalb einer vorgegebenen Frist für folgende Punkte sachgerechte Lösungen zu entwickeln:

- *Ausbau der Gruppenpsychotherapie:*

Um Gruppenpsychotherapie zu fördern, sollten gruppenpsychotherapeutische Leistungen im Umfang von mindestens bis zu 50 Stunden von der Berichtspflicht befreit werden. Die Fachkunde für Gruppenpsychotherapie sollte im Rahmen der

gruppenpsychotherapeutischen Tätigkeit in eigener Praxis (unter Supervision) erworben werden können. Die Durchführung psychoedukativer Gruppen sollte antrags- und genehmigungsfrei sein und keine Fachkunde für Gruppenpsychotherapie voraussetzen.

- *Kombinationsmöglichkeit für Psychotherapie verbessern:*

Wie für die Verhaltenstherapie sollten auch für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für die analytische Psychotherapie Einzel- und Gruppenpsychotherapie flexibel kombiniert werden können. Das Verhältnis der Behandlungsstunden von Einzel- zu Gruppenpsychotherapie sollte dabei nicht dem Genehmigungsvorbehalt unterliegen, sondern vom behandelnden Psychotherapeuten innerhalb des bewilligten Stundenkontingents flexibel an den individuellen Bedarf des Patienten angepasst werden können.

- *Flexible Behandlungskontingente bei besonders intensivem und langfristigem Behandlungsbedarf:*

Manche Patienten haben einen besonders intensiven oder langfristigen Behandlungsbedarf, wie zum Beispiel Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder schweren chronischen depressiven Störungen. Für diese Patienten reichen die aktuellen Behandlungskontingente in der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht aus und sollten stärker flexibilisiert werden.

- *Niederfrequente Weiterbehandlung bei chronischen psychischen Erkrankungen:*

Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie gehen derzeit implizit davon aus, dass durch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in der Regel eine vollständige Heilung der psychischen Erkrankung erreicht werden kann. Ein Teil der Patienten leidet jedoch an chronischen psychischen Erkrankungen, bei denen dies nicht erreichbar ist und aufgrund anhaltender psychischer Beeinträchtigungen und Rückfallrisiken auch nach einer Akutbehandlung ein weiterer Behandlungsbedarf besteht. Für diese Patienten existieren derzeit nur stark eingeschränkte und unzureichend vergütete Behandlungsmöglichkeiten, etwa über die psychotherapeutische Gesprächsziffer. Deshalb sollte die Psychotherapie-Richtlinie um Behandlungskontingente für eine niederfrequente Weiterbehandlung bei chronischen

psychischen Erkrankungen ergänzt werden, für die zugleich eine ausreichende Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen sichergestellt wird.

5. Multiprofessionelle ambulante Versorgung

Psychisch kranke Menschen müssen manchmal mit schweren Beeinträchtigungen leben. Sie sollten dennoch so selbstständig wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und einen möglichst hohen Grad der gesellschaftlichen Teilhabe erreichen können. Dafür benötigen sie insbesondere koordinierte und kurzfristig verfügbare ambulante Hilfen. Die bisherigen Ansätze in Modellvorhaben (§ 64b SGB V) und in Verträgen zur Integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) haben zu keinem nachhaltigen und flächendeckenden Aufbau entsprechender Versorgungsangebote geführt. Unkoordinierte Behandlungswege zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind für psychisch kranke Menschen belastend bis schädlich, bestimmen aber leider nach wie vor die Versorgungslandschaft. Seit der Psychiatrie-Enquête der 1970er Jahre ist bisher keine ausreichende Überwindung dieser Friktionen gelungen.

Notwendig sind flächendeckend verfügbare, multiprofessionell arbeitende Versorgungsnetze für schwer und chronisch psychisch Kranke. Die verschiedenen Leistungserbringer sollten in diesen Netzen verbindlich zusammenarbeiten, die einzelnen Behandlungsbausteine aufeinander aufbauen und in Krisen auch zeitnah die erforderlichen Behandlungs- und Betreuungsangebote zur Verfügung stellen. Die Netze sollten aus den bestehenden Versorgungsstrukturen gebildet werden. Die spezifischen Kompetenzen des ambulanten und des stationären Bereichs, inklusive der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen, sollten angemessen berücksichtigt werden. Dabei ist zu verhindern, dass Doppelstrukturen entstehen. Für ein solches sektorverbindendes Kooperationskonzept bietet die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine entwicklungsfähige Blaupause.

In Analogie zu § 116b SGB V könnten bundeseinheitliche Rahmenvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemacht werden, in denen festgelegt wird,

- für welche Patientengruppe
- welche Leistungserbringer

- welche qualitätsgesicherten Behandlungsleistungen

in verbindlich kooperierenden Versorgungsnetzen erbringen können.

Um eine sektorenverbindende Kooperation für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen flächendeckend verfügbar zu machen, bedarf es regionaler Gestaltungsmöglichkeiten, die eine Umsetzung solcher Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der örtlich verfügbaren Ressourcen und Strukturen zulassen. Die jahrzehntelange Unterversorgung dieser Patienten könnte dadurch abgebaut werden, dass die Bedarfsplanung für diese Netze außer Kraft gesetzt wird. Auf Bundesebene wären Verträge zur Vergütungsstruktur und -höhe denkbar, die den mit dem Aufbau und Betrieb der Netze verbundenen Aufwand adäquat abbilden und attraktive und verlässliche Konditionen bieten, sodass sich die Versorgungsnetze wirklich bilden.

Um all diese Fragen im Vorfeld einer Gesetzgebung zwischen den potenziell Beteiligten zu diskutieren und zu pragmatischen Lösungen zu kommen, sollte ein Expertengremium eingerichtet werden, in dem die im stationären und ambulanten Bereich tätigen Professionen, die Vertreter der Gemeindepsychiatrie und der Kostenträger zusammenarbeiten. Die Moderation dieser Diskussionen durch das Bundesministerium für Gesundheit ist ein zielführender Ansatz, wie die Entwicklung und Umsetzung des Nationalen Krebsplans gezeigt hat.

6. Stationäre Versorgung

Bundesweit steigt die Anzahl der Behandlungen und Betten in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen ist diese Entwicklung jedoch nicht durch eine Zunahme psychischer Erkrankungen mit schweren Beeinträchtigungen begründet. Der wachsende Versorgungsdruck auf den stationären Bereich resultiert unter anderem auch aus der Unterversorgung im ambulanten Bereich. Die stationären Einrichtungen für psychisch kranke Menschen sind Auffangbecken für Defizite im ambulanten Bereich, in dem viel zu wenige psychotherapeutische Praxen zugelassen sind und Angebote für die Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in der erforderlichen Intensität und Spezifität vielfach nicht bestehen.

In der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen wird es auch in Zukunft darum gehen, Patienten ein multimodales Versorgungsangebot auf der Basis einer psychotherapeutischen Grundhaltung anzubieten. Dabei ist über die Qualifikation und Anzahl des therapeutischen Personals sicherzustellen, dass eine evidenzbasierte Behandlung in der erforderlichen Intensität und auf dem Boden einer therapeutischen Beziehung möglichst unter Wahrung der Behandlerkontinuität angeboten wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet aktuell Standards für die Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit therapeutischem Personal. Diese Standards werden die veraltete Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablösen. Es werden aktuellere Vorgaben zur Strukturqualität der Krankenhäuser entstehen, die sich zudem an Leitlinien und den Erkenntnissen evidenzbasierter Medizin orientieren müssen. Zur Wahrung der so vorgegebenen Strukturqualität der Krankenhäuser ist es notwendig, diese Vorgaben verbindlich zu machen. Das muss im SGB V klargelegt werden. Die Psych-PV wäre nur mittelbar ein Instrument der Qualitätssicherung. Die Realisierung ihrer Vorgaben zur Personalausstattung wäre vor allem vom Verhandlungsergebnis der einzelnen Krankenhäuser und den aktuell gegebenen ökonomischen Notwendigkeiten (zum Beispiel Energiekosten, Einkommensentwicklung) abhängig. Bei verbindlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses hat jedes Krankenhaus nachzuweisen, dass es die Standards wirklich umsetzt, und die Umsetzung wird künftig zusätzlich für Patienten und Einweisende transparent sein, da die Häuser die Umsetzung in den Qualitätsberichten dokumentieren müssen.

Ähnlich wie bereits heute bei der Psych-PV bergen auch die Standards des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalausstattung das Risiko, dass die Krankenhäuser mit dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nicht über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, die Standards umzusetzen. Notwendig ist daher vor Beginn der Konvergenzphase eine Ausfinanzierung der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Personalstandards der Kliniken. Zusätzlich müssen Wege gefunden werden, wie es den Krankenhäusern in einem pauschalierenden Entgeltsystem ermöglicht wird, auch im weiteren Verlauf die vorgegebenen Standards beizubehalten.

Differenziertes Versorgungskonzept



+++ Der Direktzugang bleibt erhalten +++ Nicht jede Praxis muss eine psychotherapeutische Sprechstunde und ergänzende psychotherapeutische Leistungen anbieten
 +++ Praxen können in unterschiedlichem Umfang und Ausprägung das Konzept der psychotherapeutischen Sprechstunde realisieren +++

Differenziertes Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen/Erkrankungen

Fallbeispiele	Zeitnaher Zugang	Differenzierte Versorgung	Gesetzlicher und untergesetzlicher Änderungsbedarf	
<p>Säugling mit frühkindl. Regulationsstörung: Der Säugling schreit exzessiv und lässt sich nicht beruhigen. Die Mutter leidet an einer postpartalen Depression. Der Kinderarzt vermutet eine Bindungsstörung.</p>	<p>Psychotherapeutische Sprechstunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientierende Erstdiagnostik, ggf. Indikationsstellung • Delegation von Leistungen • Überweisung • Einweisung ins Krankenhaus • Verordnung von Heilmitteln • Verordnung von Rehabilitationsleistungen • Ausstellung von AU-Bescheinigungen/ bzw. Attesten • Verweis auf psychosoziale Beratungsangebote • Case Management • Monitoring ➤ Regionale Vernetzung mit anderen Psychotherapeuten, Pädagogen, Kinder- und Jugendpsychiatern, Jugendhilfe (Sozialpsychotherapie, Praxissetze, Konsiliar- und Liasondienste) 	<p>Ergänzende psychotherapeutische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Multiprofessionelle Erstdiagnostik, Patienteninformation und Indikationsstellung, ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen • Vertiefte diagnostische/konsiliarische Abklärung • Krisenintervention/aufsuchende Behandlung ➤ Therapeutische Hilfen z. B. bei Teilleistungsstörungen ➤ Psychoedukative Gruppen – Elterngruppen • Geleitete Selbsthilfe (inkl. Monitoring) • Übende und suggestive Interventionen 	<p>Gesetzliche Vorgaben für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 28 Absatz 3 SGB V ➤ § 43a SGB V • § 73 Absatz 2 SGB V ➤ § 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V • § 87b Absatz 2 SGB V • § 92 Absatz 6a SGB V • § 95 Absatz 1 SGB V 	
<p>Patient mit Teilleistungsstörungen: Der sechsjährige Junge tut sich sehr schwer beim Lesen- und Schreibenlernen. Er geht nur noch ungern in die Schule. Wegen seiner ungenügenden Leseversuche wird er in der Klasse ausgelacht. Jeden Nachmittag kommt es mit seiner Mutter bei den Hausaufgaben zum Streit.</p>			<p>Sozialpsychotherapie-Vereinbarung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erbringung sozialpädiatrischer Leistungen unter psychotherapeutischer Leitung/Verantwortung 	<p>Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überarbeitung des Gutachterverfahrens insbesondere der Berichtspflicht bei Gruppenpsychotherapie • Kombination von Einzel- und Gruppentherapie • Flexibilisierung der Behandlungskontingente • Erhaltungstherapie • Rezidivprophylaxe
<p>Patient mit Posttraumatischer Belastungsstörung: Der 15-jährige Junge kommt aus Syrien, wurde auf der Flucht von seiner Schwester getrennt. Er lebt mit seinen Eltern im Asylbewerberheim. Er hat Flashbacks, Alpträume, ist schreckhaft und aggressiv gegenüber Mitschülern.</p>			<p>Richtlinienpsychotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzelpsychotherapie (auch als Akutversorgung) • Gruppenpsychotherapie • Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie • Niederrfrequente (Weiter-)Behandlung zur (weiteren) Stabilisierung (Erhaltungstherapie)/Rezidivprophylaxe 	<p>Ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf in Analogie zu § 116b SGB V</p> <p>Einrichtung einer Expertenkommission zu den Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einheitliche bundesweite Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität der Versorgung (multiprofessionell, sektorenverbindend, qualitätsgesichert, triologisch erarbeitet) • Einbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen • Spielraum für regionalspezifische Umsetzung (z. B. keine Bedarfsplanung) • Ökonomische Anreize
<p>Patient/in mit AD(H)S: Das zehnjährige Mädchen träumt sehr häufig vor sich hin, sie ist unkonzentriert. Die Lehrer vermuten Intelligenzdefizite und empfehlen einen Schulwechsel. Ihr gleichaltriger Klassenkamerad zeigt ähnliche Symptome und ist zudem faul und zappelig.</p>			<p>Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Krankenpflege/Soziotherapie • Physio-, Ergo- und kreative Therapie • Ärztliche Behandlung und Psychotherapie, auch aufsuchend ➤ Kooperation mit lebensweltbezogenen Hilfen, Jugendhilfe 	<p>Gesetzliche Vorgaben für eine qualitätsgesicherte stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Standards zur Ausstattung der psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäuser mit therapeutischem Personal • Finanzierung der verbindlichen Personalstandards • Belegpsychotherapeutische Leistungen • Einbindung in ambulante multiprofessionelle Versorgungsnetze
<p>Patientin mit Essstörungen: Das 15-jährige Mädchen wirkt eher unauffällig. Sie ist sehr leistungsorientiert. Wenn sie alleine ist, hat sie häufig Essattacken und erbricht anschließend. Danach geht es ihr kurz besser, aber nach kurzer Zeit bekommt sie Schuldgefühle.</p>			<p>Stationäre/teilstationäre Behandlung</p> <p>Multiprofessionelle und multimodale, intensive Versorgung in geschütztem Rahmen</p>	
<p>Patient mit depressiver Erkrankung: Der 17-jährige Junge hat keinen Antrieb mehr, fühlt sich hoffnungslos, ist hoch angespannt und hat Suizidgedanken. Zuweilen sitzt er stundenlang vor dem Computer und spielt mit ihm unbekannten „Freunden“. Da bei konsumiert er oft Cannabis oder Alkohol. Die Schule ist kurz davor, ihn zu suspendieren.</p>				

+++ Der Direktzugang bleibt erhalten +++ Nicht jede Praxis muss eine psychotherapeutische Sprechstunde und ergänzende psychotherapeutische Leistungen anbieten +++ Praxen können in unterschiedlichem Umfang und Ausprägung das Konzept der psychotherapeutischen Sprechstunde realisieren +++

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Die Umsetzung einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung erfordert Anpassungen im SGB V.

Psychotherapeutische Behandlung (§ 28 Absatz 3 SGB V)

Bisher definiert § 28 Absatz 3 SGB V die psychotherapeutische Behandlung für Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als die Behandlung, die nach der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen ist. Hintergrund dieser Definition ist die Überleitung der damaligen Delegationspsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung. Die Leistungen, die damals erbracht wurden, sollten so, wie sie zu diesem Zeitpunkt ausgestaltet waren, Eingang in die vertragsärztliche Versorgung finden. Daher knüpfte der Gesetzgeber zunächst die psychotherapeutische Behandlung an die Psychotherapie-Richtlinie.

Ärztliche Behandlung im Rahmen der GKV ist nach § 28 Absatz 3 SGB V hingegen als die Tätigkeit des Arztes definiert, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. § 28 Absatz 3 Satz 2 SGB V regelt ausdrücklich die Möglichkeit der Delegation einzelner Leistungen, indem er klarstellt, dass delegierte Leistungen Teil der ärztlichen Behandlung sind. Diese Definition der ärztlichen Behandlung ist ausreichend weit, um ein breites Versorgungsspektrum abzudecken. Sie ermöglicht neben der Behandlung einer Krankheit im engeren Sinne auch Präventionsmaßnahmen, Verordnungen von Heilmitteln und die Delegation einzelner Leistungen. Damit sind bestimmte Leistungen nicht von vornherein ausgeschlossen und können in der untergesetzlichen Ausgestaltung flexibel am Versorgungsbedarf ausgerichtet werden.

Um die zur Ausgestaltung des differenzierten Versorgungsangebotes für psychisch kranke Menschen notwendigen Leistungen zu ermöglichen, muss die Engführung der psychotherapeutischen Behandlung auf die in der Richtlinie definierte Behandlung aufgehoben werden. Insbesondere muss es Psychotherapeuten auch ermöglicht werden, einzelne Leistungen (zum Beispiel im Rahmen der Diagnostik, des Monitoring oder

des Case Management) zu delegieren. Auch sollten Leistungen zur Prävention und Früherkennung zum Leistungsspektrum der Psychotherapeuten gehören.

Ebenso entfallen sollte die zwingende Vorgabe zu einem Konsiliarverfahren. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum ein somatisch tätiger Arzt die grundsätzliche Indikation einer Psychotherapie infrage stellen kann. Dies bedeutet nicht, dass nicht eine somatische Abklärung erforderlich ist. Dieses Erfordernis ergibt sich aber bereits aus dem Psychotherapeutengesetz, sodass eine sozialrechtliche Einschränkung verzichtbar ist.

Durch die breitere Definition der psychotherapeutischen Behandlung analog der ärztlichen Behandlung wird ein Rahmen geschaffen, in dem notwendige Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten festgelegt werden können. Diese kann die gemeinsame Selbstverwaltung flexibel nach gesetzlichen Vorgaben im Einzelnen festlegen. Es scheiden aber Leistungen nicht bereits aufgrund einer einengenden gesetzlichen Definition aus.

Die Definition der psychotherapeutischen Behandlung ist eng mit der Frage verknüpft, wie die gemeinsame Selbstverwaltung in der Psychotherapie-Richtlinie die einzelnen psychotherapeutischen Leistungen definiert.

Psychotherapie-Richtlinie (§ 92 Absatz 6a SGB V)

Bisher gibt es nach der Psychotherapie-Richtlinie im Wesentlichen nur eine Standardleistung: Psychotherapie mit einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Dazu wird zunächst in probatorischen Sitzungen die Diagnose gestellt und festgestellt, ob eine Behandlung mit dem jeweiligen Psychotherapieverfahren indiziert ist. Ist dies nicht der Fall, gibt es – neben den vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten psychotherapeutischen Verfahren – praktisch keine alternativen psychotherapeutischen Versorgungsangebote.

Manchmal wird darauf verwiesen, dass die probatorischen Sitzungen auch dann, wenn danach kein Antrag auf Psychotherapie gestellt werde, für (Krisen-)Interventionen genutzt werden könnten. Einer solchen pragmatischen Lösung steht jedoch § 11 Absatz 12 Satz 1 der Psychotherapie-Vereinbarung entgegen: „Probatorische Sitzungen

dienen ausschließlich dem Zweck festzustellen, ob ein Antrag und gegebenenfalls welcher auf Psychotherapie gestellt werden soll“.

Für eine leitliniengerechte und vor allem auch bedarfsangemessene Versorgung von Patienten ist ein ergänzendes psychotherapeutisches Leistungsspektrum erforderlich. Insbesondere muss es dem Psychotherapeuten im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde ermöglicht werden, den Patienten auf geeignete Behandlungs- und Beratungsleistungen aus einem differenzierten Spektrum an Versorgungsangeboten zu verweisen. Der Psychotherapeut sollte diese Leistungen entweder selbst durchführen, als Heilmittel verordnen oder hierfür den Patienten zu anderen Einrichtungen mit dem geeigneten Versorgungsangebot überweisen können. Dieses ergänzende psychotherapeutische Angebot sollte Eingang in die Richtlinie finden. Um dies sicherzustellen, sollte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss hiermit beauftragen. Dazu sollten die für das differenzierte Versorgungsangebot notwendigen Leistungen im Einzelnen als zu regelnde Inhalte der Richtlinie in § 92 Absatz 6a SGB V verankert werden.

Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§ 43a SGB V)

Um im Rahmen einer sozialpsychotherapeutischen Vereinbarung eine multiprofessionelle Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu ermöglichen, die abgestimmt unter Verantwortung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehungsweise entsprechend qualifizierter Psychologischer Psychotherapeuten erbracht wird, ist eine Anpassung des § 43a SGB V notwendig. Hierbei sollte deutlich werden, dass Kinder und Jugendliche Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen haben, die unter psychotherapeutischer Verantwortung in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung erbracht werden.

Sozialpsychotherapie-Vereinbarung (§ 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V)

Um eine Sozialpsychotherapie-Vereinbarung zu ermöglichen und in diesem Kontext die unter § 43a SGB V genannten sozialpädiatrischen Leistungen erbringen zu können, ist die Berücksichtigung dieses Angebotes im Rahmen der Verhandlungen zur Gesamtvergütung notwendig. Deshalb ist als Ergänzung in § 85 Absatz 2 Satz 4

SGB V festzuhalten, dass die Vertragsparteien in der Gesamtvergütung eine angemessene Vergütung für nicht-ärztliche und damit auch nicht-psychotherapeutische Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit vereinbaren.

Befugnisse (§ 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Bisher beschränkt § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V die Befugnisse von Psychotherapeuten. Insbesondere dürfen sie weder Heilmittel verordnen noch in ein Krankenhaus einweisen, weder Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit ausstellen noch Krankentransporte anordnen. Mit diesen Einschränkungen wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass sich das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung auf die Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie beschränkt. Diese Beschränkung verhindert jedoch ein sinnvolles und leitliniengerechtes Versorgungsangebot für Patienten. Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber diese Befugniseinschränkungen aufheben.

Psychotherapeutische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

Einige der Leistungen, die im differenzierten Versorgungsangebot beschrieben sind, können sehr sinnvoll auch in Medizinischen Versorgungszentren erbracht werden. Hierfür sollte es daher ermöglicht werden, dass Psychotherapeutische Versorgungszentren entstehen können. Das Gesetz definiert bisher lediglich fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren. Der Gesetzgeber sollte die Voraussetzung „fachübergreifend“ streichen und gleichzeitig klarstellen, dass Medizinische Versorgungszentren auch ausschließlich von Psychotherapeuten geleitet werden können.

Vergütung von Praxisnetzen (§ 87b SGB V)

Ein Großteil des geschilderten differenzierten Versorgungsangebots setzt voraus, dass Praxen und andere Versorgungsangebote miteinander vernetzt arbeiten. Ein solches vernetztes Arbeiten ist jedoch nur möglich, wenn die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dieses auch ermöglichen. Es sollte in § 87b SGB V eine Regelung für extrabudgetäre Zuschläge für notwendiges vernetztes Arbeiten vorgesehen werden.

Psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf

Für psychisch kranke Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf sollte die gesetzliche Grundlage für ein vernetztes, ambulant orientiertes, multiprofessionelles Versorgungsangebot geschaffen werden. In diesem neuen Versorgungsangebot sollten die bisherigen Modellprojekte, Verträge zur Integrierten Versorgung, aber auch psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen integriert werden. Die Regelungen könnten weitgehend in Analogie zum § 116b SGB V gestaltet werden. Abweichungen ergeben sich durch den Stellenwert der ambulanten pflegerischen und soziotherapeutischen Leistungen und der Notwendigkeit, psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen in das Versorgungsangebot angemessen zu integrieren.

Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens sollte eine Expertengruppe die folgenden Themen diskutieren und Lösungsvorschläge erarbeiten:

- **Eingeschlossene Patientengruppen**

Das multiprofessionelle Versorgungsangebot soll sich an Patienten mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und gleichzeitig bestehenden schweren Beeinträchtigungen richten, aus denen ein komplexer, multiprofessioneller Leistungsbedarf resultiert. Das Expertengremium sollte Vorschläge zu den Kriterien machen und der Frage nachgehen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss die Kriterien verbindlich definieren sollte, anhand derer diese Patientengruppe bestimmt wird.

- **Qualitätsgesicherte bundesweite Rahmenvorgaben**

Gleichfalls sollte das Expertengremium prüfen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechend gesetzlicher Vorgaben den Behandlungsumfang und die Mindeststandards für die personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen definiert sowie Vorgaben zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarlegung machen sollte. Weitere Fragen sind, ob mit solchen Vorgaben verhindert werden kann, dass psychisch kranke Patienten entgegen den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien in erster Linie psychopharmakologisch behandelt werden, ob diese Qualitätsstandards für die Versorgungsnetze zur Zulassungsvoraussetzung werden sollten und ob die

Netze nicht nur gegenüber den Vertragspartnern, sondern auch gegenüber ihren Patienten nachweisen sollten, dass sie die geforderte Struktur- und Prozessqualität wirklich umsetzen.

- **Regionale Gestaltung**

Der fachliche Diskurs könnte erste Antworten zu folgenden Fragen erarbeiten:

Wie kann sichergestellt werden, dass sich das multiprofessionelle Versorgungsangebot aus bereits bestehenden regionalen Versorgungsangeboten für die definierte Patientengruppe, zum Beispiel niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, ambulanten Pflegediensten, Medizinischen Versorgungszentren sowie psychiatrischen Institutsambulanzen, bildet und die Zusammensetzung der Versorgungsangebote durch die regionalen Gegebenheiten geprägt wird? Wie kann die verbindliche Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen gelingen, um den Ansatz der sektorenverbindenden Kooperation zu gewährleisten? Auch die Einführung belegpsychotherapeutischer Leistungen ist zu prüfen.

- **Zulassung zur Versorgung**

Für Versorgungsnetze, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen fachlichen Standards erfüllen, könnte von der Bedarfsprüfung abgesehen werden. Landesausschüsse könnten in diesem Fall die Erfüllung der fachlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses überprüfen und bedarfsunabhängig eine Zulassung in Analogie zum § 116b SGB V erteilen. Das Expertengremium könnte der Frage nachgehen, ob dies ein Weg ist, die Unterversorgung speziell dieser Patientengruppe abzubauen.

- **Verträge und Vergütung**

Die angemessene Vergütung der Leistungen dieser Versorgungsnetze ist Voraussetzung für die Entstehung eines entsprechenden Versorgungsangebots. Die Vergütung müsste den Netzen über die leitlinienorientierten patientenbezogenen Primärprozesse hinaus erlauben, die notwendigen Management- und Abstimmungsaufgaben wahrzu-

nehmen, sowie die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern, zum Beispiel lebensweltbezogener Hilfen oder Jugendhilfe, ermöglichen. Das Expertengremium könnte verschiedene Optionen prüfen und notwendige ökonomische Anreize diskutieren.

Die Verträge zur Vergütung könnten zum Beispiel als dreiseitige Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft geschlossen werden. Aufbauend auf bundesweiten Vorgaben könnten die Versorgungsnetze regional die Option haben, mit den Krankenkassen ergänzend über die Berücksichtigung regionaler Spezifika oder additiver Angebote zu verhandeln.

Psychisch kranke Patienten in stationärer Behandlung

Bestimmte Patientengruppen mit einem komplexen Behandlungsbedarf oder akuter Selbst- oder Fremdgefährdung brauchen phasenweise den geschützten Raum der stationären Versorgung.

- **Verbindliche Standards für die Ausstattung mit therapeutischem Personal (§ 137 Absatz 1c SGB V)**

Mit § 137 Absatz 1c SGB V „Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung“ beauftragt der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss, im Rahmen seiner Richtlinien Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu erarbeiten und entsprechende Entscheidungen bis Ende 2016 zu treffen. Mit einem pauschalierenden Entgeltsystem entstehen Anreize für die Kliniken, ihr Personalportfolio zu ändern beziehungsweise zurückzufahren. Um die Strukturqualität in den Kliniken zu wahren, ist es daher notwendig, vor Beginn der Konvergenzphase die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeiteten Empfehlungen zur Personalausstattung der Kliniken verbindlich zu machen. Eine entsprechende Klarstellung im § 137 Absatz 1c SGB V ist notwendig.

- **Belegpsychotherapeutische Leistungen (§ 121 SGB V)**

Die Regelung des § 121 SGB V zu belegärztlichen Leistungen gilt gemäß § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V auch für Psychotherapeuten. Die Umsetzung setzt jedoch nähere Regelungen in dreiseitigen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern auf Landesebene voraus. Um sicherzustellen, dass diese Verträge die erforderlichen Voraussetzungen für eine möglichst kontinuierliche Behandlung von psychisch kranken Patienten, gegebenenfalls auch durch ihren ambulanten Psychotherapeuten als Belegpsychotherapeut, ermöglichen, sollte § 121 Absatz 1 SGB V durch einen zweiten Satz ergänzt werden, wonach diese Verträge so zu gestalten sind, dass sie die Voraussetzung für eine möglichst kontinuierliche Behandlung psychisch kranker Menschen einschließlich der Behandlung durch Belegpsychotherapeuten schaffen.

- **Leitung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen (§§ 107, 118 Absatz 2 SGB V)**

Der Gesetzgeber sollte durch eine Änderung der §§ 107 und 118 Absatz 2 SGB V klarstellen, dass Einrichtungen, die überwiegend psychisch kranke Menschen versorgen, zukünftig auch von Psychotherapeuten geleitet werden können. Die generelle Definition der Einrichtung Krankenhaus und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anhand einer ärztlichen Leitung ist historisch erklärbar, aber sachlich nicht zu begründen. Erforderlich ist, dass die fachlich-medizinische Leitung durch eine entsprechend qualifizierte und fachkundige Person wahrgenommen wird. Dazu ist eine Leitung durch einen Arzt weder hinreichend noch notwendig. Einrichtungen, die überwiegend der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen, können auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen, da diese gemäß §§ 95 und 95c SGB V über einen dem Facharztstandard entsprechende Fachkunde verfügen.