

Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen

**Anhörung des Sachverständigenrates
zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen am 24.08.2006**

Inhaltsverzeichnis

I. Mit welchen Weichenstellungen für die Professionsentwicklung reagieren Sie auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?	4
1. Neue Versorgungsanforderungen	4
2. Erste Weichenstellungen	8
II. Welche Maßnahmen sollten nach Auffassung Ihres Berufsverbandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?	12
III. Welche Bedeutung kommt Ihrer Meinung nach multiprofessionellen Teams zu und in welchen Bereichen werden bzw. sollten diese eingesetzt werden?	16
Sozialpsychotherapievereinbarung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche	19
Behandlungskonzept für seelische Erkrankungen	21
Vertrag zur integrierten Versorgung psychisch kranker Patienten im Raum Mainz	23
Regionales Psychiatriebudget im Kreis Steinburg	25
Vereinbarung über eine Qualitätspartnerschaft zur integrierten Versorgung „Depression“ in Aachen	27
IV. Welche neuen Rollen sehen Sie dabei für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?	31
V. Welche Rahmenbedingungen (auch rechtliche) sind notwendig, um diese Zusammenarbeit zu erleichtern?	32
1. Versorgungsleitlinien	32
2. Versorgungsforschung	32
3. Rechtliche Rahmenbedingungen	33
3.1 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz	33
Einweisungsrecht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 73 Abs. 2 SGB V)	33
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) - § 95 Abs. 1 SGB V	34
Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV)	34
Vertragspraxen als Arbeitgeber für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten (§ 95 Abs. 9 SGB V)	35
Inkompatibilitätsgrundsatz (§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)	36

3.2	Gesundheitsreform	36
	Diversifizierung von Versorgungsangeboten und Tarifen	36
	Spezialfall: Hausarztтарif	37
	Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe	38
VI.	In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zeichnen sich Probleme im Zusammenhang mit einer weder effektiven noch effizienten Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen ab. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband im Zusammenhang mit Neuzuschnitten von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe (z. B. Pflegepraxen, Gemeindeschwestern, Anästhesieassistenten)? Ist ein Neuzuschnitt aus Ihrer Sicht notwendig und erstrebenswert und wie begründen Sie dies?	39
	Literatur	41

I. Mit welchen Weichenstellungen für die Professionsentwicklung reagieren Sie auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?

1. Neue Versorgungsanforderungen

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränkenden Erkrankungsarten. Jacobi et al. (2004) ermitteln für Erwachsene anhand des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurveys in der Bundesrepublik Deutschland eine Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen von insgesamt 31,1 %. Dabei sind die Prävalenzraten unter den Frauen mit 37 % wesentlich höher als unter den Männern mit 25,3 %. Diese Prävalenzraten entsprechen vergleichbaren internationalen Studien. Demnach ist davon auszugehen, dass annähernd ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt. Frauen sind dabei, mit Ausnahme der Suchtstörungen, insgesamt deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer. Über ein Drittel (39,5 %) der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, wies mehr als eine psychische Störung auf. Als häufigste Diagnosen finden sich Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit), Affektive Störungen (vor allem Depressionen) sowie Somatoforme Störungen, d. h. körperliche Beschwerden mit häufigen Arztbesuchen, für die keine organische Ursache gefunden werden kann. Die deutlichsten Geschlechtsunterschiede finden sich hinsichtlich der Angststörungen, Somatoformen Störungen und Affektiven Störungen. Frauen sind davon etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Innerhalb der Gruppe der Angststörungen zeigt sich das vor allem bei den Diagnosen Agoraphobie und spezifische Phobie. Bei den Männern findet sich hingegen eine im Vergleich zu den Frauen erhöhte Prävalenz an Störungen durch psychotrope Substanzen. Insgesamt zeigt sich also, dass in der Allgemeinbevölkerung die Häufigkeit psychischer Störungen in einigen Diagnosegruppen zwischen den Geschlechtern variiert. Die vorliegenden Daten zur Prävalenz psychischer Störungen lassen jedoch keinen Schluss bezüglich eines geschlechtsspezifischen Bedarfs für bestimmte Behandlungsformen zu.

Die im Zusammenhang mit dem Bundesgesundheitsurvey erhobenen Daten zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen bei psychischen Störungen belegen darüber hinaus, dass bei der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten erhebliche regionale und schichtspezifische Unterschiede bestehen. In ländlichen Regionen und in den neuen Bundesländern insgesamt wird von psychisch Kranken deutlich häufiger ausschließlich der Hausarzt konsultiert, während weitaus seltener ein Kontakt mit bzw. eine Überweisung zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten erfolgt. Darin spiegelt sich die insgesamt schlechtere psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungslage in diesen Regionen wider.

Jacobi et al. (2004) konnten in Ihrer Studie ferner zeigen, dass Menschen mit akuten psychischen Störungen selbst bei Kontrolle der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen weitaus mehr Hausarzt- und Facharztbesuche aufweisen. Sie vermuten, dass dies zum einen in einer fehlenden Kenntnis der Patienten über ihre psychische Erkrankung begründet, aber auch einer unzureichenden Erkennensrate psychischer Störungen in der Primärversorgung geschuldet ist. Dass die Erkennensrate psychischer Störungen in der hausärztlichen Versorgung häufig unzureichend ist, wurde in zahlreichen Studien belegt (Kratz et al., 2003; Wittchen et al., 2000). Daher wurden Fortbildungsmodule für Hausärzte zur Verbesserung der Erkennens- und Behandlungsrate entwickelt, deren Versorgungsrelevanz aber noch nicht abzuschätzen ist. (Härter et al., 2003; Wittchen et al., 2000). Darüber hinaus zählen insbesondere Patienten mit Somatoformen Störungen, aber auch mit Panikstörungen zu den intensiven Nutzern des Gesundheitssystems, deren Störungen oftmals nicht korrekt erkannt und dadurch fehlbehandelt werden (Hiller & Fichter, 2004).

Spezielle Herausforderungen an die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung psychisch kranker Menschen ergeben sich zudem aus der sich verändernden Altersstruktur der deutschen Bevölkerung. Neben den demenziellen Erkrankungen zählen insbesondere die depressiven Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen älterer Menschen (oder: der über 65jährigen). Die psychischen Störungen treten oftmals komorbid zu chronischen somatischen Erkrankungen auf und bedürfen besonderer Zugänge. Die Herausforderungen für die Versorgung dieser Patienten stellen sich zum einen bei der Entwicklung und Bereitstellung von wirksamen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten zur Erreichung der erforderlichen

Lebensstiländerungen, der wirksamen Bewältigung chronischer körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen und der Stärkung der Teilhabe älterer Menschen. Zum anderen sind bei der Behandlung der psychischen Störungen die psychotherapeutischen Ansätze an die spezifische Lebenssituation, die Ressourcen und Erfahrungen älteren Menschen anzupassen. Beispielhaft sei hier der auf die besondere Situation älterer Menschen angepasste Ansatz der „life review psychotherapy“ nach Mills & Coleman genannt. Dabei besteht ähnlich der unterdurchschnittlichen Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen auch hinsichtlich der Psychotherapie bei älteren Menschen ein erheblicher Forschungsbedarf. Die Daten der Züricher Altersstudie weisen zugleich darauf hin, dass nicht nur hinsichtlich der psychischen Morbidität ein erheblicher Versorgungsbedarf bei älteren Menschen besteht, sondern dass aufgrund der vorhandenen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen von einem spezifischen Bedarf ausgegangen werden kann (Maerker, Enzler, Grimm, Helfenstein & Ehlert, 2005). Etwas ältere Daten für Deutschland beleuchten in diesem Zusammenhang mögliche Barrieren der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen, die auf Seiten der Leistungserbringer zu verorten sind (Radebold, 1994). Es wird eine Aufgabe der Profession sein, diese Barrieren in den kommenden Jahren abzubauen.

Die Lage der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland weist ebenfalls auf einen hohen und potenziell steigenden Versorgungsbedarf hin (Schubert, Ingrid & Horch, 2004). Ihle und Esser (2002) berichten in einer Übersichtsarbeit über nationale und internationale Studien von einer mittleren Periodenprävalenz (in der Regel 6-Monats-Prävalenzraten) von 18 % - ein Ergebnis, das sich weitgehend auch mit den ermittelten Prävalenzraten einer neueren Studie an über 9.000 repräsentativ ausgewählten Schülern in Deutschland deckt (Ravens-Sieberer, Thomas & Erhart, 2003). Am häufigsten sind Angststörungen, dissoziale Störungen, Depressionen und hyperkinetische Störungen. Wie Ihle und Esser (2002) zeigen können, sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter in hohem Maße geschlechtsabhängig. Es zeigte sich, dass Jungen bis zur Pubertät durchgängig höhere Prävalenzraten aufweisen, wohingegen bei Beginn der Adoleszenz eine Angleichung der Raten erfolgt. Dabei dominieren bei den Jungen insbesondere die externalisierenden Störungen (Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) und sind mit einem besonderen Behandlungsbedarf verbunden. Im

späten Jugendalter lassen sich dagegen häufig sogar höhere Prävalenzen bei Mädchen finden. Schließlich geht auch ein niedriger sozioökonomischer Status mit höheren Prävalenzen, wiederum insbesondere der externalisierenden Störungen, einher.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass circa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unter einer akut behandlungsbedürftigen, psychischen Störung leiden. Davon nehmen circa 80 Prozent dieser Störungen einen chronischen Verlauf. Darüber hinaus ist jedoch schätzungsweise bei nahezu einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen zumindest eine diagnostische Abklärung erforderlich.

Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist gekennzeichnet durch erhebliche Wartezeiten (Zepf & Hartmann, 2003). Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 2000 berichtet, dass in den untersuchten Regionen nur rund 71 Prozent der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern, die eine Psychotherapie suchten, ein Therapieangebot fanden, davon wiederum nur 40 Prozent bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat durch eine Befragung ihrer Mitglieder im Jahre 2005 ermittelt, dass Schulkinder bzw. ihre Eltern im Einzugsbereich der KV Hessen in fast allen Landkreisen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz von mehr als 18 Wochen hinnehmen müssen. Eine Expertise im Auftrag der Landespsychotherapeutenkammer Hamburg zeigt, dass Versorgungsdefizite gerade in sozialen Brennpunkten bestehen und damit dort, wo die Prävalenzen psychischer Krankheiten besonders hoch sind (Albota, 2004). Es besteht ein flächendeckendes strukturelles Unterversorgungsproblem, das sich schon daran festmachen lässt, dass die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ungefähr so hoch ist wie bei Erwachsenen. Dass heißt, mindestens 20 Prozent der Leistungserbringer, die berechtigt sind, sich an der psychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen, müssten im Schwerpunkt Kinder und Jugendliche behandeln. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt jedoch, gemessen an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern, nur bei 12,2 Prozent. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass die Wahrscheinlichkeit für depressiv erkrankte Kinder, innerhalb einer Jahres nach Erstauftreten der Erkrankung eine Behandlung zu erhalten, um ein 14- bis 15faches geringer ist als bei einem depressiv erkrankten Erwachsenen (Olfson, Kessler, Berglund & Lin, 1998). Auch für weitere psychische, insbesondere internalisi-

sierende Störungen ist anzunehmen, dass die Behandlungsraten bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen deutlich geringer sind. Im Kontext der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen wird insbesondere die Gefahr einer Medikalisierung psychischer Störungen und psychosozialer Probleme diskutiert. So ist im Zusammenhang mit der pharmakologischen Behandlung von Kindern mit ADHS die Verbrauchsentwicklung von Methylphenidat kritisch zu diskutieren, die in Deutschland allein von 1990 bis 2001 auf das circa 60fache von 0,3 Mio. Defined Daily Doses (DDD) auf 18,3 Mio. DDD angestiegen ist (Fegert, Glaeske, Janhsen, Ludolph & Ronge, 2002). Auch wenn dieser Anstieg zum Teil auf eine verbesserte, leitlinienorientierte Therapie des ADHS zurückgeführt werden könnte, muss in Frage gestellt werden, ob der Behandlung eine adäquate Diagnostik vorangegangen ist, Behandlungsalternativen berücksichtigt wurden und der Einsatz von Methylphenidat wie in den Leitlinien empfohlen auch tatsächlich im Rahmen einer multimodalen Therapie erfolgte, die auch die Beratung der Eltern, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen der Patienten einzubeziehen hat (Schubert, I. et al., 2002). Eher gibt es Hinweise auf eine Fehlversorgung mit Ritalin sowie eine mangelhafte individuelle Dosierungseinstellung und eine unzureichende Verlaufskontrolle, aber auch auf eine Unterversorgung von Kindern mit ADHS hinsichtlich der psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungskomponenten.

2. Erste Weichenstellungen

Um eine substanzielle Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen zu erreichen, liegt einer der Schwerpunkte der von Seiten der Psychotherapeutenkammern organisierten Fortbildungsveranstaltungen auf der Psychotherapie älterer Menschen. Die Initiativen dienen sowohl der spezifischen Qualifikation der Kammermitglieder als auch dem Abbau der vermuteten Barrieren auf Seiten der niedergelassenen Psychotherapeuten. Ergänzend organisieren die Psychotherapeutenkammern wissenschaftliche Symposien und Tagungen zu dieser Thematik, um Forschungsaktivitäten zur psychischen Gesundheit älterer Menschen und deren Behandlung zu stärken und initiieren und so mittel- bis langfristige zu einer besseren wissenschaftlichen Evidenz der Psychotherapie älterer Menschen beizutragen. Wei-

terhin informieren die Psychotherapeutenkammern Patienten, Öffentlichkeit und kooperierende Berufsgruppen u. a. über Flyer, Informationstage und Internet verstärkt über die Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen des höheren Lebensalters.

Im Kontext der Disease-Management-Programme setzt sich die Bundespsychotherapeutenkammer für eine stärkere und systematische Integration der Diagnostik psychischer Störungen und der psychosozialen Interventionen ein und hat in ihren Stellungnahmen hierzu wiederholt konkrete Vorschläge unterbreitet. Erforderlich ist eine Abkehr vom Prinzip einheitlicher, noch immer regelhaft wissensorientierter Schulungsmaßnahmen hin zu einem am individuellen Bedarf und der Umsetzung von Lebensstiländerungen orientierten Unterstützungsangebot für chronisch körperlich erkrankte Patienten. Für bestimmte Patientengruppen sind dabei intensivere psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen indiziert. Um die hierbei erforderlichen Qualifikationsstandards von Psychotherapeuten zu sichern und einheitlich zu regeln, wird derzeit eine Zusatzweiterbildung in Klinischer Somatopsychologie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diskutiert.

Die Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und die damit verbundenen Chronifizierungsrisiken erfordern neben der Bereitstellung wirksamer Behandlungsangebote den Ausbau und die systematische Vernetzung präventiver Maßnahmen. Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 und J1 bieten hierfür eine geeignete Struktur, Verhaltensauffälligkeiten, Risikokonstellationen und Vorzeichen einer psychischen Erkrankung frühzeitig zu identifizieren und geeignete Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention einzuleiten. Hierfür ist zum einen eine systematische Ergänzung der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen zu Aspekten der psychischen, kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung der Kinder unter Nutzung geeigneter Screening-Instrumente erforderlich. Zum anderen bedarf es einer stärkeren Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und den Hilfestrukturen des SGB VIII und den Kindertagesstätten und Schulen andererseits. Hierzu wurden von der BPTK detaillierte Vorschläge formuliert. Darüber hinaus ist es erforderlich, die psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten für Kin-

der und Jugendliche insgesamt auszuweiten. Die Psychotherapeutenkammern haben sich hierbei für eine getrennte Bedarfsplanung bzw. alternativ für eine Mindestquotierung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgesprochen.

Das Versorgungssystem für psychische kranke Menschen ist wie in anderen Bereichen der Medizin auch durch eine starke Fraktionierung und erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen und innerhalb der Sektoren gekennzeichnet. Dadurch wird eine adäquate, kontinuierliche und abgestimmte Behandlung auch von Patienten mit psychischen Störungen erschwert. Beim Wechsel zwischen den Sektoren kommt es zu Wartezeiten und Brüchen in der Behandlungsstrategie, psychische Störungen werden in der hausärztlichen, aber auch der stationären Versorgung oft nicht rechtzeitig erkannt oder ungenügend behandelt, wodurch es zu einer suboptimalen Nutzung von Behandlungsressourcen kommt. Versorgungsleitlinien und Versorgungskonzepte der integrierten Versorgung bieten hier die Chance, eine bessere Verzahnung zwischen den ambulanten und den stationären Hilfsangeboten zu erreichen. In der Konsequenz könnten die Schnittstellenprobleme minimiert, die Folgekosten durch unzureichende, unnötige und unkoordinierte Behandlungen reduziert und insgesamt das Behandlungsergebnis verbessert werden.

In diesem Kontext bedarf es auch der Überlegungen, wie die begrenzten psychotherapeutischen Ressourcen im Gesundheitswesen bedarfsorientiert und sozial gerecht verteilt werden können. Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie steht eine geschätzte jährliche Behandlungskapazität der niedergelassenen Psychotherapeuten von insgesamt 300.000 Behandlungsplätzen zur Verfügung. Trotz der Unschärfe dieser Schätzung könnte bei Zugrundelegung der Prävalenzraten psychischer Störungen in Deutschland selbst bei einer statistisch konservativen Schätzung der Zahl derjenigen Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert ist und die eine entsprechende Behandlung auch in Anspruch nehmen würden, nur eine Minderheit dieser Patienten die notwendige psychotherapeutische Behandlung erhalten. Die Daten des Bundesgesundheitsurvey weisen in diesem Zusammenhang auch auf das bekannte Phänomen der doppelten Armut hin. Bei psychischen Störungen werden spezialisierte Hilfsangebote insbesondere von Patienten höherer sozialer Schicht wahrgenommen.

International wurden daher für die Behandlung psychischer Störungen Versorgungsmodelle entwickelt, die eine bessere Nutzung des begrenzten Behandlungsangebots ermöglichen sollen, so z. B. auch die sog. „stepped care“ (Scogin, Hanson & Welsh, 2003). Letztlich ähnelt der Ansatz des „stepped care“ dem implizierten Vorgehen vieler Kliniker, in der Behandlung zunächst weniger intensive Interventionen einzusetzen, sofern die Schwere oder Verlauf der Erkrankung dies zulässt. Der Ansatz zielt jedoch auch auf eine Strukturierung der Behandlungspfade und eine Systematisierung der Zuweisungsprozesse innerhalb des Versorgungssystems ab, um dessen Effizienz zu verbessern. Die Intensität der psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen des „stepped care“-Modells lässt sich in vier bis fünf qualitative Stufen unterscheiden: reine Selbsthilfe, z. B. Bibliothherapie (Anderson et al., 2005), geleitete Selbsthilfe (Mead et al., 2005), Gruppenpsychotherapie mit begrenzter Stundenzahl (bis zu 15 Termine), Einzelpsychotherapie mit bis zu 25 Stunden und Langzeitpsychotherapie. Die ersten beiden Behandlungsintensitäten lassen sich dabei sinnvoll im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erbringen. Die Durchführung der psychotherapeutischen Behandlungen erfordert dagegen die spezifische Qualifikation der ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das Modell des stepped care bietet sich insbesondere für Patienten mit psychischen Störungen leichter Ausprägung oder mit einer subklinischen Symptomausprägung an. Diese Gruppe macht einen wesentlichen Teil der Patienten in der Primärversorgung aus (Jacobi, Frank, Höfler, Meister & Wittchen, 2002; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005).

Der Nachweis der Wirksamkeit und Unschädlichkeit eines solchen neuen Versorgungsansatzes ist für das deutsche Gesundheitswesen erst noch zu erbringen. Erste internationale Studien legen dieses jedoch nahe und sollten mit der möglichen Perspektive, die schlechte Versorgungslage ist in vielen Regionen Deutschlands zu verbessern, auch bei uns durchgeführt werden.

II. Welche Maßnahmen sollten nach Auffassung Ihres Berufsverbandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?

Eine Ursache für die Unterversorgung psychisch kranker Menschen gerade in ländlichen Regionen ist ein regionales Gefälle der Einwohner-Leistungserbringer-Relation zwischen Kernstädten, großen Verdichtungsräumen und ländlichen Kreisen/ländlichen Regionen von eins zu neun.

Laut KV-Statistik kommt in „Kernstädten in großen Verdichtungsräumen“ ein Psychotherapeut auf 2.577 Einwohner, in „ländlichen Kreisen, ländlichen Regionen“ ein Psychotherapeut auf 23.106 Einwohner. Es gibt aber keine Hinweise darauf, dass die Prävalenz psychischer Krankheiten oder die Bereitschaft, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen in ländlichen Regionen neunmal niedriger ist als in Städten.

Tabelle 1: Einwohner/Arztrelation für die definierten Raumgliederungen

Kreistyp entsprechend der definierten Raumgliederung	Einwohner / Psychotherapeuten-Relation	Einwohner / Nervenarzt-Relation
Große Verdichtungsräume		
1. Kernstädte	2.577	12.864
2. Hochverdichtete Kreise	8.129	30.212
3. Normalverdichtete Kreise	10.139	34.947
4. Ländliche Kreise	15.692	40.767
Verdichtungsansätze		
5. Kernstädte	3.203	11.909
6. Normalverdichtete Kreise	8.389	28.883
7. Ländliche Kreise	16.615	47.439
Ländliche Regionen		
8. Verdichtete Kreise	10.338	30.339
9. Ländliche Kreise	23.106	46.384
10. Sonderregion Ruhrgebiet	8.743	31.373

(Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte in der Fassung vom 7. April 2006)

Zur Beseitigung dieser strukturbedingten Unterversorgung müssten die Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte weiterentwickelt werden, da ihre Vorgaben den Zugang zum Gesundheitssystem eben nicht bedarfsorientiert steuern. Das System beruht auf Ist-

Zahlen, die aufgrund einer langen Entwicklung der Anbieterstrukturen als Soll-Zahlen unterstellt wurden. Da die Psychotherapeuten relativ spät zum approbierten Heilberuf wurden, gab es eine solche Entwicklung nicht und die Ende der neunziger Jahre bestehenden Unterversorgungen und Verwerfungen in der Versorgungsstruktur wurden eins zu eins in die Bedarfsplanung übernommen und als Soll-Größe zementiert.

Für Kinder und Jugendliche wird die Fehlsteuerung über die Bedarfsplanung deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass etwa 20 % der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland unter 18 Jahren ist und die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ungefähr so hoch ist wie bei Erwachsenen. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern erreicht jedoch nur einen Anteil von 12,2 % der zugelassenen Leistungserbringer.

Tabelle 2: Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern¹

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl PT* Gesamt	Anzahl KJP*	Anteile KJP an allen PT in %
Baden-Württemberg	2.703,8	520	19,2
Niedersachsen	1.534,9	276	18,0
Rheinland-Pfalz	723,8	107	14,8
Bayerns	3.153,9	393	12,5
Brandenburg	176,9	22	12,4
Sachsen	426,9	53	12,4
Westfalen-Lippe	1.522,5	188	12,4
Hessen	2.029,0	249	12,3
Bremen	391,0	44	11,3
Schleswig-Holstein	539,4	56	10,4
Saarland	227,9	20	8,8
Berlin	1.951,4	170	8,7
Nordrhein	2.575,3	199	7,7
Mecklenburg-Vorpommern	141,6	10	7,1
Hamburg	881,0	61	6,9
Thüringen	218,9	15	6,9
Sachsen-Anhalt	299,8	2	0,7
Bund	19.498	2.385	12,2

*PT: Psychotherapeuten

*KJP: Kinder- und Jugendlichentherapeuten

Quelle: KBV 2006

¹ Neben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind weitere Berufsgruppen berechtigt, sich an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beteiligen. Dies sind z. B.: Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse sowie Psychotherapeuten mit der Zusatzqualifikation zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Weder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch den Spitzenverbänden der Krankenkassen liegen Zahlen dazu vor, in welchem Umfang diese Berufsgruppen sich an der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen beteiligen.

Zwischen den Bundesländern schwankt die Versorgungsdichte erheblich: Während in Baden-Württemberg nur 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren kommen, sind es in Bremen 40. In den östlichen Bundesländern ist die Unterversorgung besonders deutlich, weil dort die meisten KV-Planungsbezirke zu den weniger verdichteten Kreistypen gehören. Dadurch haben Sachsen-Anhalt mit 0,5, Mecklenburg-Vorpommern mit 3,1 und Brandenburg mit 4,4 drastisch ungünstige Relationen zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Einwohnern.

Tabelle 3: Länderspezifische Differenzen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Bundesland	Verhältniszahlen KJP auf 100.000 Kinder und Ju- gendliche	Kinder und Jugendliche / Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutenrelation
Baden-Württemberg	26,4	3.788
Bayern	16,5	6.061
Berlin	31,6	3.165
Brandenburg	4,4	22.727
Bremen	40,0	2.500
Hamburg	29,9	3.344
Hessen	22,1	4.525
Mecklenburg-Vorpommern	3,1	32.258
Niedersachsen	18,5	5.405
Nordrhein-Westfalen	11,7	8.547
Rheinland-Pfalz	14,9	6.711
Saarland	9,1	10.989
Sachsen	7,5	13.333
Sachsen-Anhalt	0,5	200.000
Schleswig-Holstein	10,1	9.901
Thüringen	2,9	34.483

(Quelle: KBV 2006, Statistisches Bundesamt 2004)

Das spezifische Unterversorgungsproblem bei Kindern und Jugendlichen lässt sich durch eine Mindestversorgungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung mindern. Zu erwägen wäre die Einführung einer Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den überwiegend und ausschließlich Kinder behandelnden Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in einem Planungsbereich. Ein 20%iger Mindestversorgungsgrad würde

bundesweit etwa 800 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedeuten.

Die Entwicklung der Prüfungszahlen beim IMPP deutet darauf hin, dass zukünftig jährlich in ausreichendem Ausmaß Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Neu-Approbation erhalten werden. Nach internen Berechnungen bedarf es jährlich circa 1.000 Neu-Approbationen, um die Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den nächsten 35 Jahren durchschnittlich in etwa konstant zu halten. Im Jahr 2005 absolvierten 625 Ausbildungsteilnehmer die schriftliche Prüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Daten aus den Vorjahren weisen dabei auf einen unvermindert steigenden Trend der Prüfungskandidaten in den kommenden Jahren hin. Derzeit befinden sich ca. 8.000 Auszubildende an den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten, so dass in den nächsten Jahren mit deutlich höheren Absolventenzahlen zu rechnen ist als noch 2005 und die kalkulierte Zahl von jährlich 1.000 Absolventen in den kommenden Jahren voraussichtlich leicht überschritten werden wird.

III. Welche Bedeutung kommt Ihrer Meinung nach multiprofessionellen Teams zu und in welchen Bereichen werden bzw. sollten diese eingesetzt werden?

Die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist i. d. R. eine Komplexleistung, die eine qualifizierte Kooperation verschiedener Institutionen, Leistungserbringern und Sozialsystemen erfordert. In der Jugendhilfe bieten Erziehungsberatungsstellen den Kindern und ihren Familien Beratung und Therapie bei Fragen zur Entwicklung und Erziehung von Kindern, z. B. bei Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen und psychosomatischen Beschwerden. An der Schnittstelle zwischen GKV und Jugendhilfe sind die Frühförderstellen tätig, die schwerpunktmäßig familiennahe, pädagogische und beratende Hilfen bis zur Einschulung anbieten. Komplementär zu den Schulförderstellen arbeiten die sozialpädagogischen Zentren. Ihre zentrale Aufgabe besteht in der fachlichen medizinischen Betreuung und Behandlung von Kindern mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen. In Ambulanzen zur psychotherapeutischen Behandlung von Eltern, Säuglingen und Kleinkindern bis 2 ½ Jahren, für die die Sprache nicht das führende Kommunikationsmittel ist, werden Störungen der Frühregulationen (Schrei-, Schlaf-, Ess-, Fütter- und Gedeihstörungen), frühe Verhaltensauffälligkeiten mit Kontakt- und Spielstörungen und Psychosomatosen behandelt.

Ob in den verschiedenen Versorgungsangeboten mit ihren unterschiedlichen Versorgungskapazitäten und Zugangsschwellen eine bedarfsgerechte Versorgung realisiert wird, also Kinder, Jugendliche und Familien je nach Schwere der Erkrankung, Komorbidität und sozialem Hintergrund zielgenau dorthin geleitet werden, wo sie eine auf ihre Probleme bzw. Erkrankung zugeschnittene Betreuung und Behandlung erhalten, ist nicht evaluiert. Auch die Kooperation, z. B. zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem, ist i. d. R. eher informell und wenig strukturiert. Prägend sind Verantwortungsdiffusionen, die ihre Ursache in der unterschiedlichen Kostenträgerschaft haben.

Ein Beispiel ist die Diskussion um die bessere Früherkennung vernachlässigter und verwahrloster Kinder. Die ohne Frage wichtigen Früherkennungsuntersuchungen

U1 – U9 in der GKV sind derzeit noch nicht dafür konzipiert, psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen bei Kindern systematisch erkennen zu können. Dass es keine ausreichenden Kooperationsbeziehungen zwischen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Erziehungsberatungsstellen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt, die eine Erkennung von Vernachlässigung, Verwahrlosung und psychischer Erkrankung ermöglicht und entsprechende Konsequenzen nach sich zieht, etwa im Sinne einer differenzierten Diagnostik, einer Behandlung, Beratung oder Erziehungsberatung, ist ebenfalls bekannt. Deutlich wurde auch, dass Instrumente, die in der inhaltlichen und finanziellen Verantwortung der Bundesländer liegen, wie z. B. die Schuleingangsuntersuchungen und die Untersuchungen in den Kindergärten und Kindertagesstätten, die vom ÖGD durchgeführt werden, ausreichend psychische Auffälligkeiten bei Kindern erkennen könnten. Ein Fazit muss sein, dass der Appell, die U1 – U9 verbindlicher zu gestalten, letztlich kein Beitrag zur Lösung des Problems ist.

Zur Lösung des Problems wäre es notwendig, die U1 – U9 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss so weiterzuentwickeln, dass man psychisch kranke Kinder und Jugendliche verlässlich identifizieren kann. Ferner ist gemeinsam mit Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Jugendhilfe ein Früherkennungs-, Betreuungs- und Behandlungsnetz aufzubauen, das es ermöglicht, im Falle von Auffälligkeiten auch zu handeln. Hierfür wäre es wiederum notwendig, die Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Akteure zu definieren und strukturierte Kommunikationswege, z. B. für eine differenzierte Diagnostik sicherzustellen, damit psychisch kranke Kinder bzw. die beratungsbedürftigen Eltern wirklich die Hilfe erhalten, die sie benötigen. Der Aufbau solcher multiprofessioneller Netzwerke, die über eine strukturierte und verbindliche Kommunikation verfügen, kann nur gelingen, wenn die unterschiedlichen Beteiligten bereit sind, Ressourcen in den Aufbau eines solchen Netzwerkes zu investieren, und zwar finanzieller wie personeller Art. Außerdem ist es von entscheidender Bedeutung, dass eine ausreichende Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft entwickelt wird.

Multiprofessionelle Teams im Bereich der Früherkennung und Versorgung vernachlässigter und verwahrloster Kinder sind alternativlos. Auch für die Versorgung von

Kindern mit externalisierenden psychischen Störungen eignen sich multiprofessionelle Teams bzw. kooperative Versorgungsstrukturen in besonderer Weise. Hierfür müssen jedoch finanzielle und personelle Ressourcen in deren Aufbau investiert werden. Derzeit scheint hierzu kaum jemand über symbolische Politik hinaus bereit zu sein.

Aufgrund der Chronizität der Erkrankungen und der erheblichen psychischen und somatischen Komorbiditäten sollten kooperative Versorgungsstrukturen bei psychischen Störungen verstärkt zum Einsatz kommen. Im Folgenden werden fünf Verträge zur Integrierten Versorgung dargestellt und kommentiert. Dabei wird deutlich, dass folgende Aspekte bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen von besonderer Bedeutung sind:

- Betreuung durch multiprofessionelle Teams, die strukturiert und leitlinienbasiert zusammenarbeiten,
- Wahrnehmung der Case-Management-Funktion durch dafür qualifizierte Leistungserbringer,
- Kostenträgerübergreifende Verantwortung, damit eine abgestimmte, umfassende Versorgung möglich ist.

Alle fünf Konzepte zeigen, dass im Kontext der integrierten Versorgung neue Versorgungsstrukturen und Kooperationsformen gesucht werden, die sich deutlich vom bestehenden System unterscheiden. Damit wird deutlich, dass der mit der integrierten Versorgung eingeräumte Innovationsspielraum genutzt wird und dringend notwendig war.

Das Vertragskonzept zur verbesserten Versorgung depressiver Patienten im Raum Aachen zeigt, dass die Entwicklung neuer Versorgungsformen von einzelnen Berufsgruppen dazu genutzt werden kann, sich selber zu Lasten anderer Berufsgruppen Marktsegmente zu sichern.

Sozialpsychotherapievereinbarung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Vertragspartner

In Rheinland-Pfalz wurde zwischen den Verbänden der Ersatzkassen (Ausnahme KKH) und der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten sowie dem Deutschen Psychotherapeutenverband die Sozialpsychotherapievereinbarung als Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V geschlossen.

Zielgruppen

Das Versorgungsmanagement richtet sich an Kinder und Jugendliche mit dem Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätssyndrom (AD(H)S-Syndrom) oder anderen chronischen psychischen Störungen.

Ausgangspunkt

Die strukturellen Vorgaben der kassenärztlichen Versorgung orientieren sich an der klassischen Einzel- bzw. Gruppentherapie, die u. U. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen und schwerwiegenden Störungen nicht die optimale Versorgungsform ist. Für einige Gruppen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ist ein interdisziplinärer Ansatz angemessener. Dies allerdings erfordert einen erhöhten Koordinationsaufwand. Hinzu kommt, dass die Verordnung von Ergotherapie und Sprachtherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit zusätzlichen Entwicklungsstörungen bisher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den Bundesmantelvertrag Ärzte/Krankenkassen verwehrt ist.

Zentrale Inhalte

Die Vereinbarung umfasst die folgenden Eckpunkte:

- Indikationsentscheidung für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung auf der Grundlage einer standardisierten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Diagnostik,
- standardisierte Basisdokumentation,

- verpflichtende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Psychotherapeuten mit medizinischen, pädagogischen, kinderärztlichen, ergotherapeutischen, sprachtherapeutischen und sozialen Diensten,
- Möglichkeit der direkten Anordnung von Ergo- oder Sprachtherapie durch den Psychotherapeuten bei Entwicklungsstörungen,
- Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat unter Einbeziehung der in die Integrierte Versorgung einbezogenen Therapeuten,
- zentrale Evaluation der Behandlungsergebnisse durch das Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung,
- Finanzierung des erhöhten Koordinationsaufwandes des Psychotherapeuten durch eine Pauschale von 160 Euro je Patient und Quartal, die die Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung zahlt.

Die operative Umsetzung des Konzeptes begann am 1. März 2005, zunächst in Rheinland-Pfalz. Die Abrechnung der Pauschale erfolgt über die KV Rheinland-Pfalz als Dienstleistung. Mit einer zeitlichen Verzögerung von circa zwölf Monaten sollen die ostdeutschen Bundesländer als weitere Modellregion hinzukommen. Die Zahl der teilnehmenden Praxen ist auf 20 je Modellregion beschränkt. Teilnehmen können nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten, die vertraglich definierte zusätzliche Qualifikationen nachweisen müssen.

Wird die Indikation für eine Versorgung nach dieser Vereinbarung gestellt, stellen die Eltern des Kindes oder des Jugendlichen selbst einen Antrag bei der Krankenkasse. Dieser Antrag wird (wie auch sonst jeder Psychotherapieantrag) gutachterlich geprüft und ggf. bewilligt. Die Krankenkasse teilt dem Psychotherapeuten – als weiteres Qualitätssicherungsmerkmal – außerdem mit, wie viele und welche Vorbehandlungen stattgefunden haben.

Sämtliche Behandlungen, die im Rahmen dieser Vereinbarung durchgeführt werden, werden durch das Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung evaluiert.

Behandlungskonzept für seelische Erkrankungen

Vertragspartner

Der Vertrag wurde im Saarland zwischen den Ersatzkassen, dem Klinikum Merzig sowie niedergelassenen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten der Region geschlossen. Weitere Kooperationspartner sind das Saarländische Ministerium für Gesundheit und Soziales, als Leistungsträger von Eingliederungshilfen sowie psychosoziale Einrichtungen, z. B. Beratungsstellen für Angehörigen- und Selbsthilfegruppen.

Zielgruppen

Zielgruppen des Vertrages zur integrierten Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen sind Alkoholranke, von der Alkoholkrankheit akut bedrohte Menschen (ICD10: F10) sowie Patienten mit depressiven Krankheitsbildern (ICD10: F32, F33), einschließlich bipolarer Verläufe (ICD10: F31).

Ausgangspunkt

Im Saarland leben schätzungsweise 10.000 bis 20.000 alkoholranke Menschen. Noch mehr sind wahrscheinlich von einer Alkoholkrankheit akut bedroht. Bei der Zahl derer, die an einer Depression leiden, muss nach den neusten Statistiken der Krankenkassen von 40.000 bis 60.000 betroffenen Saarländern ausgegangen werden. Ziel der integrierten Versorgung ist es, im Saarland eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Hilfsangebote zu erreichen. Schnittstellenprobleme zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern sollen gelöst und Folgekosten durch Komorbidität und/oder unvollständige oder unnötige Behandlung verringert werden.

Zentrale Inhalte

Die bessere Verzahnung der Hilfsangebote wird durch ein Fallmanagementteam erreicht. Fallmanager ist eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die mit den Patienten einen individuell auf ihre Krankheit abgestimmten Behandlungsplan erarbeitet. Sie koordiniert alle erforderlichen ambulanten und stationären Behandlungen sowie weitere psychosozialen Hilfen. Sie wird u. a. von einer Sozialpädagogin

unterstützt. Das Fallmanagementteam stellt seine Koordinations- und Beratungskompetenz außerdem allen an der Behandlung beteiligten Fachkräften zur Verfügung. Es hat die Möglichkeit, den Patienten aufzusuchen und über einen längeren Zeitraum (zunächst zwei Jahre) zu begleiten.

An dem Vertrag zur Integrierten Versorgung kann grundsätzlich jeder (entsprechend qualifizierte) im Bereich der KV Saarland zugelassene Vertragspsychotherapeut oder Vertragsarzt als Vertragspartner teilnehmen. Die Vertragspartner erhalten eine für definierte Leistungskomplexe vereinbarte pauschale Vergütung. Die Vergütung erfolgt außerhalb des Budgets bzw. der Gesamtvergütung. Sie wird direkt mit den Krankenkassen abgerechnet.

Vertrag zur integrierten Versorgung psychisch kranker Patienten im Raum Mainz

Vertragspartner

Die Techniker Krankenkasse, die Paritätische Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit der psychiatrischen Institutsambulanz sowie weitere Vertragsärzte und -psychotherapeuten (Netz für seelische Gesundheit) haben im Raum Mainz einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V in 2006 abgeschlossen.

Zielgruppen

Das Versorgungsangebot richtet sich an Patienten mit Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen, affektiven Störungen, Angst-, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Ausgangspunkt

Ab einem bestimmten Schweregrad ihrer Erkrankung brauchen psychisch kranke Menschen eine kombinierte ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die ggf. ergänzt werden muss durch psychiatrische Pflege, sozialarbeiterische Leistungen (Vorbereitung, Vermittlung und Zuweisung medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation) sowie weiterer Trainingsmaßnahmen, wie z. B. Ergotherapie.

Für die Patienten selber ist es in der ambulanten Versorgung schwierig bzw. nicht möglich, so komplexe Hilfsangebote zugeschnitten auf ihre individuelle Krankheitssituation zusammenzustellen. Sie brauchen eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und ein multiprofessionelles Team, das den Behandlungsplan abgestimmt und kooperativ umsetzt.

Zentrale Inhalte

Das Netz für seelische Gesundheit baut eine Clearing-Stelle auf, in der ein Psychiater oder Psychotherapeut die Diagnose stellt, gemeinsam mit dem Patienten einen individuellen Behandlungs- und Betreuungsplan entwickelt und eine Empfehlung da-

zu ausspricht, ob der Patient am Projekt der integrierten Versorgung teilnehmen sollte.

Entscheidet der Patient sich dafür, übernimmt ein multiprofessionelles Team die Versorgung. Das multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus Ärzten (30 %), Psychotherapeuten (30 %), Sozialarbeitern (15 %), Ergotherapeuten (10 %), sonstige Therapeuten (10 %) und Fachpflegepersonal (5 %). Gemeinsame Visiten und Fallbesprechungen aller Leistungserbringer, die mindestens einmal monatlich stattfinden, sichern eine abgestimmte Versorgung.

Für das Qualitätsmanagement verpflichten sich die teilnehmenden Leistungserbringer zu Dokumentationen, die den Behandlungsablauf und die Ergebnisse für alle Beteiligten transparent machen und damit die Kooperation ermöglichen. Regelmäßige Befragungen der Patienten sind Bestandteil des Qualitätsmanagements. Die Anforderungen an die Qualifikation der teilnehmenden Leistungserbringer sind vertraglich festgelegt.

Die Patienten werden in Abhängigkeit vom Zeitaufwand, der für ihre Betreuung notwendig ist, Hilfebedarfsgruppen zugeordnet. Es entstehen so insgesamt sechs Bedarfsgruppen, für die pauschale Vergütungen vereinbart sind.

Für das Projekt sind hohe Standards im Bereich des Datenschutzes und der Geheimhaltung vereinbart.

Regionales Psychriatriebudget im Kreis Steinburg

Vertragspartner

Alle Krankenkassen einheitlich und gemeinsam haben mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Klinikums Itzehoe und dem psychiatrischen Zentrum Glückstadt für den Kreis Steinburg ein regionales Psychriatriebudget als Modellprojekt vereinbart.

Zielgruppen

Zielgruppe sind die in den teilnehmenden Kliniken behandelten Patienten.

Ausgangspunkt

Mit dem regionalen Psychriatriebudget erhalten die beiden Kliniken die Möglichkeit, für die Laufzeit des Modellprojektes (2003 – 2007) nach eigener Entscheidung die Behandlung eines Patienten entweder vollstationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause durchzuführen. Zwischen den Behandlungsarten kann beliebig gewechselt werden, da auf Überprüfungen des MDKs und die Regelungen der Psychriatriepersonalverordnung verzichtet wurde.

Zentrale Inhalte

Die Kliniken erhalten ein festgeschriebenes Budget und übernehmen dafür Budgetverantwortung. Die Berechnung des Budgets erfolgt auf der Basis der in 2002 behandelten 1.315 Patienten. Entscheidend ist damit die Anzahl der behandelten Patienten und nicht Art und Dauer der Behandlung. Die Anzahl der behandelten Patienten kann um +/- 6 % schwanken. In das Budget gehen die für die voll- und teilstationäre Behandlung vereinbarten Budgets sowie die von der Institutsambulanz 2002 erzielten Erlöse ein.

Das Budget steigt während der Laufzeit jährlich in Höhe der Grundlohnsumme.

Die Klinik entscheidet über vollstationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung. Überprüfungen des MDKs finden nicht statt. Die Psychriatriepersonalverordnung ist

ausgesetzt. Nach 1 ½ Jahren Laufzeit ist es bereits jetzt zu grundlegenden Umstrukturierungen der Versorgung gekommen:

- Der Anteil der ausschließlich stationär behandelten Patienten geht stark zurück.
- Dagegen nimmt der Anteil der teilstationär und ambulant behandelten Patienten zu, ebenso wie der Anteil derjenigen Patienten, die in allen drei Behandlungssettings betreut werden.
- Die Kliniken reduzieren ihre vollstationären Kapazitäten und bauen parallel ihr teilstationäres und ambulantes Behandlungsangebot aus.
- Die Kliniken bilden Behandlungsteams, die sich spezialisieren z. B. auf die Behandlung von affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotischen Störungen, älteren Patienten sowie auf Krisenintervention und Suchttherapie.

Das Modellprojekt wird evaluiert mit Blick auf drei Diagnosegruppen:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10),
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F2),
- Affektive Störungen (ICD-10: F3).

Die Evaluation führt die psychiatrische Universitätsklinik Leipzig durch.

Vereinbarung über eine Qualitätspartnerschaft zur integrierten Versorgung „Depression“ in Aachen

Vertragspartner

AOK-Rheinland, IKK-Nordrhein sowie einzelne Ersatzkassen (u. a. DAK) haben mit dem ersten Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (Dr. med. Frank Bergmann) und dem Universitätsklinikum Aachen einen Vertrag zur integrierten Versorgung depressiver Patienten abgeschlossen.

Zielgruppen

Das Versorgungsangebot richtet sich an Patienten mit depressiven Störungen.

Ausgangspunkt

Depressive Störungen zählen weltweit zu den häufigsten Volkskrankheiten und werden zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen. Jeder zehnte Erwachsene erkrankt innerhalb eines Jahres an einer Major Depression oder einer Dysthymie. Die Vier-Wochen-Prävalenz liegt bei 5,6 %. Depressive Störungen treten häufig zusammen mit somatischen Erkrankungen auf (z. B. Diabetes, koronare Herzkrankheit, chronische Schmerzen), verschlechtern deren Verlauf und erhöhen das Mortalitätsrisiko.

In der hausärztlichen Praxis wird eine Depression nicht immer erkannt. Eine adäquate kontinuierliche und konzertierte Behandlung von depressiven Patienten wird zudem durch das fraktionierte Versorgungssystem erschwert. Beim Wechsel zwischen ambulantem und stationärem Sektor kommt es zu Wartezeiten, Behandlungsbrüchen und einer unzureichenden Nutzung von Ressourcen.

Zentrale Inhalte

Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt, die Leitlinie des Kompetenznetzes „Depression“ sowie das Rahmenkonzept „Integrierte Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) umzusetzen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005). Es wurden allerdings wesentliche Komponenten des Rahmenkonzepts in dem

Vertrag ausgespart bzw. nicht konkretisiert. Mit den Psychotherapeuten gehört die Leistungserbringergruppe, welche mit der Psychotherapie die zentrale, evidenzbasierte Behandlungsoption bei Patienten mit depressiven Störungen anbieten, gar nicht zum IV-Netz. Dies obwohl die Psychotherapie bei Erwachsenen neben der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva zur Behandlungsmethode der ersten Wahl gehört und bei Kindern und Jugendlichen gemäß der NICE-Leitlinie „Depression in children and young people“ als „first line treatment“ angeboten werden sollte (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).

Die tatsächlichen Vertragsinhalte beschränken sich dagegen auf folgende Punkte:

Die Erkennungsrate depressiver Patienten soll verbessert werden durch den systematischen Einsatz entsprechender Screening-Instrumente (Diagnostik nach Hamilton und/oder PHQ-D).

Falls die Diagnose Depression vorliegt und der Patient deshalb über mindestens sieben Tage arbeitsunfähig war, wird ihm ein Termin beim Hausarzt angeboten und die weitere Behandlung mit ihm besprochen. Der Hausarzt entscheidet über die weitere Behandlung.

Wird der Patient an einen Facharzt überwiesen, führt dieser eine erweiterte Diagnostik durch, der Patient wird über das Netz informiert und entscheidet sich ggf. für einen Beitritt. Weitere Therapieschritte werden mit ihm besprochen. Die Überprüfung der Diagnose des Hausarztes erfolgt durch weitere neurologische Untersuchungen und Laboruntersuchungen gemäß den vereinbarten Leitlinien. Diese Vereinbarung über weitere neurologische und Laboruntersuchungen dürfte eher in den Abrechnungsmöglichkeiten begründet zu sein, als dass sie auf eine tatsächliche Qualitätssicherung der Differenzialdiagnostik abzielen, dienen sie doch in den meisten Fällen lediglich dem Ausschluss einer organischer Ursache der depressiven Symptomatik und sind nur bei einem Teil der Patienten indiziert.

Da Psychotherapeuten in das Vertragskonzept nicht einbezogen wurden, können spezifische, die Qualität der Versorgung fördernde, psychotherapeutische Ansätze, wie z. B. im Rahmen eines Stepped-Care-Modells, im Kontext des Vertrages nicht

eingesetzt werden. Außerdem lässt sich anhand der im Vertragswerk angeführten Indikationen für Psychotherapie nicht überprüfen, ob es zu einem leitlinienorientierten und evidenzbasierten Einsatz der Psychotherapie kommt. Es wurde versäumt, mit einer Einbindung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten eine systematische und bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Die Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsentscheidungen vor dem Hintergrund einer umfassenden evidenzbasierten Patienteninformation im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung kann so kaum realisiert werden. Standespolitik war in diesem Fall für die Vertragskonzeption prägender als evidenzbasierte Behandlungs- und Versorgungsleitlinien.

Während der Therapiephase wird der Patient alle 14 Tage einbestellt. Findet keine Besserung statt, wird nach drei Monaten eine Einweisung in eine Fachklinik erwogen.

Als zusätzliche Unterstützung für den Patienten sieht der Vertrag vor:

- Strukturierte Psychoedukation für Patienten und Angehörige (durch den Hausarzt),
- Behandlungstermine für die einbezogenen Leistungsanbieter innerhalb von 14 Tagen (ein schneller Zugang zum Psychotherapeuten ist nicht vorgesehen, da Psychotherapeuten nicht Vertragspartner sind),
- Wartezeit in der Praxis der teilnehmenden Leistungserbringer in der Regel höchstens 30 Minuten,
- Unterstützung der Leistungserbringer und Kostenträger durch ein Netzmanagement.

Das Netzmanagement sichert auf der Basis der verbindlichen Dokumentationen ein übergreifendes Qualitätsmanagement. Es ermöglicht damit eine qualitätsgesicherte Umsetzung der vereinbarten Leitlinien sowie durch zeitnahe Rückmeldung der dokumentierten Daten das Fall- bzw. Case-Management. Die Unterstützung für die Entwicklung von IT-Netzlösungen und ein darauf aufbauendes Controlling (operatives

Netzwerkmanagement) sollen mittelfristig zur Entstehung eines Gesundheitsunternehmens führen.

Zur Sicherung der Prozessqualität verpflichten sich die Netzwerkteilnehmer zur Leitlinienorientierung. Sie führen Netzwerkkonferenzen durch, nehmen sechsmal pro Jahr an Qualitätszirkeln teil und mindestens zweimal jährlich an zertifizierten Fortbildungen. Obligatorisch ist die Teilnahme an zwei von sechs Fallkonferenzen pro Jahr.

Die Ergebnisqualität des Netzes wird gemessen an den Erhebungen zur Patientenzufriedenheit, der Dokumentation des Therapieerfolges, der Verkürzung von AU-Zeiten und der Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer.

Die Pharmakotherapie wird im Netz noch nicht explizit berücksichtigt, dabei liegen gerade hier Einspar- und Optimierungspotentiale.

Die Vergütung erfolgt innerhalb der für die ambulante und stationäre Versorgung geltenden Regelungen. Extrabudgetär und damit additiv vergütet werden die intensivierete Betreuung in Form von Basis- und Sonderkomplexen sowie die durch die Hausärzte durchgeführte strukturierte Psychoedukation.

IV. Welche neuen Rollen sehen Sie dabei für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?

Die Versorgung psychischer kranker Menschen erfordert vielfach eine multimodale und multiprofessionelle Behandlung, die ohne größere Reibungsverluste insbesondere in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ oder gut strukturierten Netzen der Integrierten Versorgung realisiert werden kann. Die feste Einbindung der Psychotherapeuten in diesen Versorgungsstrukturen ist notwendig, um bei einer insgesamt höheren Flexibilität der psychotherapeutischen Versorgungsangebote (u. a. Ausweitung der gruppenpsychotherapeutischen Angebote) die psychotherapeutische Versorgung der psychisch kranken Menschen zeitnäher und bedarfsgerechter zu sichern. Im Rahmen dieser multiprofessionellen Versorgungsstrukturen sollte auch die Versorgung von Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen um evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen erweitert und an dem individuellen spezifischen Versorgungsbedarf ausgerichtet werden. Zielgruppe wären hierbei insbesondere Patienten, denen es trotz strukturierter Patienteninformation und – schulung nicht gelingt, die erforderlichen Lebensstiländerungen umzusetzen oder die chronische Erkrankung zu bewältigen bzw. die an komorbiden psychischen Störungen leiden, die ein adäquates Selbstmanagement der chronischen somatischen Erkrankung verhindern. In diesen Versorgungsstrukturen müsste für definierte Patientengruppen die Rolle des Case-Managers auch den behandelnden Psychotherapeuten zukommen. Welche Profession die Rolle des Case-Management übernimmt, sollte nicht einheitlich und über die verschiedenen Patientengruppen hinweg vorge-schrieben bzw. definiert, sondern orientiert am Bedarf der Patienten sowie dem individuellen Managementbedarf in den Versorgungsstrukturen bzw. Netzen entschieden werden. Hierbei käme auch der Kooperation mit spezifisch qualifizierten Pflegekräften (analog den Mental Health Nurses im NHS), welche die notwendigen kommunikativen Fertigkeiten und Kompetenzen mitbringen, eine zentrale Bedeutung zu.

V. Welche Rahmenbedingungen (auch rechtliche) sind notwendig, um diese Zusammenarbeit zu erleichtern?

1. Versorgungsleitlinien

Gerade für psychisch kranke Menschen, aber auch chronisch somatisch Kranke ist es von Bedeutung, dass sich neue Versorgungsformen an multidisziplinär und wissenschaftsbasiert entwickelten Leitlinien orientieren. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, dass im Kontext neuer Versorgungsformen eine qualitätsgesicherte Versorgung möglich wird, die alle dafür notwendigen Berufsgruppen in der notwendigen Struktur- und Prozessqualität einbezieht. Eine Leitlinienentwicklung, die im Wesentlichen von einzelnen Berufsgruppen bzw. Fachgesellschaften getragen wird, birgt dagegen stets die Gefahr einer Einschränkung der Versorgungskonzeption auf Teilbereiche (wie z. B. Pharmakotherapie) unter Vernachlässigung insbesondere der nicht-medikamentösen Behandlungsansätze und ist anfällig für eine interessen geleitete Beeinflussung der Leitlinienentwicklung.

2. Versorgungsforschung

Bei der Behandlung psychisch kranker Menschen kooperieren Institutionen und Berufsgruppen, deren Leistungen durch unterschiedliche Kostenträger getragen werden und deren rechtlicher Handlungsrahmen, z. B. in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern kodifiziert ist. Hieraus ergeben sich gerade bei Menschen, die eine integrierte, abgestimmte Versorgung brauchen, immer wieder Friktionen zu Lasten der Patienten. Naturgemäß ist die Forschungslage jedoch gerade zu komplexen Interventionen, an der mehrere Leistungserbringer beteiligt sind, defizitär. Darüber hinaus beziehen sich die meisten Studien auf erwachsene Patienten im Erwerbsfähigenalter in der Regel ohne Berücksichtigung der Genderaspekte. Der Kenntnisstand zur Indikation, Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen sowie Menschen des höheren und hohen Lebensalters ist entsprechend eingeschränkt.

Daher bedarf es auch einer Stärkung der Versorgungsforschung, z. B. zu den Fragen, ob psychisch kranke Kinder die Unterstützung und Behandlung erfahren, die

notwendig ist bzw. welche Leistungsangebote bei welchen Auffälligkeiten und Krankheiten genutzt werden und wie sichergestellt werden kann, dass Kinder die auf ihre Erkrankungen abgestimmten Versorgungsangebote finden. In diesem Sinne sollten als ein konkretes Beispiel Studien zur Behandlung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen gefördert werden, die sich nicht auf die Wirksamkeit der Pharmakotherapie unter Versorgungsbedingungen beschränken, sondern Aspekte der Indikation, Inanspruchnahme sowie dessen Barrieren und die Wirksamkeit von Pharmakotherapie, Psychotherapie, Hilfen zur Erziehung, etc. mitberücksichtigen. Auch die begleitenden Evaluationen zu Konzepten der Integrierten Versorgung könnten bei geeigneten Designs hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Im SGB V sollten als fördernde Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen festgehalten werden:

3.1 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Einweisungsrecht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 73 Abs. 2 SGB V)

Bisher können Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Patienten nicht direkt in stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Einrichtungen einweisen. Der Umweg über einen Arzt verursacht Kosten und Belastungen für den Patienten. Psychotherapeuten können aus ihrer genauen Kenntnis des Patienten sehr gut beurteilen, wann eine stationäre Maßnahme indiziert ist und welche Einrichtung geeignet ist. Mit der direkten Einweisungsbefugnis wäre auch eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung verbunden.

Zur Mitbehandlung umschriebener Entwicklungsstörungen in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen müssen insbesondere Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, die Befugnis erhalten, Heilmittel (Ergotherapie und logopädische Behandlung) zu verordnen.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) - § 95 Abs. 1 SGB V

Das SGB V gibt derzeit vor, dass MVZ nicht als fachübergreifend gelten, wenn in ihnen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammenarbeiten. Beide Berufsgruppen betreuen jedoch nicht denselben Versorgungsbereich und können in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, wie z. B. Ergotherapeuten und Logopäden, ein auf die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bzw. Erwachsenen abgestimmtes Versorgungsangebot entwickeln. Die BPTK schlägt daher vor, dass im § 95 Abs. 1 SGB V die Vorgabe der fachübergreifenden Versorgung entsprechend korrigiert wird.

In Medizinischen Versorgungszentren arbeiten unterschiedliche, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Heilberufe. Bisher sieht das SGB V vor, dass die Leitung zwingend eine ärztliche sein muss. Dies macht insbesondere bei einer kooperativen Aufgabenerfüllung keinen Sinn. MVZ sollten kooperativ geleitet werden können, also von allen, in ihnen tätigen approbierten Heilberufe oder von einem der im Gesundheitszentrum tätigen Heilberufe.

Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV)

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird voraussichtlich die Ärzte-Zulassungsverordnung so geändert, dass es künftig interdisziplinär arbeitende Berufsausübungsgemeinschaften geben kann, die zudem überörtlich und bezogen auf Teilleistungen arbeiten können. Die BPTK begrüßt ausdrücklich diese Regelung. Angesichts der Zunahme von Komorbiditäten und der Fortschritte der Psychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen sind beispielsweise Kooperationen zwischen Psychotherapeuten und Orthopäden und Psychotherapeuten und Gynäkologen eine sinnvolle Weiterentwicklung des Versorgungsangebots. Insbesondere die engere Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendärzten durch die neuen Möglichkeiten der Berufsausübungsgemeinschaften eröffnen eine wichtige Perspektive zur verbesserten Qualität der Versorgung.

Vertragspraxen als Arbeitgeber für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten (§ 95 Abs. 9 SGB V)

Der Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sieht vor, dass künftig Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten nach Zustimmung des Zulassungsausschusses Ärzte bzw. Psychotherapeuten ohne numerische Begrenzung bei Aufhebung der Fachgebietsidentität (in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkung) anstellen können. Gelten Zulassungsbeschränkungen, müssen Leistungsbegrenzungen beachtet werden.

Die BPK begrüßt ausdrücklich, dass Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten damit zusätzliche unternehmerische Spielräume erhalten, um die Anbieterstrukturen in der ambulanten Versorgung weiterzuentwickeln. Neben den Medizinischen Versorgungszentren entstehen so weitere Anbieterstrukturen, die die Wahlmöglichkeiten der Patienten erweitern und den Wettbewerb auf der Anbieterseite stärken. Vertragspsychotherapeuten können diese neuen unternehmerischen Möglichkeiten jedoch nur eingeschränkt nutzen.

Der Grund ist die Musterberufsordnung-Ärzte, die im § 19 Abs. 1 festhält, dass die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis die Leitung der Praxis durch eine niedergelassene Ärztin oder niedergelassenen Arzt voraussetzt. Auch für Vertragspsychotherapeuten gilt nach § 3 Musterberufsordnung-Psychotherapeuten, dass sie fachliche Weisungen nur von Personen entgegennehmen dürfen, die über eine entsprechende fachliche Qualifikation verfügen. Psychotherapeuten verbinden allerdings – anders als Ärzte – diesen Qualitätssicherungsaspekt nicht mit organisatorischen Vorgaben. Psychotherapeuten dürfen sich nicht nur von Psychotherapeuten, sondern auch von Ärzten anstellen lassen, wenn die unter Qualitätsaspekten notwendige Vorgabe der fachlichen Weisung durch entsprechende qualifizierte Personen gewährleistet ist. Handlungsleitung für diese Regelung war die Sicherung der Qualität der Versorgung und nicht eine standespolitisch motivierte Engführung der Weiterentwicklung der ambulanten Anbieterstrukturen.

Inkompatibilitätsgrundsatz (§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz schlägt eine Änderung der Zulassung für Vertragsärzte im § 20 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung vor. Künftig soll die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes oder -psychotherapeuten vereinbar sein. Die Änderung zielt auf eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Unter Qualitäts- und Wirtschaftsgesichtspunkten besteht bei psychisch kranken Menschen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, ein Integrationsbedarf über das Gesundheitssystem hinaus. Die BPTK hält es daher für notwendig, dass die Ermöglichung einer Nebentätigkeit für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergänzt wird durch die Nennung von Erziehungsberatungsstellen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sowie Maßregel- und Strafvollzugsanstalten.

3.2 Gesundheitsreform 2006

Diversifizierung von Versorgungsangeboten und Tarifen

Mit dem im Arbeitsentwurf zum Wettbewerbsstärkungsgesetz konzipierten Fondmodell setzen sich die künftig einzelnen Krankenkassen zur Verfügung stehenden Finanzmittel aus morbiditätsorientierten Versichertenpauschalen zusammen. Offen ist, inwieweit die morbiditätsorientierten Versichertenpauschalen so ausgestaltet werden können, dass Anreize zur Risikoselektion nicht entstehen. Mit Sicherheit wird es zu einem System kommen, das ständig nachjustiert werden muss.

Einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und ausreichende Finanzmittel vorausgesetzt, kann es für Krankenkassen rational werden, unterschiedliche Versicherungstarife anzubieten. Neben dem Ziel, multimorbide, chronisch kranke Patienten effizient zu versorgen, werden die Kassen dabei das Ziel verfolgen müssen, att-

raktive Versicherungstarife mit Selbstbehalt, und Kostenerstattung für gesunde Versicherte, am Markt zu platzieren.

Da die wenigsten Menschen davon ausgehen psychisch krank zu werden und die weiter oben zitierten Prävalenzdaten nicht jedem bekannt sind, jedenfalls kaum jemand sie auf sich selber bezieht, ist davon auszugehen, dass in vielen Tarifmodellen die Versorgung psychisch Kranker kaum eine Rolle spielen wird. Es wäre also zu prüfen, inwieweit ohne Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch kranker Menschen Krankenversicherungsunternehmen im Wettbewerb Anreize gesetzt werden können, neue Versorgungsformen für Patientengruppen zu entwickeln, die dringend auf eine integrierte und kostenträgerübergreifende Versorgung angewiesen sind, aber klassisch nicht zu den „umworbene[n]“ Versicherten gehören.

Spezialfall: Hausarztтарif

Hausarztmodelle und Hausarztтарife setzen eine qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung voraus. Das bedeutet, die Erkennungsraten psychischer Erkrankungen sollten durch entsprechende Fortbildung und den Einsatz von Screening-Instrumenten verbessert werden. Die von Hausärzten verordneten und veranlassten Leistungen sollten im Kontext neuer Versorgungsformen auf der Basis wissenschaftsbasierter, multidisziplinärer Leitlinien erfolgen. Qualitätsmanagementsysteme sollten eine darlegungsfähige Qualität ermöglichen. Wenn so sichergestellt werden könnte, dass die Qualität der Versorgung insbesondere mit Blick auf psychisch kranke Menschen in Hausarztmodellen gesichert ist, unterstützt die BPTK die Förderung von Hausarztmodellen und darauf aufbauend das Angebot von Hausarztтарifen. Wichtig ist, dass als Alternative für GKV-Versicherte die Option bestehen bleibt, sich auch für andere Versorgungskonzepte zu entschließen. Ein verpflichtendes Primärarztmodell lehnt die BPTK ab.

Der Hausarztтарif wird ein Instrument im Rahmen der Tarifdiversifizierung sein. Die Kassen werden sich bemühen im Rahmen von Hausarztтарifen mit den morbiditätsorientierten Pauschalen, die sie über den Gesundheitsfond erhalten, auszukommen. Es ist davon auszugehen, dass Anstrengungen zur verbesserten Erkennung psychischer Krankheiten zu Mehrausgaben führen, die durch die morbiditätsorientierten

Pauschalen ex ante nicht finanziert werden. Insbesondere dann, wenn durch qualitätsgesicherte Kooperation, z. B. mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Behandlungen angeboten und umgesetzt werden, die im bestehenden Gesundheitssystem nicht zum Tragen kommen entweder, weil zu lange Wartezeiten bestehen, oder/und, weil eine Medikalisierung der psychischen Krankheit (SSRI, Ritalin) die kurzfristig scheinbar kostengünstigere Variante sind.

Es muss also eine Lösung für das Problem gefunden werden, dass solche Krankenkassen, die sich für die bessere Erkennung von Erkrankungen engagieren und insbesondere die besser erkannten Krankheiten leitlinienbasiert, ohne Wartezeiten durch ein adäquates Behandlungsangebot versorgen lassen, durch das neue Finanzierungssystem keine Anreize erhalten, sondern im ungünstigsten Fall sogar benachteiligt sind.

Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform wird angekündigt, dass künftig nichtärztliche Heilberufe in Verträgen zur integrierten Versorgung direkt einbezogen werden können. Aus Sicht der Psychotherapeuten ist dies ein wichtiger Schritt, da gerade für psychisch kranke Menschen die Betreuung in multidisziplinären Teams eine spezifische Bedeutung hat.

Für die Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe gilt, dass, wenn diese Integrationsaufgaben übernehmen, z. B. die Koordinierung von Leistungen und das Case-Management, eine Finanzierung aus der Anschubfinanzierung möglich ist. Die BPTK begrüßt ausdrücklich, dass hier zusätzliche Handlungsspielräume entstehen.

VI. In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zeichnen sich Probleme im Zusammenhang mit einer weder effektiven noch effizienten Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen ab. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband im Zusammenhang mit Neuzuschnitten von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe (z. B. Pflegepraxen, Gemeindeschwestern, Anästhesieassistenten)? Ist ein Neuzuschnitt aus Ihrer Sicht notwendig und erstrebenswert und wie begründen Sie dies?

Die demographische Entwicklung und das sich unter anderem in diesem Zusammenhang wandelnde Krankheitspanorama stellt an alle Gesundheitsberufe neue Herausforderungen. Die Gesundheitsberufe werden durch die Entwicklung neuer Kompetenzen, die zum Teil einer Akademisierung der Ausbildung erfordert, gereicht. Differenzierte Kompetenzen, die zudem im Rahmen einer akademischen Ausbildung vermittelt werden, führen zu einem neuen Selbstverständnis der Professionen und in der Folge zu dem Anspruch größerer Eigenverantwortung, insbesondere im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Gefördert wird diese Entwicklung durch die Bildung eines europäischen Dienstleistungsmarktes, auch im Bereich des Gesundheitswesens und durch die europaweite Differenzierung von Studienabschlüssen in Master und Bachelor.

Eine Konsequenz dieser Entwicklung ist, dass das Delegationsprinzip und die Letztverantwortung des behandelnden Arztes unter qualitativen, aber auch ökonomischen Gesichtspunkten problematisch wird. Die Bildung multiprofessioneller Teams, die auf der Basiswissenschaft basierte und multidisziplinär entwickelter Leitlinien zusammenarbeiten und in diesem Kontext die Möglichkeit haben, die ihnen jeweils zur Verfügung stehenden Kompetenzen eigenverantwortlich einzusetzen, ist eine begrüßenswerte Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem.

Auf Grund der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland, die in den kommenden Jahrzehnten ein weiteres Anwachsen des Anteils an pflegebedürftigen Menschen erwarten lässt, bedarf es auch aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer gerade im Pflegebereich eines Neuzuschnitts der Aufgabenfelder,

um zukünftig den spezifischen Versorgungserfordernissen pflegebedürftiger Menschen gerecht werden zu können. Dabei könnte ein Neuzuschnitt der Tätigkeitsfelder, insbesondere der pflegerischen Berufe (Pflegepraxen, Gemeindeschwestern), ein geeignetes Modell sein, effizient diesen Versorgungserfordernissen zu begegnen und zugleich zu einer besseren Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen beizutragen. Dabei ist analog der Entwicklungen in den angloamerikanischen Ländern eine stärkere Akademisierung der Pflegeausbildung und die Etablierung der Pflegewissenschaften eine Voraussetzung dafür, dass auch hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen der Weg einer autonomeren Berufsausübung von Pflegekräften in der ambulanten wie stationären Versorgung fortgesetzt und damit den zum Teil bereits bestehenden Versorgungsrealitäten angepasst werden kann.

Auch für die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen könnte ein Neuzuschnitt von Tätigkeitsfeldern analog der Mental Health Nurses im NHS sinnvoll sein, unter anderem in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit chronischen bzw. rezidivierend verlaufenden psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel der Schizophrenie oder den bipolaren Störungen. Die spezifisch qualifizierten Pflegekräfte könnten wichtige Case-Management-Funktionen übernehmen und aufsuchende Hilfen leisten, wie sie bislang für diese Patientengruppen nur unzureichend verfügbar sind. Neben dem Screening von Risikokonstellationen und Frühsymptomen, der Unterstützung der Therapieadhärenz sowie der Zuweisung zu weiteren medizinischen Hilfen, könnte auch die Beratung und die Koordination von Leistungen zur Verbesserung der Teilhabe in das Tätigkeitsspektrum eines solchen neuen Heilberufs fallen. Entscheidend für das Gelingen einer Verbesserung der Versorgung der Zielgruppen dürfte die Einbindung des neuen Heilberufs bzw. der neuen Heilberufe in vorhandene bzw. neu zu schaffende integrative Versorgungsstrukturen sein (u. a. IV-Netze, MVZ, Hausarztzentrierte Versorgung).

Literatur

- Albota, M. (2004). *Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Expertise im Auftrag der Hamburgischen Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten*. Hamburg: Psychotherapeutenkammer Hamburg.
- Anderson, L., Lewis, G., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J. et al. (2005). Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *Br J Gen Pract*, 55(514), 387-392.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005). Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression. *Nervenarzt*, 76, 104-121.
- Fegert, J., Glaeske, G., Janhsen, K., Ludolph, A. & Ronge, C. (2002). *Untersuchung zur Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. Projektbericht für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*.
- Härter, M., Bermejo, I., Schneider, F., Kratz, S., Gaebel, W., Hegerl, U. et al. (2003). [Clinical practice guidelines for the diagnosis and therapy of depressive disorders in primary care]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 97 Suppl 4, 16-35.
- Hiller, W. & Fichter, M. M. (2004). High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *J Psychosom Res*, 56(4), 437-443.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73(7), 651-658.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1-15.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kratz, S., Harter, M., Bermejo, I., Berger, M., Schneider, F. & Gaebel, W. (2003). [Reason for encounter and diagnosis of depression in patients in general practice]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 97 Suppl 4, 50-56.
- Maerker, A., Enzler, A., Grimm, G., Helfenstein, E. & Ehlert, U. (2005). Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger - Ergebnisse der Züricher Altersstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 55, 177-182.

- Mead, N., MacDonald, W., Bower, P., Lovell, K., Richards, D., Roberts, C. et al. (2005). The clinical effectiveness of guided self-help versus waiting-list control in the management of anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 35(11), 1633-1643.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A. & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*, 155(10), 1415-1422.
- Radebold, H. (1994). Psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse im höheren und hohen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 9, 439-451.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Die subjektive Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland - körperliche, psychische und soziale Aspekte. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schubert, I., Köster, I., Adam, C., Ihle, P., Ferber, L. v. & Lehmkuhl, G. (2002). *Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen - eine versorgungsepidemiologische Studie auf der Basis der Versichertenstichprobe KV Hessen / AOK Hessen. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*.
- Scogin, F. R., Hanson, A. & Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *J Clin Psychol*, 59(3), 341-349.
- Wittchen, H.-U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. et al. (2000). Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin*, 118, 22-30.
- Zepf, S. & Hartmann, S. (2003). Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 48(1), 23-30.