

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Inhaltsverzeichnis

1	Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung:	10
1.1	Benachteiligte Gruppen	20
1.1.1	Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten	24
1.1.2	Menschen mit Migrationshintergrund	25
1.1.3	Menschen mit unzureichender Sprachkompetenz	27
1.1.4	Menschen mit niedrigem Sozialstatus	29
1.1.5	Menschen mit männlichem Geschlecht	31
1.1.6	Menschen mit zunehmendem Alter	32
1.1.7	Menschen mit schweren und sehr schweren psychischen Erkrankungen	33
1.1.8	Menschen mit Alter von 2-12 Jahren	34
1.1.9	Menschen mit schwierigen familiären Konstellationen	36
1.2	Telefonische Erreichbarkeit	37
1.2.1	Einstellung von Praxispersonal durch Psychotherapeuten	39
1.2.1.1	Zusammenschluss mehrerer Psychotherapeuten bei der Einstellung von qualifiziertem Personal	41
1.2.1.2	Ausbilden von Personal durch den Psychotherapeuten	42
1.2.1.3	Erforschung der Ursachen für die Nicht-Einstellung von Praxispersonal	43
1.2.2	Informationsbereitstellung zur Erhöhung der Bekanntheit bei Patienten	44
1.3	Online-Terminvereinbarung	45
1.4	Terminservicestelle	46
1.4.1	Bekanntheit der TSS bei Patienten erhöhen	52
1.4.2	Vermittlungskapazitäten der TSS steigern	53
1.4.2.1	Verpflichtung der Psychotherapeuten zum Melden von Terminen	54
1.4.2.2	Empfehlungen der KVen zur Anzahl zu meldender Termine	56
1.4.2.3	Einholung eines Rechtsgutachtens bezüglich der Auslegung des §75 Absatz 1a Satz 20 SGB V und ggf. Konkretisierung im Gesetzestext	56
1.4.2.4	Verbesserung des TSS-Evaluationsberichts	57
1.4.2.5	Setzen von Anreizen zum (freiwilligen) Melden von Terminen	57
1.4.2.6	Informieren der Psychotherapeuten über die Möglichkeiten der Terminmeldung	59
1.4.3	Verbesserung der Termintreue der Patienten	59
1.4.3.1	Optimierung der Angaben zur maximalen Wegstrecke	60
1.4.3.2	Einführung einer Terminerinnerung durch die TSS	61
1.4.3.3	Bestätigung des Termins beim Leistungserbringer	62
1.4.4	Verbesserung der Beratungsleistung der TSS	62
		2

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

1.4.5	Weiterentwicklung des eTerminservice	63
1.4.6	Verpflichtung zum Angebot einer KZT bei zur Verfügung gestelltem Probatorik-Termin	65
1.5	Unterstützung des Patienten bei der Organisation des Erstkontaktes durch die beteiligten Leistungserbringer	65
1.5.1	Hausärzte:	66
1.5.1.1	Intensivere Informationsweitergabe an den Patienten	69
1.5.1.2	Unterstützung der Hausärzte beim Informationserwerb	70
1.5.1.3	Direkte Terminvermittlung durch den Hausarzt über Hausarztvermittlungsfall	70
1.5.1.4	Indirekte Terminvermittlung durch den Hausarzt über die TSS	73
1.5.1.5	Durchführung des Erstgespräches direkt in der Hausarztpraxis	74
1.5.1.6	Einbindung der psychosomatischen Grundversorgung	74
1.5.1.7	Aufnahme der psychosomatischen Grundversorgung in die Facharzt-Weiterbildung der Kinder und Jugendmediziner	76
1.5.2	Stationäre Versorgung	76
1.5.2.1	Untersuchungen zu Art und Setting der ersten Therapieleistung einer ambulanten Psychotherapie	81
1.5.2.2	Unterstützungsangebote der Kliniken	86
1.5.2.3	Sektorübergreifende Versorgung stärker in Aus- und Weiterbildung einbetten	90
1.5.2.4	Ausbilden der relevanten Mitarbeiter im Hinblick auf Entlassmanagement	91
1.5.2.5	Anbindung der Kliniken an die TSS	91
1.5.2.6	Akzeptanz eines Entlassberichts aus der stationären Versorgung als Ersatz für einen Konsiliarbericht	92
2	Leistungen ab dem Zugang	93
2.1	Psychotherapeutische Sprechstunde	93
2.1.1	Bekanntheit der ptS bei Patienten erhöhen	102
2.1.2	Anpassung der Aus-, Weiter- und Fortbildung	103
2.1.3	Verbesserte Informationsweitergabe im Rahmen der ptS	103
2.1.3.1	Weiterentwicklung des PTV 10	105
2.1.3.2	Wissensvermittlung an den Psychotherapeuten, um insbesondere Bekanntheit von Maßnahmen außerhalb der GKV steigern	105
2.1.4	Unterstützung des Patienten durch die Psychotherapeuten bei der Weiterleitung	106
2.1.4.1	Unterstützung durch die Herausgabe von Kontaktdaten	106
2.1.4.2	Förderung der Kommunikation von Leistungserbringern	107
2.1.4.3	Verweis auf unterstützende Institutionen	107
2.1.4.4	Verstärkter Einsatz von Praxispersonal im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde	108

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

2.1.5	Durchführung der psychotherapeutischen Sprechstunde außerhalb der psychotherapeutischen Praxis	108
2.1.5.1	Durchführung des Erstgespräches direkt in der Hausarztpraxis	110
2.1.5.2	Durchführung eines Erstgespräches in der Schule	110
2.2	Probatorische Sitzungen	112
2.3	Akutbehandlung	112
2.3.1	Evaluation der Akutbehandlung	115
2.3.2	Verbesserung des Zugangs zur Akutbehandlung	116
2.3.2.1	Förderung der Akutbehandlung durch Ausweitung der KZT-Zuschläge	117
2.3.2.2	Förderung der Durchführung durch Förderung der Vermittlung	118
2.3.3	Fokussierung auf Akutbehandlung in den Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula	119
2.4	Richtlinientherapie inkl. Rezidivprophylaxe	119
2.4.1	Kurzzeittherapie	119
2.4.1.1	Aufhebung der Zweiteilung	121
2.4.2	Rezidivprophylaxe	122
2.4.2.1	Ausgliedern der Rezidivprophylaxe aus der LZT	124
2.4.2.2	Flexibilisierung der Rezidivprophylaxe	125
2.4.2.3	Durchführung der angekündigten Evaluation	127
2.5	Gruppentherapie	127
2.5.1	Verpflichtung qualifizierter Gruppenpsychotherapeuten Gruppentherapie zu erbringen	128
2.5.2	Ergänzung des PTV 11 um Gruppentherapie	129
2.5.3	Nachqualifizierung mit der Erlaubnis der Erbringung von Gruppentherapie in den eigenen Räumlichkeiten	129
2.6	Therapieelementübergreifende Optionen	130
2.6.1	Schaffung der Möglichkeit die Leistungsbegrenzung bei Jobsharing und Anstellung aufzuheben	130
2.6.2	Kopplung der Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Versorgungsaspekte	131
2.6.3	Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahren	133
3	Erhöhung der Transparenz über die Versorgungs- und Beratungsangebote	135
3.1	Erarbeitung eines Glossars zur Erläuterung relevanter Begriffe	136
3.2	Informationskampagne zur TSS	137
3.3	Erarbeitung von Informationsmaterial für die hausärztliche Versorgung	138
3.4	Bündelung von Informationen zu regionalen Versorgungsangeboten	140
3.5	Erarbeitung einer Website mit gebündelten Informationen	141

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

3.6	Sozialpsychiatrischer Dienst	143
3.6.1	Untersuchung der Versorgungssituation	146
3.6.2	Unterstützung bei der Überleitung des Patienten in notwendige Versorgungsstrukturen	147
4	Kommunikation zwischen LE	149
4.1	Weiterführende Forschung zur Kommunikation zwischen Leistungserbringern	150
4.2	Förderung von Qualitätszirkeln	151
4.3	Etablieren von Fallkonferenzen	153
5	Aus-, Weiter- und Fortbildung	154
5.1	Psychotherapeuten	155
5.1.1	Evaluation der neuen Weiterbildungen	155
5.1.2	Fortbildung „Versorgungslehre“	155
5.2	Medizinische Fachangestellte	157
5.2.1	Sensibilisierung der Auszubildenden für psychische Erkrankungen	158
5.2.2	Fortbildung „Psychotherapeutische Versorgung“ für MFA	159

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AP	Analytische Therapie
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EPT	Erwachsenen-Psychotherapeuten (mit Genehmigung gem. §2 Abs. 1 PT-V)
et al.	et alii (und andere)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition
i.V.m.	In Verbindung mit
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Version
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJM	Kinder- und Jugendmediziner
KJPT	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (mit Genehmigung gem. §2 Abs. 1 PT-V)
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n.F.	neue Fassung
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
PSG	Psychosomatische Grundversorgung
PT	Psychotherapeuten

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

PTE	Leistungserbringende mit den Fachgruppenschlüsseln 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68 (EPT + Neurologen)
PTKJ	Leistungserbringende mit den Fachgruppenschlüsseln 47, 69, 44 (KJPT + fachärztliche Neuropädiater)
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
ptS	Psychotherapeutische Sprechstunde
PTV	Psychotherapie-Formular
RKI	Robert Koch Institut
RL-T	Richtlinien-Therapie (KZT+LZT)
s.	siehe
S.	Seite
s.o.	siehe oben
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TP	Tiefenpsychologische Therapie
TSS	Terminservicestelle
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
z.B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Strukturzuschläge	40
Tabelle 2: Art und Setting der ersten Therapieleistung.....	83
Tabelle 3: Grundgesamtheit: Erwachsene mit Indexdiagnose im stationären Bereich und anschließendem Erstkontakt	84
Tabelle 4: Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit Indexdiagnose im stationären Bereich und anschließendem Erstkontakt	84
Tabelle 5: Überblick Handlungsoptionen zur Rezidivprophylaxe	127

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einschätzung der Hausärzte zu einem möglicherweise erschwerten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung für Erwachsene	21
Abbildung 2: Einschätzung der Kinder- und Jugendärzte zu einem möglicherweise erschwerten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung für Kinder- und Jugendliche	23
Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung, differenziert nach sozioökonomischem Status	29
Abbildung 4: Einschätzung der PT zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit der TSS	49
Abbildung 5: Einschätzung der befragten KJPT zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der TSS	50
Abbildung 6: Übersicht über nicht barrierefreie Bereiche der eTerminservice Website	64
Abbildung 7: Versorgungsgrade in % Mittelbereich 2022 (KBV, 2023c)	66
Abbildung 8 Durchgeführte ptS pro Woche EPT	94
Abbildung 9: Durchgeführte ptS pro Woche KJPT	94
Abbildung 10: Einschätzungen der Befragten zur Dauer bis zum Erstkontakt	98
Abbildung 11: Ausschnitt PTV 2	129
Abbildung 12: Empfehlungen sozialpsychiatrischer Dienst	145

1 Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung:

Alle gesetzlich Versicherten, bei denen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung möglicherweise erforderlich ist, beginnen ihren Behandlungsweg damit, dass sie einen Erstkontakt bei einem Psychotherapeuten (PT) vereinbaren. Die Art der Leistung bei Erstkontakt ist abhängig vom bisherigen Patientenpfad. Grundsätzlich müssen alle Patienten zunächst eine psychotherapeutische Sprechstunde (ptS) in Anspruch nehmen. Ausnahmen von dieser Regel bilden Patienten aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder die nach rehabilitativer Behandlung in der ambulanten Versorgung ankommen. Diese können ihren ambulanten Versorgungsprozess direkt mit der Probatorik beginnen, ohne vorherige ptS¹. Die ptS muss grundsätzlich nicht bei dem PT stattfinden, der schlussendlich die Richtlinientherapie durchführt. Durch die Richtlinienreform hat sich die Art der Leistung, welche im Rahmen des Erstkontaktes genutzt wird, geändert. Entsprechend der Routinedatenanalyse² im EVA-PT-RL Projekt waren vor der Reform 86 % der Erstkontakte im Erwachsenenbereich probatorische Sitzungen, nach der Reform wurde in 82,6 % der Fälle eine ptS als erste Leistung genutzt. Weitere 8,2 % der Patienten erhielten 2018 als erste Leistung eine probatorische Sitzung.³ Insofern wurde die Strukturveränderung durch die Richtlinienreform in der Praxis umgesetzt.

Aus dem Versorgungspfad des Abschlussberichts zum „Qualitätssicherungs-Verfahren Ambulante Psychotherapie“ des IQTiG wird ebenfalls deutlich, dass die Patienten auf unterschiedlichen Wegen einen Erstkontakt suchen (Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQTiG], 2021). Die Patienten können im Wesentlichen dadurch unterschieden werden, ob sie 1) aus eigener Initiative einen Erstkontakt suchen oder 2) aus dem medizinischen Versorgungsprozess weiterempfohlen oder überwiesen werden (auf Anraten des Hausarztes, auf Anraten eines Psychiaters, auf Anraten eines anderen Facharztes, aus der stationären Krankenhausbehandlung oder der rehabilitativen Behandlung).

¹ Gemäß § 11 Absatz 7 PT-RL ist auch hier eine Akutbehandlung oder eine gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung als erste Leistung möglich, spielen aber in der Versorgungsrealität eine untergeordnete Rolle.

² Limitationen der Routinedatenanalyse müssen im gesamten Dokument beachtet / berücksichtigt werden z.B. hinsichtlich des auf ein Jahr begrenzten Beobachtungszeitraums, werden hier aber nicht explizit ausgewiesen.

³ Bei den verbleibenden 9,4% der Fälle wurde eine andere Leistung als Erstkontakt festgestellt. Diese, nicht richtlinienkonform erscheinenden Fälle, ergaben sich aufgrund der Methodik der durchgeführten Routinedatenanalyse (Anhang 1)

Patienten, die aus eigener Initiative heraus einen Erstkontakt suchen

Wenn Patienten auf eigene Initiative, ohne Beteiligung eines Leistungserbringers, den Weg in das System der ambulanten Psychotherapie suchen, sind einfache, schnell zu findende und leicht verständliche Informationen zu den möglichen Zugangswegen wesentlich für den Sucherfolg.

Zur Vereinbarung des Erstkontakts bei einem PT stehen die folgenden drei⁴ Wege zur Verfügung.

- 1) Telefonisch → hierfür wurden im Rahmen der Reform die festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten geschaffen
- 2) Online (in Abhängigkeit vom PT/der Praxis)
- 3) Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS)

Während die telefonischen Erreichbarkeitszeiten von PT verpflichtend angeboten werden müssen, ist der Service einer Online-Terminvereinbarung ein freiwilliges Angebot der PT an ihre potenziellen Patienten. Bei der TSS besteht in manchen KV-Regionen eine Meldepflicht für freie Termine beim PT, wohingegen die Meldung in anderen KV-Regionen freiwillig ist bzw. empfohlen wird.

Die Möglichkeit einer niedrigschwelligen, reibungslosen ersten Kontaktaufnahme mit Vereinbarung eines Erstkontaktes ist ein wichtiger Schlüssel für den Zugang der Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Aktuell zeigen sich bei den beschriebenen Wegen jedoch noch Probleme, die in den jeweiligen Unterkapiteln beschrieben sind. In den folgenden Kapiteln werden mögliche Handlungsoptionen, die zu einer Reduzierung bestehender Hürden und Hemmnisse beitragen können, dargestellt.

Patienten, die aus dem Versorgungsprozess weiterempfohlen oder überwiesen werden

Patienten, die direkt aus der medizinischen Versorgung kommen, können auf unterschiedliche Art und Weise durch den beteiligten Leistungserbringer unterstützt werden.

⁴ Es gibt noch weitere Wege, wie zum Beispiel das Vorbeigehen bei der psychotherapeutischen Praxis. Diese Wege spielen in der Versorgungsrealität nur eine untergeordnete Rolle.

Erwachsene:

Die Routinedatenanalyse im EVA PT-RL Projekt hat gezeigt, dass gut 68 % der Indexdiagnosen bei Erwachsenen vom Hausarzt gestellt wurden. Die durchgeführte logistische Regression zeigte jedoch, dass Patienten, die ihre Indexdiagnose vom Hausarzt erhalten haben, signifikant seltener einen Erstkontakt hatten als Patienten, deren Indexdiagnose ein PTE⁵ stellte. Dies gilt gleichermaßen für Patienten vor und nach der Reform. So hatten Patienten, deren Indexdiagnose bei einem PTE gestellt wurde zu 48,8 % einen Erstkontakt⁶. Bei Patienten, die ihre Indexdiagnose beim Hausarzt erhalten haben, betrug der Anteil der Patienten mit Erstkontakt 17,5 %. Auch Patienten mit einer Indexdiagnose aus einer Krankenhausbehandlung (2,7 % der Fälle) haben signifikant seltener einen Erstkontakt als Patienten mit Indexdiagnose durch einen PTE. Von diesen haben 23,9 % einen Erstkontakt. Für eine Indexdiagnose durch niedergelassene Fachärzte (10,8 % mit Erstkontakt) zeigt sich ein ähnlicher Trend.

Die Unterschiede bestehen in beiden Untersuchungszeiträumen. Die Anteile der Patienten mit Erstkontakt unterscheiden sich zusätzlich auch abhängig vom Schweregrad der Indexdiagnose. Welche Fachgruppe welche Schweregrade vermehrt diagnostiziert und wie hoch der Anteil der Patienten mit Erstkontakt ist, kann dem Anhang 2 entnommen werden.

Kinder- und Jugendliche

Bei den Kindern und Jugendlichen gibt es keine überwiegend diagnostizierende Art von Leistungserbringern. So wurden 39,2 % der Indexdiagnosen 2018 von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten⁷ und weitere 34 % bei einem Hausarzt gestellt. Lediglich 18,5 % der Indexdiagnosen wurden bei Kindern und Jugendlichen von einem Facharzt für Kinder und Jugendmedizin gestellt.

Ein Grund hierfür kann darin liegen, dass bis zum 14. Lebensjahr 2021 zwar 80,8 % der Kinder und Jugendlichen bei einem Kinder- und Jugendmediziner behandelt wurden, ab dem 15.

⁵ Sofern von „Psychotherapeuten“ (PT) gesprochen wird, handelt es sich um Fachgruppe 68 (Psychologischer PT) und 61 (Psychotherapeutisch tätiger Arzt). Wenn die Abkürzung PTE genutzt wird, werden auch die Fachgruppen 51, 58, 59, 60 und 53 gemeint (Anhang 1)

⁶ Zur Gruppe der PTE wurden auch andere Fachgruppen (s.o.) gezählt, wodurch die Indexdiagnose auch in einem Behandlungsfall gestellt werden konnte, in dem keine psychotherapeutische Leistung aber z.B. ein psychiatrisches Gespräch abgerechnet wurde.

⁷ Sofern von „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten“ (KJPT) gesprochen wird, ist die Fachgruppe 69 gemeint. Wenn die Abkürzung PTKJ genutzt wird, werden auch die Fachgruppen 47 und 44 gemeint.

Lebensjahr jedoch nur noch 33,5 % (2021). Die Übrigen werden von Hausärzten versorgt (Grobe & Szecsenyi, 2023).

Ähnlich wie bei den Erwachsenen, haben Kinder und Jugendliche, die ihre Indexdiagnose bei einem Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner erhalten haben, deutlich seltener einen Erstkontakt (39,4 % bzw. 47,7 % mit Erstkontakt) als solche, die ihre Indexdiagnose bei einem PT/KJ erhalten haben (78,9 % mit Erstkontakt).

Die Gründe für die Differenzen im Anteil der Patienten, die einen Erstkontakt haben, abhängig davon, bei welchem Leistungserbringer sie ihre Indexdiagnose erhalten haben, können vielfältig sein. Bei den folgenden aufgeführten Gründen handelt es sich um denkbare Erklärungsansätze: Die genannten Gründe beziehen sich überwiegend auf den Übergang zwischen Hausarzt und PT. Hürden beim Übergang zwischen stationär und ambulanter psychotherapeutischer Versorgung finden sich direkt in Kapitel 1.5.2.

- Kodier- und Diagnosequalität von vertragsärztlichen Diagnosen

Die **Kodierqualität** von vertragsärztlichen Diagnosen wird regelmäßig als qualitativ unzureichend bemängelt. Thematisch relevant in diesem Kontext sind auf der einen Seite das Gutachten vom IGES-Institut, welches, im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) erarbeitet, auf Daten der BARMER GEK beruht (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung [IGES], 2012) und im Jahr 2012 veröffentlicht wurde und auf der anderen Seite das im Jahr 2014 thematisch angrenzende Gutachten im Auftrag der KBV, welches die Prof. Drösler und Neukirch erarbeiteten (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2014). Beide Gutachten beschäftigen sich explizit mit der Kodierqualität affektiver Störungen mit Schwerpunkt auf der Depression. In den letzten Jahren hat sich das Innovationsfonds-Projekt OptDatPMH mit dieser Thematik beschäftigt. Der Ergebnisbericht wird aktuell erstellt, sodass die hier vorgestellten Ergebnisse zeitnah durch die neuen Projektergebnisse ergänzt / ersetzt werden können.⁸

Wie im Rahmen der Routinedatenanalyse im EVA PT-RL Projekt festgestellt, kodieren die Hausärzte häufig nicht näher bezeichnete Diagnosen (z.B. Depressive Episode, nicht näher

⁸ OptDatPMH – Optimierte Datenbasis für Public Mental Health: Daten-Linkage-Studie zur Aufklärung von Diskrepanzen zwischen Befragungs- und Routinedaten - G-BA Innovationsfonds

bezeichnet, F32.9). Die beiden Gutachten zeigten jedoch, dass gerade diese unspezifischen Diagnosen von einem PT in ca. 70 % der Fälle nicht bestätigt wurden. Inwiefern stattdessen eine Konkretisierung der Diagnose stattgefunden hat oder der PT gar keine psychische Störung feststellen konnte, geht aus den Gutachten nicht klar hervor.

Das Gutachten von Prof. Drösler und Neukirch untersuchte, inwiefern die kodierten Schweregrade zwischen Hausarzt und PT übereinstimmen. Bei konkreteren Diagnosen (z.B. F32.0 oder F32.1) liegt die Übereinstimmung bei der Kodierung der Diagnose durch Hausarzt und PT zwischen 70 und 80 %. Das IGES-Institut nimmt die mangelnde Übereinstimmung der Diagnosen von im Durchschnitt ca. 35 % zum Anlass „erhebliche Kodierschwächen“ festzustellen. Das Gutachten der KBV interpretiert, ausgehend von mit dem IGES vergleichbaren Ergebnissen, diese dahingehend, dass die Kodierung „insgesamt plausibel“ erscheint und die Unterschiede auf das zurückhaltende Kodierverhalten der Hausärzte zurückzuführen sei, da sie bei der Diagnose entsprechend unspezifische Codes, wie F32.9 und F33.9 wählen.

Neben einer internen Validierung nehmen beide Gutachten auch eine externe Validierung der Kodierung vor. Die herangezogenen Studien GEDA 2010 und DEGS 2012 weisen zwar deutlich geringere Prävalenzen auf, als die GKV Daten (bei Männern finden sich geringere Unterschiede als bei Frauen), ein Rückschluss auf die Kodierqualität ist aufgrund der Limitationen der herangezogenen Studien und der mangelnden Vergleichbarkeit jedoch nicht vorgenommen worden.

Die beiden Gutachten betrachten jedoch ausschließlich jene Patienten, die auch in der psychotherapeutischen Versorgung angekommen sind, indem sie die durch den Hausarzt vergebene Diagnose mit jener des psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringers vergleichen. Entsprechend der Routinedatenanalyse im Eva PT-RL Projekt kommt jedoch nur ein Teil der Patienten mit vom Hausarzt kodierter Depressionsdiagnose bei einem PT an (im Detail s. Anhänge 2 und 3). Die Ergebnisse der Gutachten lassen jedoch den Schluss zu, dass eine im hausärztlichen Bereich diagnostizierte psychische Erkrankung im psychotherapeutischen Bereich bestätigt bzw. konkretisiert werden würde (KBV, 2014, S. 51).

Betrachtet wurde in den gerade beschriebenen Studien die Kodierqualität. Ein weiteres relevantes Gütemaß von Diagnosen ist ihre Qualität. Diese **Diagnosequalität** wird laut Schramm (2016) an drei Messkonstrukte angelegt:

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

- 1) Diagnosepersistenz: Regelmäßigkeit der dokumentierten Diagnose („Je weniger Fälle das M2Q Kriterium verletzen, desto besser ist die Diagnosequalität“)
- 2) Unspezifische Diagnosen (1. „Je geringer der Anteil der unspezifischen Diagnoseendsteller an den Gesamtdiagnosen, desto besser ist die Diagnosequalität“, 2. „Je geringer der Anteil der kodierten Diagnosekategorien ist (je häufiger endständige Diagnosen sind), desto besser ist die Diagnosequalität“)
- 3) Diagnoseart: Zusatzkennzeichen zur Qualifizierung der Diagnose („Je höher der Anteil der gesicherten Diagnosen und je geringer der Anteil der Diagnosen ohne Zusatzkennzeichen, desto besser ist die Diagnosequalität“)

Im Rahmen der Routinedatenanalyse im Eva PT-RL Projekt wurde bei der Datenziehung sowohl nach Kriterium 1 als auch Kriterium 3 selektiert, indem nur Patienten eingeschlossen wurden, die eine gesicherte Depressionsdiagnose in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen kodiert bekommen haben. Entsprechend kann nur das Kriterium 2 zur Beurteilung der Diagnosequalität herangezogen werden. Bei Erwachsenen mit gesicherter Depressionsdiagnose wurde 2018 bei 40,1 % (26,3 % der Kinder und Jugendlichen) als Indexdiagnose ein unspezifischer Diagnoseendsteller (F32.9 und F33.9) genutzt. Unspezifische Diagnoseendsteller werden dabei insbesondere von Hausärzten kodiert (51,8 % der dort gestellten Diagnosen sind F32.9 und F33.9). PTE wählen diese Diagnosen nur in 11,5 % der Fälle.

- Fehlendes Wissen über eigene Erkrankung

Ein hemmender Faktor für den Zugang zur Psychotherapie könnte die mangelnde Aufklärung durch den Haus- oder Facharzt sein.

Es besteht eine grundsätzliche Pflicht des Arztes zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. „Die Selbstbestimmungsaufklärung stellt die maßgebliche und erforderliche Entscheidungsgrundlage des Patienten dar, um frei und selbstverantwortlich über die Durchführung einer ärztlichen Behandlung urteilen zu können. Der Patient soll über das Wesen der Behandlung oder des Eingriffs im Großen und Ganzen aufgeklärt werden. Nach der Aufklärung soll er sich ein Bild von Art und Verlauf seiner Krankheit, möglichen Behandlungsmethoden und deren Alternativen sowie des jeweiligen Spektrums und der Schwere der Risiken machen können“ (Parzeller et al., 2007, S. 577 f.).

Die Selbstbestimmungsaufklärung untergliedert sich in Diagnose-, Behandlungs-, Risiko- und Verlaufsaufklärung.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Bei der Diagnoseaufklärung geht es insbesondere darum den Patienten über die gestellte Diagnose zu informieren und ihm Möglichkeiten aufzuzeigen, wie diese Diagnose ggf. exakter gestellt werden kann. Im Rahmen der Behandlungsaufklärung müssen die empfohlene Behandlung aber auch mögliche Alternativen hierzu erläutert werden. Die Risikoaufklärung beinhaltet sowohl die Risiken der empfohlenen Behandlung jedoch auch jene bei Nicht-Behandlung der Erkrankung. Dies geht Hand in Hand mit der Verlaufsaufklärung, in der der Arzt den Patienten über die möglichen Verläufe seiner Erkrankung mit der empfohlenen Therapie als auch ohne Behandlung aufklären muss.

Wichtig im Rahmen der Aufklärung ist, dass die Aufklärungspflicht eine höchstpersönliche Aufgabe des Arztes ist, welche nicht an nicht-ärztliches Personal delegiert werden kann. Ein Versäumnis der Aufklärung oder eine nicht ausreichend durchgeführte oder dokumentierte Aufklärung kann haftungsrechtliche Konsequenzen für den Arzt haben.

Trotz der bestehenden Verpflichtung zur Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung ist es möglich, dass der Arzt dieser nicht oder nicht in ausreichendem Umfang nachkommt und so der Patient nicht (ausreichend) über seine Erkrankung informiert ist. In der Folge wird er sich seiner Erkrankung gar nicht bewusst sein und entsprechend nicht um einen Erstkontakt in der ambulanten Psychotherapie bemühen. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn auch der subjektiv wahrgenommene Leidensdruck des Patienten nicht groß genug ist, um sich aktiv beim Hausarzt nach einer möglichen psychischen Erkrankung zu informieren oder intrinsisch um einen Erstkontakt zu bemühen.

- Keine ambulante Psychotherapie-Empfehlung trotz Indexdiagnose

Eine Option, warum einige Patienten keinen Erstkontakt in der Psychotherapie haben, könnte daran begründet sein, dass der Hausarzt keine psychotherapeutische Behandlung empfiehlt, sondern den Patienten z.B. über die psychosomatische Grundversorgung (PSG) stabilisiert. Dies könnte insbesondere bei Patienten mit leichten Depressionen der Fall sein. Bei einer leichten Depression sieht die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare-Depression niedrigintensive Interventionen (z.B. Selbsthilfe) als geeignete Möglichkeit zur Versorgung an. Eine Psychotherapie wird bei Patienten mit einer leichten depressiven Symptomatik dann empfohlen, „wenn die Symptomatik trotz Nutzung von Interventionen mit geringer Intensität fortbesteht und / oder wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine Psychotherapie angesprochen haben und /

oder wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittelgradigen oder schweren Depression besteht [...] und / oder wenn sie niedrigschwellige Verfahren ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben“ (Bundesärztekammer [BÄK] et al., 2022, S. 101).

Ein Hinweis darauf, dass nicht allen Patienten eine Psychotherapie empfohlen wird, ist zum einen, dass 62,6 % der Patienten, die ihre Diagnose beim Hausarzt bekommen, auch eine PSG erhalten, welche entsprechend der S3 Leitlinie ebenfalls zu den niedrigintensiven Interventionen gehört.

Denkbar wäre ebenfalls, dass es zweckmäßig ist, zunächst den Krankheitsverlauf zu beobachten. Möglicherweise handelt es sich um eine kurze Episode, die durch äußere Umstände hervorgerufen wird und deren Symptome zeitnah ohne psychotherapeutische Intervention wieder abklingen.

Neben Abwarten könnte auch eine direkte stationäre Behandlung empfohlen werden oder, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, eine Empfehlung in Maßnahmen außerhalb der GKV (z.B. Beratungsstelle oder Jugendhilfe), die nicht im Rahmen der Routinedaten beobachtet werden können.

- Ablehnung von Hilfsangeboten trotz Diagnose bei Erwachsenen

Trotz Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung ist es nicht selten, dass Patienten Hilfsangebote ablehnen. Im BARMER Arztreport 2020 wird als häufigster Grund genannt, dass ein anderer Weg zur Arbeit an der eigenen psychischen Gesundheit genutzt / gefunden wurde (Grobe et al., 2020).

Häufig suchen die Betroffenen die Schuld für ihr Befinden bei sich selbst und glauben nicht an eine Erkrankung als Ursache für ihre Symptome. Entsprechend lehnen sie auch eine Behandlung ab (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2024).

Auf der anderen Seite haben gerade psychisch erkrankte Patienten mit Wissen um die begrenzten Ressourcen im psychotherapeutischen Setting das Gefühl, „jemandem, dem es schlechter geht, den Platz wegzunehmen“, was sie davon abhält ihre Erkrankung behandeln zu lassen (Kienzl, 2020).

Auch wenn in den letzten Jahren viele Bestrebungen unternommen wurden, die Stigmatisierung, die mit einer psychischen Erkrankung gesellschaftlich verbunden war bzw. immer noch

ist, abzubauen, befürchten Patienten auch heute noch negative gesellschaftliche Folgen / Konsequenzen, wenn sie sich durch Aufnahme einer Therapie „offiziell zu ihrer Erkrankung bekennen“ (Sheehan et al., 2016).

Auch patientenindividuelle Faktoren (siehe auch unten) können dazu beitragen, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht gewünscht ist, bspw. weil kein für den Patienten passendes Angebot möglich scheint.

Bei Patienten, die z.B. unter einer Somatoformen Störung (F45) leiden, können die Gründe erkrankungsabhängig noch andere sein. So weist die Erkrankung laut ICD-10 Erläuterung die folgenden Merkmale auf: „Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.“ Aufgrund des Glaubens, dass den Symptomen eine somatische Erklärung zugrunde liegt, lehnen solche Patienten eine psychotherapeutische Behandlung regelmäßig ab.

Wie diese Hürde abgebaut werden könnte, war kein Projektbestandteil, sodass zu diesem Themenbereich keine Empfehlungen zur Verbesserung abgegeben werden können. Neben dem Abbau von Zugangshürden, die eher im System begründet liegen, stellt dieser Bereich jedoch einen wichtigen Ansatzpunkt dar, damit mehr Patienten eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie benötigt wird.

- Zugangshemmnisse im Falle eines vom Patienten gewünschten Erstkontakts

Möglicherweise erkennt der Patient, dass eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll sein könnte und die Bereitschaft, einen PT aufzusuchen, ist vorhanden, allerdings fehlt das Wissen darüber, wie der Kontakt mit dem PT zustande kommen könnte. Vor allem die benachteiligten Gruppen (siehe unten) können hiervon stark betroffen sein.

Bei Kindern und Jugendlichen kann die eigene Unselbstständigkeit und die damit verbundene Abhängigkeit gegenüber den Bezugspersonen einen Erstkontakt verhindern. Der Patient kann in den überwiegenden Fällen nicht selbst die Initiative ergreifen, weshalb diese von der Bezugsperson kommen muss. Für diese kann das System der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu komplex sein, als dass sie einen Erstkontakt selbständig vereinbaren können. An

dieser Stelle spielen patientenindividuelle Faktoren (z.B. siehe benachteiligte Gruppe) eine große Rolle.

Erstkontakt-erschwerend kommen bei Erwachsenen krankheitsspezifische Hemmnisse hinzu. Krankheitsspezifische Hemmnisse können z.B. sein, dass der Patient sich aufgrund der Erkrankungsschwere nicht selbstständig um einen Termin kümmern kann oder aus diesem Grund nicht die Energie hat, nach einem fehlgeschlagenen Versuch weitere PT zu kontaktieren. Insbesondere Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können hiervon betroffen sein. Die Erkrankungssymptome erschweren eine Kontaktaufnahme zu einem PT, was entsprechend die Chance für einen Übergang in die ambulante psychotherapeutische Versorgung reduzieren kann.

Bei Kindern und Jugendlichen kommt entsprechend Erstkontakt-fördernd hinzu, dass die Kontaktaufnahme durch Dritte (z.B. durch Bezugspersonen) erfolgt und keine krankheitsspezifischen Hemmnisse die Organisation eines Erstkontakts verhindern.

Ob Patienten, die keinen Erstkontakt beim PT haben, eigentlich (1.) gar keine psychische Erkrankung haben und die Erkrankung „falsch“ kodiert oder diagnostiziert ist, oder (2.) ob der Patient nicht ausreichend über seine Erkrankung aufgeklärt wurde, kann nicht abschließend beurteilt werden. Hier besteht aktuell eine Forschungslücke, die geschlossen werden müsste. Patienten, bei denen (3.) zwar eine psychische Erkrankung beim Hausarzt festgestellt wurde, aber gleichzeitig noch kein Bedarf für einen Verweis an die psychotherapeutische Versorgung gesehen wird oder die in andere Bereiche gelotst werden, sind nicht primär am Zugang gehemmt, da sie aufgrund der Empfehlung ihres Arztes noch keinen Zugang anstreben. Die unter (4.) und (5.) beschriebenen Hürden, haben Patienten, die ihre Erstdiagnose direkt vom PT erhalten haben, bereits genommen. Sie haben sowohl den Behandlungsbedarf für sich anerkannt als auch die Vereinbarung und Wahrnehmung des Ersttermins wäre grundsätzlich selbständig möglich.

Während, wie oben bereits beschrieben, grundsätzlicher Handlungsbedarf bei der Vereinbarung bzw. Vermittlung besteht, muss bei Indexdiagnosen im Bereich der hausärztlichen und somatischen sowie der stationären Versorgung besonders nachgebessert werden und, wenn

ein Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung nötig ist, der Zugang gefördert werden.

Neben dem Zugangsweg, der einen Einfluss darauf hat, einen Erstkontakt zu haben, spielen noch patientenindividuelle Faktoren eine Rolle. Patienten, die einen oder mehrere Faktoren aufweisen, die die Chance auf einen Erstkontakt verringern, werden im Folgenden zu einer „benachteiligten“ Gruppe gezählt. Der empirisch beobachtete seltenere Zugang dieser Gruppen kann verschiedene Gründe haben. Einige Faktoren verhindern einen Erstkontakt, weil die Patienten keinen Zugang zur ambulanten Psychotherapie wünschen, andere wiederum, weil die Patienten durch sie nur eingeschränkt in der Lage sind einen Erstkontakt zu vereinbaren. Welche im Zugang benachteiligten Gruppen im Rahmen des Projekts identifiziert werden konnten und woran bei ihnen ein Zugang scheitert (bzw. scheitern kann), wird in Kapitel 1.1 erläutert.

1.1 Benachteiligte Gruppen

Status-Quo und Projektergebnisse:

Sowohl im Rahmen der Routinedatenanalyse als auch in der Befragung der Hausärzte konnten personenindividuelle Faktoren identifiziert werden, die sich negativ auf das Zustandekommen eines Erstkontaktes auswirken.

Im Folgenden werden zunächst die Projektergebnisse beschrieben und im Anschluss die Gründe diskutiert, warum diese Personengruppen häufiger keinen Erstkontakt haben.

Projektergebnisse Erwachsene

Die durchgeführte logistische Regression im Rahmen der Routinedatenanalyse hat gezeigt, dass mit steigendem Alter die Chance für das Zustandekommen eines Erstkontaktes bei Vorliegen einer Indexdiagnose sinkt (38,0 % der 21-30-Jährigen und lediglich 1,5 % der 81-90-Jährigen, kontinuierlich sinkend von jung nach alt). Auch Männer haben im Vergleich zu Frauen seltener einen Erstkontakt. Während 2018 23,7 % der Frauen einen Erstkontakt hatten, waren es nur 21,1 % der Männer. Nach der Reform sind die Anteile an Patienten mit Erstkontakt gestiegen, bei Männern und Frauen gleichermaßen.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Auch der Schweregrad der Diagnose hat einen Einfluss auf den Erstkontakt. Während im Vergleich zu leichten Diagnosen (mit einer als leicht kategorisierten Indexdiagnose betrug der Anteil an Patienten mit einem psychotherapeutischen Erstkontakt 17,8 %) Patienten mit mittelschweren Indikationen häufiger (32,6 % mit Erstkontakt) einen Erstkontakt haben, haben Patienten mit schweren (25,8 % mit Erstkontakt) und sehr schweren (18,0 % mit Erstkontakt) Diagnosen signifikant seltener einen Erstkontakt. Ein stationärer Aufenthalt wegen einer Depression wirkt sich positiv auf das Zustandekommen eines Erstkontakts aus.

Hausärzte benannten im Rahmen der Befragung Patientengruppen, die ihrer Ansicht nach möglicherweise einen erschwerten Zugang zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung haben.

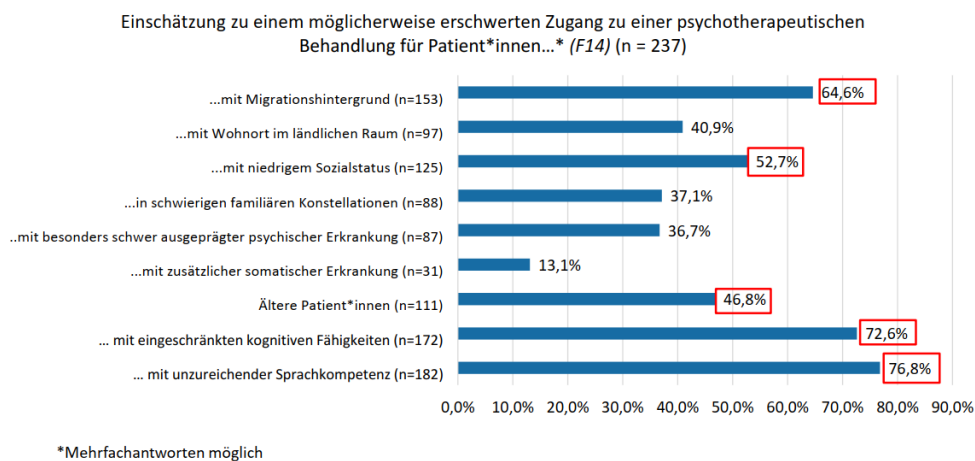


Abbildung 1: Einschätzung der Hausärzte zu einem möglicherweise erschwerten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung für Erwachsene

Hier wurden zusätzlich die Variablen abgefragt, welche im Rahmen der Routinedatenanalyse nicht oder nur eingeschränkt überprüft werden konnten.

Die obengenannten, im Zugang benachteiligten Gruppen, können nach Angaben der Hausärzte um die Gruppen „Menschen mit Migrationshintergrund“, „Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten“, „Menschen mit unzureichender Sprachkompetenz“ und „Menschen mit niedrigem Sozialstatus“ ergänzt werden. Als benachteiligt wurden Gruppen definiert, die eine Zustimmungsquote von über 45 % aufweisen.

Es ergeben sich entsprechend die folgenden im Zugang benachteiligten Gruppen aus den Projektergebnissen.⁹ Gruppen, die sich aus der Befragung von hausärztlich tätigen Ärzten ergeben haben, sind mit einem * markiert.

- Menschen mit Migrationshintergrund *
- Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten *
- Menschen mit unzureichender Sprachkompetenz *
- Menschen mit niedrigem Sozialstatus *
- Menschen mit männlichem Geschlecht
- Menschen mit zunehmendem Alter
- Menschen mit schweren und sehr schweren Erkrankungen

Projektergebnisse Kinder und Jugendliche

Nach der Reform 2018 hatten 54,7 % der Kinder und Jugendlichen einen Erstkontakt, ein Anstieg um 13,8 Prozentpunkte im Vergleich zu 2016.

Die durchgeführte logistische Regression hat gezeigt, dass Jugendliche ab 13 Jahren signifikant häufiger einen Erstkontakt hatten als Kinder bis 12 (49,3 % der 2-12-jährigen hatten einen Erstkontakt und z.B. 60,3 % der 14-jährigen) wobei sich dieses Ungleichgewicht zwischen 2016 und 2018 leicht verringert hat. Auch bei den Kindern und Jugendlichen wird deutlich, dass Jungen seltener einen Erstkontakt haben als Mädchen (58,4 % Mädchen vs. 47,8 % Jungen). Vergleichbar mit den Erwachsenen sind auch die Ergebnisse hinsichtlich des indexdiagnose-stellenden Leistungserbringers. Kinder und Jugendliche, die ihre Indexdiagnose bei einem PTKJ erhielten, zeigten signifikant häufiger einen Erstkontakt als solche, die ihre Indexdiagnose im Krankenhaus oder beim Kinder- und Jugendmediziner erhalten haben. Anders als bei den Erwachsenen scheinen junge Patienten mit schwerer oder sehr schwerer Diagnose nicht schwieriger in die ambulante Versorgung zu kommen, sondern genauso wie Kinder und Jugendliche mit leichten Diagnosen. Ähnlich wie auch bei den Erwachsenen, wirkt sich ein stationärer Aufenthalt wegen einer Depression (unabhängig vom Zeitpunkt des stationären Aufenthalts nach Indexdiagnose) positiv auf die Chance des Zustandekommens eines Erstkontakts aus.

⁹ Hierbei ist zu beachten, dass in der Routinedatenanalyse ausschließlich Menschen mit Depressionsdiagnose einbezogen wurden, während bei der Befragung der Hausärzte alle Patientengruppen adressiert wurden.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Während Kinder und Jugendliche, die ihre Indexdiagnose bei PTKJ erhalten haben, zu 78,9 % einen Erstkontakt haben, haben nur 47,7 % der Kinder und Jugendlichen, die ihre Indexdiagnose beim Kinder- und Jugendmediziner erhalten haben, einen Erstkontakt.

Auch die Kinder- und Jugendmediziner wurden befragt, welche patientenindividuellen Faktoren ihrer Ansicht zu einem möglicherweise erschwerten Zugang führen.

Die Ergebnisse überschneiden sich stark mit denen aus der Befragung der Hausärzte zu den Erwachsenen. Während das Alter bei den Kindern und Jugendlichen eine untergeordnete Rolle spielt, ist bei ihnen die familiäre Situation ein relevanter Faktor für das Zustandekommen eines Erstkontaktes. Patienten mit schwierigen familiären Konstellationen haben hierbei seltener einen Erstkontakt.

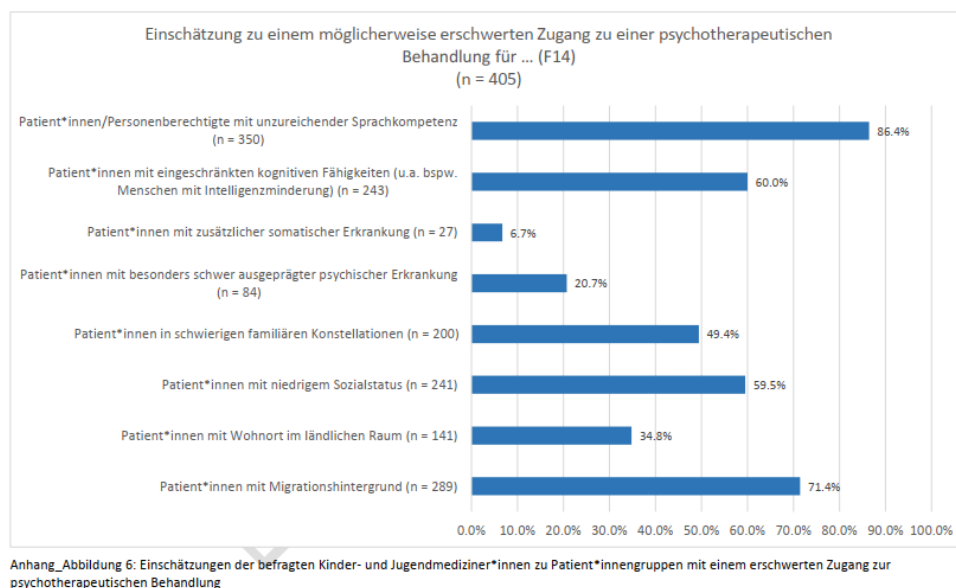


Abbildung 2: Einschätzung der Kinder- und Jugendärzte zu einem möglicherweise erschwerten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung für Kinder- und Jugendliche

Es ergeben sich entsprechend die folgenden im Zugang benachteiligten Gruppen für Kinder und Jugendliche. Gruppen, die sich aus der Befragung von Kinder- und Jugendärzten ergeben haben, sind mit einem * markiert:

- Menschen mit Migrationshintergrund*
- Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten*

- Menschen mit unzureichender Sprachkompetenz (sowohl bezogen auf den Patienten als auch den Personenberechtigten)*
- Menschen mit niedrigem Sozialstatus*
- Menschen mit männlichem Geschlecht
- Menschen im Alter von 2-12 Jahren
- Menschen mit schwierigen familiären Konstellationen*

1.1.1 Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten

Menschen mit Intelligenzminderung haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine drei- bis viermal häufigere Prävalenz für psychische Erkrankungen. Hierbei kommt es regelmäßig vor, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen zunächst fälschlicherweise auf die Intelligenzminderung zurückgeführt werden. Ein Grund dafür liegt in den genutzten Klassifikationssystemen die vordergründig darauf ausgerichtet sind, dass durch Selbstbetrachtung und Verbalisierung diagnostiziert wird. Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten weisen diese Fähigkeit zum Teil nicht auf. Aus diesem Grund benötigt es Expertise der Person, welche die Behandlung durchführt (Häßler, 2015).

Die Literatur gibt allerdings als Hürde an, dass PT seltener Fähigkeiten besitzen, um auf die Besonderheiten der Patientengruppe einzugehen. So fühlen sich viele PT nicht ausreichend qualifiziert, um Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zu behandeln, weil sie in der Aus-, Weiter- und Fortbildung nicht ausreichende Kenntnisse erlangt haben. Dies führt wiederum dazu, dass es nur wenige PT gibt, die Menschen mit Intelligenzminderung behandeln, wodurch eine wohnortnahe Versorgung nicht ausreichend gewährleistet werden kann. „Die psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen ist dennoch in erheblichem Maße unzulänglich. Das psychiatrische und das psychotherapeutische Versorgungssystem sind bisher weder fachlich noch strukturell und organisatorisch auf die besonderen Bedarfslagen und Bedürfnisse dieser Personengruppe ausgerichtet.“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2019). Eine zusätzliche Hürde besteht darin, dass nicht die Patienten selbst den Kontakt zum PT herstellen können, sondern diese darauf angewiesen sind, dass ihre Bezugsperson sich um den Zugang kümmert. Da dies mit hohem Aufwand verbunden ist, können auch finanzielle Barrieren den Zugang erschweren.

Aufwand bzw. Kosten, die u.a. für Wegbegleitung anfallen, werden aber nicht durch die Regelversorgung abgedeckt, weshalb die Unterstützung auf persönlichem Engagement beruht.

Bei bereits erfolgtem Erstkontakt zeigt sich häufig eine geringe Termintreue der Patienten, auf der einen Seite aufgrund von Unwillen, auf der anderen Seite aufgrund fehlender Transport- und Begleitungsmöglichkeiten (Psychotherapeutenkammer NRW, 2022a; DGPPN, 2019).

1.1.2 Menschen mit Migrationshintergrund

Migrationshintergrund ist kein einheitlich definiertes soziodemographisches Merkmal. Es beschreibt Menschen, die selbst oder deren Eltern aus einem Staat in ein anderes Land emigriert sind oder deren Eltern keine Staatsangehörigkeit des Ziellandes besessen haben (OWID, 2024). Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes wird ein Migrationshintergrund wie folgt definiert: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF], 2019).

Gründe, warum Menschen mit Migrationshintergrund möglicherweise einen erschwerten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung haben, sind vielfältig. Dies ist vor allem darin begründet, dass es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Nach der Definition des Mikrozensus besteht eine Vielzahl an Menschen mit Migrationshintergrund, die ihr Leben lang in Deutschland gelebt haben. Bei einem relevanten Teil von Ihnen haben auch die Eltern einen Großteil ihrer Existenz in Deutschland verbracht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016). Gleichzeitig umfasst die Gruppe auch solche, die durch Migrationsströme der letzten Jahre (z.B. Menschen aus der Ukraine und Syrien) erst vor kurzem angefangen haben ein Leben in Deutschland zu führen (Ghosh, 2023). Dementsprechend ist die Ableitung von Gründen für Versorgungsprobleme, die alle Personen innerhalb dieser Gruppe betreffen, multifaktoriell.

Für einen kleinen Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund, jenen deren Asylverfahren noch läuft oder die sich aus humanitären Gründen in Deutschland nur vorübergehend aufhalten dürfen, richten sich die Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die gegenüber regulären Ansprüchen erheblich eingeschränkt sind (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2010). Insofern die Versorgung nach § 3 AsylbLG geregelt ist, besteht für Asylbewerber ein Leistungsanspruch nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und

Schmerzzustände (§ 4, Abs. 1, S. 1 AsylbLG). Laut § 6 AsylbLG können sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall „zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind“. Psychotherapie kann also unter entsprechenden Umständen finanziert werden, allerdings muss die zuständige Sozialbehörde eine Behandlung als erforderlich einschätzen und bewilligen (§ 6 AsylbLG). Ein Prozess, der mit Aufwand einhergeht und den Zugang erschweren kann. Es bestehen an dieser Stelle also juristische Barrieren der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung entgegen. Für den Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund bestehen allerdings schwer operationalisierbare Hürden und Hemmnisse, die sowohl Angebot als auch Nachfrage betreffen können.

So sind manche Menschen mit Migrationshintergrund in Regionen aufgewachsen, die durch andere kulturelle Einflüsse geprägt sind. Daraus ergeben sich Auswirkungen, die für die potenzielle Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen relevant sind. So wird die Vorstellung von dem, was als „Gesundheit“ und was als „Krankheit“ definiert wird, durch eine Kultur geprägt (Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen [KatHO], 2018). Dadurch kann beeinflusst werden, ob und wann eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als notwendig erachtet wird. Auch kann der ethnokulturelle Hintergrund des Patienten Auswirkungen auf den Behandlungsprozess haben, z.B. durch unterschiedliche Wertvorstellungen. Divergierende Perspektiven des Behandlers und Patienten auf Problemlagen können dazu führen, dass Problemsituationen über- oder unterschätzt werden. Dadurch kann es dazu kommen, dass Versorgungsbedarfe falsch interpretiert und Versorgungsangebote nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

PT können die Vermutung haben, den Bedürfnissen und Erwartungen der potenziellen Patienten nicht gerecht werden zu können, wodurch sich der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen verschlechtert. Auch ist es möglich, dass die Bildung einer Behandlungsbeziehung durch unterschiedliche kulturelle Hintergründe erschwert wird, was negative Auswirkungen auf den Behandlungsprozess haben kann (Kahraman, 2008). Ebenfalls möglich ist, dass negative Diskriminierungserfahrungen eine Rolle spielen. So können negative Erlebnisse zur Konsequenz haben, dass Menschen die Suche nach einem Therapieplatz aufgeben und sich nicht weiter dahingehend bemühen, was dazu führen kann, dass Leistungen trotz bestehendem Bedarf nicht in Anspruch genommen werden (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung [DeZIM], 2023).

Ein Grund für die Relevanz der beschriebenen Aspekte liegt in der Demografie der psychotherapeutischen Leistungserbringer. 68% der PT gaben in der Befragung des EVA-PT-RL-Projekts an, dass sie mindestens 51 Jahre alt sind. Jüngere Kohorten weisen höhere Migrationsquoten auf. Bei den 55-<65-Jährigen sind es 17,3%, während es bei den 20-<25-Jährigen 34,1% sind (Bundeszentrale für politische Bildung [bpb], 2022). Gleichzeitig ist der Bildungsweg zum PT mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden, was dazu führt, dass der Anteil der Absolventen aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status klein ist. Ein hoher sozioökonomischer Status korreliert wiederum damit, dass kein Migrationshintergrund bei der entsprechenden Person vorliegt (statista, 2024a). So entsteht die Gegebenheit, dass PT eine Gruppe darstellen, die eine geringere kulturelle Diversität als die Allgemeinbevölkerung aufweisen (Eller & Berg, 2023).

PT, die selbst einen Migrationshintergrund haben, können die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund durch eigene Erfahrungen vereinfachen und Zugangsbarrieren minimieren. Wie diese Quote der Leistungserbringenden mit Migrationshintergrund erhöht werden kann und andere Aspekte, die eine kultursensible Versorgung verbessern, sollte in weiterführender Forschung thematisiert werden.

1.1.3 Menschen mit unzureichender Sprachkompetenz

Bei Menschen mit einem niedrigem Deutschniveau handelt es sich um eine Subgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Die vorher beschriebenen Probleme treffen dementsprechend auch auf sie zu. Im Jahr 2018 gab es 2,9 Millionen Menschen in Deutschland, die Deutsch nicht als Herkunftssprache sprachen und im Deutschen gering lateralisiert waren (Grotluschen & Buddeberg, 2020).

Ein niedriges Sprachniveau erschwert den Zugang zur Versorgung allgemein und speziell zur psychotherapeutischen Versorgung. Da das Versorgungssystem komplex ist, benötigt es Informationen, um das passende Angebot in Anspruch zu nehmen. Die notwendigen Informationen liegen zum Großteil aber nur in deutscher Sprache vor und ohne fremde Hilfe erscheint es fast unmöglich die passende Stelle zu erreichen (KBV, 2020a). Die Kontaktaufnahme zu PT basiert immer auf Interaktion mit dem Medium Sprache, entweder in schriftlicher oder gesprochener Form. Eine Sprachbarriere führt also dazu, dass die Vereinbarung eines Erstkontaktes

erschwert ist. Dies kann auch dadurch hervorgerufen werden, dass bei PT Ressentiments vorliegen, da sie sich der Versorgung des entsprechenden Patienten nicht gewachsen fühlen.

Ein weiteres Problem bei der Versorgung von Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen ist, dass eines der Kern-Instrumente der Psychotherapie die verbale Kommunikation ist (Kalitzkus et al., 2009). Für einen funktionierenden Austausch ist eine gemeinsame Sprache essenziell. Wenn dies nicht gegeben ist, muss eine Übersetzung erfolgen, um die Sprachbarriere zu überwinden. Inwiefern KI und Sprachprogramme zukünftig dafür eingesetzt werden können, ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht abzusehen. Da es sich in der Psychotherapie um eine komplexe Interaktion handelt und persönliche Probleme besprochen werden, kann nur resümiert werden, dass die Technik zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht so weit ist. Die einzige Alternative ist ein Dolmetscher, um in den verbalen Austausch gehen zu können. Allerdings ist dies mit Problemen behaftet (Martin, 2020). Zum einen werden in der Psychotherapie sehr persönliche Themen besprochen. Das Therapiesetting wird durch die dritte Person verändert, was Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben kann. Des Weiteren wird der organisatorische Aufwand erhöht, da eine dritte Person beim Termin anwesend sein muss. Durch die persönlichen Themenkomplexe ist die Dolmetscherleistung herausfordernd und benötigt spezielle Kompetenzen, wodurch auch die Kosten beeinflusst werden. Die Übernahme von Dolmetscherleistungen ist im Regelversorgungssystem nicht vorgesehen (Deutscher Bundestag, 2017). Laut SGB V besteht kein Anspruch für die Übernahme solcher Leistungen. Bereits 1995 entschied dazu das Bundessozialgericht (BSG), die Dolmetscherleistung „ist nicht Teil der ärztlichen Behandlung, weil der Arzt sie aufgrund seines ärztlichen Fachwissens weder leiten noch kontrollieren und somit auch nicht verantworten kann“ (Bundessozialgericht [BSG], 1995). Eine Bestätigung dieses Urteils erfolgte u.a. im Jahr 2006 (BSG, 2006) und 2018 (Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, 2018). Versicherte haben danach bei einer ambulanten Behandlung keinen Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten gegenüber den Krankenkassen. Der jeweilige AsylbLG-Träger oder der Patient selbst müssen also für die Finanzierung aufkommen (Deutscher Bundestag, 2017). Dies erschwert den Zugang zum Versorgungssystem für Menschen mit niedrigem Sprachniveau.

Bei einem Teil der Menschen mit niedrigem Deutschkenntnissen handelt es sich um Geflüchtete. Da Flucht nicht ohne Grund erfolgt, handelt es sich um eine Klientel, das überdurchschnittlich häufig traumatische Erlebnisse erfahren hat. Damit steht auch eine erhöhte

Prävalenz post-traumatischer Belastungsstörungen in Verbindung. Davon sind auch Kinder und Jugendliche betroffen. Eine Studie mit Heranwachsenden aus der Ukraine im Jahr 2020 zeigte, dass etwa 1 von 4 Kindern aus betroffenen Regionen psychosoziale Unterstützung benötigte. 33% zeigten Anzeichen einer Depression oder PTBS und Suizidgedanken (Martsenkovskyi et al., 2023). Viele der Eltern solcher Kinder haben ebenfalls wenige Deutschkenntnisse. Die Suche nach dem passenden Versorgungsangebot kann, wie oben geschrieben, erschwert sein, wodurch die Versorgungssituation verschlechtert wird und Erstkontakte seltener erfolgen.

1.1.4 Menschen mit niedrigem Sozialstatus

Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status weisen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Störungen auf. So zeigten Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“, dass die Menschen in niedrigen im Vergleich zu denen in hohen sozioökonomischen Klassen ein höheres Risiko für Depressionen haben (Lampert et al., 2014). Auch andere Datenquellen bekräftigen diese Aussage. So zeigt auch eine Publikation von Gerlinger et al., dass die Prävalenzen von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status signifikant höher sind, als die von Menschen mit hohem Status (DGPPN, 2018).

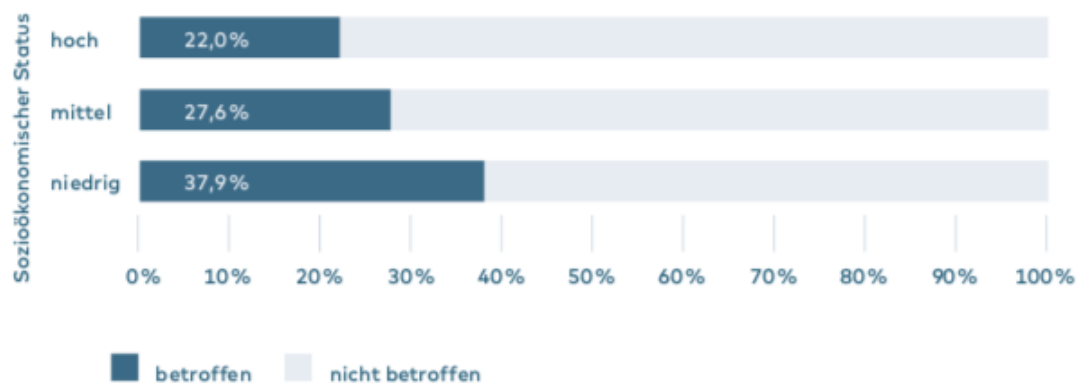


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung, differenziert nach sozioökonomischem Status

Trotz des erhöhten Risikos nutzen Menschen mit niedrigem Sozialstatus das Angebot der Psychotherapie deutlich seltener als andere soziale Schichten. Menschen mit hohem Bildungsniveau lassen sich rund zwei- bis dreimal häufiger psychotherapeutisch behandeln als Menschen aus der unteren Bildungsschicht (Munz, 2022).

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Munz (2022) sieht einen Grund dafür im niedrigen Informationsstand dieses Patientenkollektivs. Es fehle an Wissen über psychische Erkrankungen, ihrer Symptome und die Behandlungsmöglichkeiten, weswegen psychische Beschwerden oft nicht oder zu spät erkannt werden. Die Informationsdefizite führen außerdem zu ungesünderen Lebensweisen und schlechteren Gesundheits-Outcomes. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status gehen weitaus seltener davon aus, dass ihre Lebensweise die eigene Gesundheit beeinflussen kann. Dadurch kann auch der subjektiv wahrgenommene Nutzen von psychotherapeutischen Leistungen negativ beeinflusst werden. Ebenfalls gibt es Hinweise in Studien darauf, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status seltener ein Therapieplatz angeboten wird (Niemeyer & Knaevelsrud, 2023).

Eine weitere Zugangsbarriere wird durch die unterschiedliche sozioökonomische Stellung des Arztes/Therapeuten hervorgerufen. Diese gehören zumeist einer anderen sozialen Schicht und Herkunft an. So kann das Gefühl aufkommen, dass der Versorger Probleme nicht nachempfinden könne. Dies kann negative Auswirkungen auf die intrinsische Motivation haben einen Erstkontakt zu vereinbaren. Laut einer Studie der University of Wisconsin können sich Patienten mit niedrigem sozioökonomischem Status bei optisch sichtbaren Unterschieden zum PT, wie z.B. hochwertiger Kleidung oder Ausstattung des Büros, eingeschüchtert und abgewertet fühlen. Dadurch kann die Bildung einer therapeutischen Beziehung erschwert sein (Sonnemoser, 2012).

Eine Zugangsbarriere für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status stellen die schwierigeren organisatorischen Rahmenbedingungen dar. So existieren finanzielle Barrieren. Transportkosten fallen für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status stärker ins Gewicht als für Menschen anderer Schichten (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, 2018). Auch weitere indirekte Kosten, wie für eine potenziell notwendige Kinderbetreuung, sind für sie von größerer Bedeutung. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind also weniger flexibel. Dies führt dazu, dass Angebote der psychotherapeutischen Versorgung seltener in Anspruch genommen werden, schlicht weil die Umsetzung der Termine für sie schwieriger ist.

1.1.5 Menschen mit männlichem Geschlecht

Männer nehmen deutlich seltener psychotherapeutischen Versorgung in Anspruch, als es bei Frauen der Fall ist. In der Routinedatenanalyse des EVA-PT-RL-Projekts zeigte sich ebenfalls, dass Männer mit Depressionsdiagnose im Jahr 2018 seltener einen Erstkontakt als Frauen hatten. Es folgt eine Darlegung möglicher Gründe und Erklärungsansätze für die zu beobachtende Situation und geschlechterspezifische Unterschiede im Hinblick auf die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen.

Die Suizidraten der Geschlechter unterscheiden sich deutlich voneinander. Männer begehen in Europa ca. vier Mal so häufig Suizid, wie es Frauen tun (Deutscher Bundestag, 2024). Männer umfassen ca. die Hälfte der Gesellschaft. Es handelt sich also um eine sehr große Gruppe, weshalb die folgenden Aspekte und Aussagen nicht allgemeingültig sein können. Es existieren biologische Faktoren, die auch als Erklärungsansatz dienen können, hier aber nicht aufgegriffen werden.

Das Nachfrageverhalten von Männern unterscheidet sich von dem von Frauen. Hierfür bestehen unterschiedliche Gründe. So ist bei ihnen die subjektive Stigmatisierung bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie ausgeprägter. Vor allem bei Männern, deren Normen sich an traditionellen Werten orientieren, ist dies der Fall. Die geschlechtsspezifischen Erwartungen erschweren es Männern, Bedenken und Sorgen auszudrücken. Hilfe zu suchen wird mit Schwäche gleichgesetzt und ist „feminin“ konnotiert. Nach diesem Weltbild sollten Männer stark genug sein, um die eigenen Probleme selbst zu lösen (Shepherd et al., 2023).

Dieses Rollenbild ist nach wie vor in unserer Gesellschaft verwurzelt. In einer Umfrage des Plan International Deutschland e.V. aus dem Jahr 2023 gaben 70% der Männer an, dass sie eigene Probleme ohne externe Hilfe lösen müssen. 50% äußerten, dass Gefühle nach außen tragen als schwach angesehen wird. Gleichzeitig äußerten über 60%, dass sie sich gelegentlich deprimiert, allein oder isoliert fühlen. Knapp 900 der 1.000 befragten Männer gaben an, mit sich und ihrem Verständnis von Männlichkeit im Reinen zu sein (Plan International Deutschland e.V., 2023).

Da der Versuch unternommen wird, dass Probleme mit sich selbst ausgemacht werden sollen, sind schädliche Bewältigungsstrategien bei Männern prävalenter. So entwickeln sie deutlich häufiger als Frauen Suchterkrankungen (Fattore et al., 2014). Die Bewältigungsstrategien

wirken als Hemmnis, um professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen kann verzögert oder sogar verhindert werden. So können sich Zustände chronifizieren und/oder verschlechtern.

Männer haben oft wenig Vertrauen in die Therapie, da sie ihre Probleme als hochkomplex einstufen und dem Nutzen der Therapie skeptisch gegenüberstehen. Verstärkt wird das durch die Tatsache, dass die Anzahl weiblicher Therapeuten die Anzahl männlicher deutlich übersteigt (KBV, 2023a). Mit einer Frau über die eigene Situation zu sprechen ist für Männer mit traditionellem Wertesystem schwierig. Dies führt dazu, dass das Wahrnehmen einer Therapie die eigene Vorstellung von Männlichkeit in Frage stellt und bestehende Ängste den Zugang zu Versorgungsangeboten erschweren (Shepherd, 2023). Die trifft vor allem bei älteren Männern zu. Die Chance psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen wird bei Männern auch dadurch beeinflusst, dass sie eine niedrigere psychische Gesundheitskompetenz als Frauen aufweisen. Es fällt ihnen im Durchschnitt schwerer Emotionen zu erkennen und diese in angemessener Weise auszudrücken. Ihnen ist seltener als Frauen bewusst, dass es sich bei ihrem Zustand um eine behandlungswürdige Erkrankung handeln kann und ziehen es vor, emotionale Schwierigkeiten durch Ablenkung zu vermeiden (Bühning, 2013).

1.1.6 Menschen mit zunehmendem Alter

Die Routinedatenanalyse im EVA-PT-RL Projekt hat gezeigt, dass Menschen höherer Altersklassen seltener einen Erstkontakt haben. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nur Depressionsdiagnosen einbezogen worden sind. Vor allem die Altersgruppen ab dem 61. Lebensjahr zeigten deutlich geringere Erstkontaktquoten als jüngere Altersgruppen (31,0% der 21-30 Jährigen vs. 9,3 bzw. 3,0% der 61-70 bzw. 71-80 Jährigen). Im Folgenden werden Erklärungsansätze hierfür dargelegt.

Die Routinedatenanalyse erfolgt mit Daten des Jahres 2018. Personen, die zu diesem Zeitpunkt das 61. Lebensjahr erreicht hatten, sind im oder vor dem Jahr 1957 geboren. Hierbei handelt es sich also um die Babyboomer-Generation und um eine Generation, die „Kriegskinder“ genannt wird (Bucher, 2008). Für beide Generationen ist der zweite Weltkrieg prägend. Zum einen wurden sie selbst noch von schwierigen Bedingungen nach dem Weltkrieg in ihrer Kindheit geprägt oder sie wurden von Menschen erzogen, die den Krieg selbst erlebt haben.

Dabei können Menschen hohen Alters mit vielfältigen Belastungen konfrontiert sein. Mögliche Verluste durch Tod werden wahrscheinlicher und eigene gesundheitliche Beeinträchtigungen

können sich manifestieren. In Deutschland nehmen 1,5% der über 60-Jährigen psychotherapeutische Behandlung in Anspruch.

Einer der Gründe dafür kann darin liegen, dass ältere Menschen größere Probleme haben, das für sie passende Angebot ausfindig zu machen. Ein Großteil der relevanten Informationen ist im Internet gespeichert. Je älter die Menschen sind, desto niedriger ist der Anteil der Internetnutzer (statista, 2024b). Auch die durchschnittliche Digitalkompetenz sinkt mit steigendem Alter (Wicht et al., 2018). Dies kann zur Konsequenz haben, dass relevante Informationen zu passenden Versorgungsangeboten nicht aufgefunden werden können, wodurch die Nachfrage sinkt.

Die geringe Inanspruchnahme kann auch durch Faktoren hervorgerufen sein, die der Angebotsseite zugeordnet werden können. So kann es vorkommen, dass Hausärzte psychische Erkrankungen als altersangemessene Reaktion auf Lebensumstände interpretieren und keine Psychotherapie empfohlen wird. Dies ist problematisch, da sich psychische Erkrankungen hinter somatischen Beschwerden verbergen können und Hausärzte entsprechend die zentrale Anlaufstelle darstellen. Weitere angebotsseitige Probleme sind bei den PT zu verorten. So können PT sich nicht dazu befähigt fühlen, ältere Menschen adäquat zu versorgen. Außerdem bestehen veraltete Auffassungen, dass Menschen mit hohem Alter nicht therapierbar sind (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. [BAGSO], 2019). Unter anderem liegt dies an vorgefassten Einstellungen der Therapeuten nach welchen die ältere Bevölkerung, als weniger veränderungsfähig eingeschätzt wird. Hinsichtlich der Kompetenzen, der Erfahrungen und des Wissens über die Behandlung dieser Patienten wurden PT befragt. Demnach gaben 25,5% an, sich bislang kaum mit der Versorgung älterer Patienten beschäftigt zu haben, 57% gaben an, sich etwas damit befasst zu haben, während lediglich 14,4% angaben, sich intensiv und 3,4% sehr intensiv damit beschäftigt zu haben (Peters et al., 2024). Die skeptische Haltung der Therapeuten sowie die mangelnde Qualifikation können folglich dazu führen, dass die ältere Bevölkerungsgruppe seltener eine Therapie beansprucht.

1.1.7 Menschen mit schweren und sehr schweren psychischen Erkrankungen

Bei Menschen mit schweren und sehr schweren Erkrankungen handelt es sich um eine besondere Klientel. Die Definition des EVA-PT-RL-Projekts ist dem Anhang 1 zu entnehmen. Schwere psychische Erkrankungen gehen mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Bereichen

einher. In der Routinedatenanalyse des EVA-PT-RL-Projekts zeigte sich, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine leicht geringere Chance auf einen Erstkontakt bei einem psychotherapeutischen Leistungserbringer haben, als Menschen mit leichten Erkrankungen. Schwer psychisch Erkrankte können große Schwierigkeiten haben, die für sie passenden Versorgungsbausteine zu erreichen (Robert Koch Institut [RKI], 2021). Es folgt eine Darlegung möglicher Erklärungsansätze.

Auf der einen Seite ist diese Patientengruppe in Aktivitäten des täglichen Lebens und ihren psychosozialen Fähigkeiten beeinträchtigt. Viele von ihnen haben Probleme ein funktionierendes soziales Gefüge aufrecht zu halten (Kupferberg et al., 2016). Dies führt dazu, dass sie ihren Behandlungsprozess selbstständig organisieren müssen. Gleichzeitig fällt es ihnen durch die Krankheitssymptome schwer genau solche Tätigkeiten auszuüben und eine Behandlung in Anspruch zu nehmen und kontinuierlich fortzusetzen (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2021).

Auf der anderen Seite handelt es sich bei Versorgungsangeboten der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL), um solche, die ein gewisses Maß an Eigeninitiative und Selbstdisziplin benötigen (G-BA, 2024a). Patienten müssen eigenständig in die Praxis des PT kommen und ggf. Hausaufgaben erarbeiten. Nur so können die Versorgungsangebote ihren Nutzen entfalten. Die Symptome von schweren und sehr schweren Erkrankungen können dem allerdings als Hemmnis entgegenstehen. Dies führt dazu, dass psychotherapeutische Angebote nach der PT-RL an ihre Grenzen stoßen. Durch den stark ausgeprägten Krankheitsgrad ergibt sich ein komplexer Behandlungsbedarf. Dieser kann medizinische, psychotherapeutische, psychiatrische, psychosomatische und psychosozialer Hilfen umfassen (BÄK et al., 2022). Angebote der PT-RL können einen Teil des notwendigen Versorgungspakets darstellen, allerdings stoßen sie bei alleiniger Nutzung durch die Höhe des Versorgungsbedarfs an ihre Grenzen. Stattdessen ist es notwendig, dass bei dem Patientenkontext sozialgesetzbuch- und sektorenübergreifende Angebote zusammen eingesetzt werden, wie z.B. Komplexversorgung: Koordinierte Versorgung für schwer psychisch Erkrankte (G-BA, 2024b).

1.1.8 Menschen mit Alter von 2-12 Jahren

Beim Patientenkollektiv der Kinder von 2-12 bestehen große Unterschiede zu anderen Patientengruppen, auch zu Heranwachsenden über 12. Im EVA-PT-RL-Projekt hatten Angehörige

dieser Altersklasse eine signifikant niedrigere Chance auf einen Erstkontakt als Ältere in der Altersgruppe ≤ 18 . Dies hat zahlreiche Gründe.

Kinder in dieser Altersklasse sind noch völlig auf die Fürsorge ihrer Eltern angewiesen. In der „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“, die ein Modul des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des RKI ist, stellte sich heraus, dass Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen den Eltern und Selbstberichten der Kinder existierten. Während im Elternbericht 11 % klinisch bedeutsame Anzeichen für eine Depression aufwiesen, waren es im Selbstbericht der Kinder 16 %. Bei Angsterkrankungen zeigte sich ein Unterschied von 15 % (Eltern) zu 10 % (Selbstbericht). Also schätzen Eltern internalisierende Auffälligkeiten ihrer Kinder anders ein als es diese selbst tun, was dazu führen kann, dass notwendige Versorgungsangebote nicht in Anspruch genommen werden (Zoellner - Née Klasen et al., 2017).

Es sind weitere Gründe identifizierbar, die den Eltern der Patientengruppe zugeordnet werden können. Die Versorgung dieses jungen Patientenkollektives basiert auf Kooperation verschiedener Akteure und Versorgungselemente. Angebote der PT-RL können zwar einen Teil des Versorgungsangebots darstellen, allerdings sind auch Leistungen, z.B. der Jugendhilfe, von großer Relevanz (G-BA, 2024c). Die Umsetzung des Versorgungsprozesses von Kindern benötigt zusätzliche Kompetenzen und nicht alle relevanten Bezugspersonen sind dazu in der Lage diesen zu organisieren. In der zuvor benannten Studie beschrieben 28,6 %, dass sie kein Wissen darüber haben, an wen sie sich in solchen Situationen wenden können. Noch weitere Erklärungsoptionen sind der zuvor benannten Studie zu entnehmen. Am häufigsten mit 55,1 % wurde von den Eltern genannt, dass Unsicherheit herrsche, ob das entsprechende Angebot wirksam sei. Außerdem beschrieben 27,7 % der Eltern, dass sie Sorge darüber haben, was andere denken könnten (Zoellner - Née Klasen et al., 2017).

Familiäre Dispositionen haben einen Einfluss auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern. Das Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, ist bei Kindern im Alter zwischen fünf und neun Jahren um bis zu 50% erhöht, wenn mindestens ein Elternteil selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen ist (Greiner et al., 2020). Die psychische Erkrankung des jeweiligen Elternteils kann gleichzeitig dazu führen, dass der Versorgungsprozess für das Kind schwer organisiert werden kann. Symptome wie z.B. Antriebslosigkeit können dies hervorrufen. Dies kann sich negativ auf das Zustandekommen eines Erstkontaktes auswirken. In diesem Zusammenhang sei auf das hierauf folgende Kapitel 1.1.9 verwiesen, in dem die Thematik

der Menschen mit schwierigen familiären Konstellationen behandelt wird. Eine psychische Erkrankung von mindestens einem Elternteil kann die familiäre Konstellation erschweren und eine Belastung für Kinder darstellen. Vor allem junge Kinder sind dafür anfällig, da die Beziehung zu den Eltern in den frühen Kinderjahren besonders ausgeprägt ist.

Auch angebotsseitige Probleme können identifiziert werden. Das Niveau der Versorgung im Bereich der Kinder und Jugendlichen ist hoch. Allerdings ist es möglich, dass das Angebot nicht flächendeckend den Versorgungsbedarf erfüllen kann (G-BA, 2022; Schepker & Kölch, 2023).

1.1.9 Menschen mit schwierigen familiären Konstellationen

Die Entwicklung psychischer Erkrankungen und Störungen basiert auf multifaktoriellen Gegebenheiten. Einer dieser Aspekte ist das Umfeld, in dem Kinder die ersten Jahre ihres Lebens verbringen und die Beziehungen zu ihren Bezugspersonen in diesen prägenden Jahren. Für die Entwicklung der psychischen Gesundheit ist dies von entscheidender Relevanz. Schwierige Konstellationen in dieser Phase können die Prävalenzen psychischer Erkrankungen deutlich erhöhen. In der Befragung des EVA-PT-RL-Projekts erfolgte keine Definition von „schwierigen Konstellationen“. Allerdings konnten operationalisierbare familiäre Konstellationen, mit denen psychische Auffälligkeiten einhergehen, identifiziert werden und diese werden im Folgenden dargelegt.

Der häufigste Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten laut der BELLA-Studie ist eine chronische körperliche Erkrankung eines Elternteils (30%). Neben der Chance, dass sich eine psychische Erkrankung entwickelt, überträgt sich die Belastung der Erkrankung der Eltern negativ auf die Fähigkeit, um bedarfsgerecht auf die Bedürfnisse eines psychisch kranken Kindes einzugehen. Der zweithäufigste Risikofaktor ist ein niedriger sozioökonomischer Status (25,3%). Dieser Status geht mit einer niedrigeren Gesundheitskompetenz einher, was erschwert, dass passende Angebote erkannt oder genutzt werden (Schaeffer et al., 2021). Der dritte ist s.o. eine psychische Erkrankung eines Elternteils (13,2%). Auch die Familienkonstellation kann durch eine psychische Erkrankung negativ beeinflusst werden. So tendieren Menschen mit dem Alkoholabhängigkeitssyndrom zu aggressivem Verhalten (Beck & Heinz, 2013). Der vierthäufigste Grund ist das Aufwachsen in einer Einelternfamilie (13,1%) (Zoellner - Née Klasen et al., 2017). Alleinerziehende sind einer hohen Belastung ausgesetzt, die dazu führen

kann, dass die notwendige Aufmerksamkeit für Kinder nicht erbracht wird und auch psychische Erkrankungen möglicherweise nicht adäquat erkannt bzw. versorgt werden.

Probleme können sich aus der Belastungssituation der entsprechenden Familien ergeben. Hohe Belastung kann Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten haben und das Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Angeboten beeinträchtigen (Ulrich et al., 2023).

Neben diesen Faktoren bestehen rechtliche Gegebenheiten, die das Zustandekommen eines Erstkontaktes verhindern können. So müssen beide Elternteile bei geteiltem Sorgerecht zustimmen, dass das Kind eine Psychotherapie wahrnehmen kann. Vor allem bei getrenntlebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht kann dies ein Hindernis darstellen. Wenn nur einer der Elternteile kein Vertrauen in Therapieangebote hat, kann dies eine notwendige Behandlung verhindern (Borg-Laufs et al., 2018). Vor allem da in der PT-RL vorgesehen ist, dass Bezugspersonen selbst mit dem PT in therapeutischen Austausch gehen sollen, kann eine problematische familiäre Konstellation negative Auswirkungen auf den Behandlungsprozess haben (G-BA, 2024a).

1.2 Telefonische Erreichbarkeit

Ziele der Telefonischen Erreichbarkeitszeiten bei ihrer Einführung

Ziel der Einführung der telefonischen Erreichbarkeiten war es, den Patienten einen besseren Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zu gewährleisten. „Der Patientin oder dem Patienten ist damit die Möglichkeit gegeben, sich nach den veröffentlichten Erreichbarkeitszeiten zu richten und schneller mit dem Therapeuten in ein erstes Gespräch zu kommen“ (G-BA, 2016a, S. 5). „Der Grund für die Regelung ist, dass nur ein Teil der Therapeuten eine sogenannte offene Sprechstunde anbietet, in der Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung erscheinen können. Der Zugang zu dem anderen Teil der Therapeuten kann ausschließlich über eine vorherige Kontaktaufnahme erfolgen“ (G-BA, 2016a, S. 5). Das Telefonat ist häufig der erste Kontakt zwischen Patient und PT/Praxispersonal und dient entsprechend regelmäßig zur Vereinbarung von Terminen der ptS. So beschreiben die Tragenden Gründe vom 24.11.2016 die Notwendigkeit der ptS wie folgt: „Durch die Regelung wird gleichermaßen eine gute Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen sichergestellt, die erforderlich ist, damit die mit der Sprechstunde angestrebte Versorgerrolle der Therapeutinnen und Therapeuten gelebt werden kann“ (G-BA, 2016b, S. 4).

Status Quo und Projektergebnisse

Die Befragungen im Rahmen des Eva PT-RL Projektes zeigten, dass nach eigenen Angaben der PT nahezu alle PT die festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten umgesetzt haben. Lediglich 2,9 % der EPT und 5,8 % der KJPT gaben an, keine festen Zeiten eingerichtet zu haben. Sofern eine Kontaktaufnahme zu festgelegten Zeiten vorgesehen war, gaben 81 % (EPT) und 78,3 % (KJPT) an, dass sie persönlich das Gespräch entgegennehmen. Lediglich 18,6 % (EPT) und 17,3 % (KJPT) nutzen die Möglichkeit, die telefonischen Erreichbarkeitszeiten über das Praxispersonal abzudecken. 13,6 % (EPT) und 11,3 % (KJPT) gaben in diesem Zusammenhang an, dass die festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten Anlass für die Schaffung neuer Stellen war. Sollte außerhalb der telefonischen Erreichbarkeitszeiten angerufen werden, gaben 69,1 % der EPT bzw. 79,4 % der KJPT an, dass das Hinterlassen einer Nachricht auf dem Anrufbeantworter mit anschließendem Rückruf durch den PT ebenfalls möglich sei.

Der subjektiv wahrgenommene Druck, sich durch die telefonischen Erreichbarkeitszeiten Anfragen stellen zu müssen, obwohl kein Therapieplatz angeboten werden kann, hat sich nach Angaben der PT erhöht, wobei der Druck in der Versorgung Erwachsener mehr als bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (65,2 % EPT vs. 55,8 % KJPT) angestiegen ist. Gleichzeitig gaben 45,6 % der EPT und 45,7 % der KJPT an, dass ihnen durch die Einführung der telefonischen Erreichbarkeitszeiten weniger Zeit für Patientenkontakte zur Verfügung stehe. Der Frage, ob die Kontaktaufnahme durch die telefonischen Erreichbarkeitszeiten erleichtert wurde, stimmten 50 % der EPT, jedoch lediglich 36 % der KJPT zu. Weitergehend stimmen 12,7 % der KJPT und 14,6 % der EPT der Aussage zu, dass Patienten häufiger und niedrigschwelliger anrufen.

Auf Seiten der erwachsenen Patienten gaben rund 80 % an, dass ihnen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten bekannt seien. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die befragten Patienten sich bereits früher in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Es kann nicht beurteilt werden, ob ihnen bereits zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme die festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten bekannt waren. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die telefonischen Erreichbarkeitszeiten bei mehr als 20 % der Patienten zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme unbekannt sind. Während Patienten, welche die telefonischen

Erreichbarkeitszeiten kannten, angaben, dass sie in den festgelegten Zeiten anriefen (93,9 %), gaben die EPT an, dass dies regelmäßig nicht geschehe (80,7 %).

Aufgrund des geringen Rücklaufs bei den Kindern und Jugendlichen-Patienten kann hier kein Rückschluss auf die Bekanntheit der telefonischen Erreichbarkeit gezogen werden.

Voraussetzungen zur Erreichung der oben beschriebenen Ziele:

Damit die telefonische Erreichbarkeit ihre vom Gesetzgeber zugeordneten Ziele erfüllen kann, müssen drei Voraussetzungen vorliegen:

- Die PT müssen tatsächlich in den von ihnen kommunizierten Zeiten erreichbar sein.
- Die Patienten müssen über die festen Erreichbarkeitszeiten informiert sein und auch zu diesen Zeiten anrufen.
- Es müssen Kapazitäten bei den PT vorhanden sein, um den anfragenden Patienten einen zeitnahen Termin anbieten zu können.

Bei allen drei Voraussetzungen gibt es Hinweise darauf, dass Optimierungsbedarf besteht, siehe zum ersten Aspekt. z.B. Linden et al., 2021.

Zur Verbesserung der aktuellen Situation werden die folgenden Optionen diskutiert:

1.2.1 Einstellung von Praxispersonal durch Psychotherapeuten

Den Angaben der PT folgend, haben die telefonischen Erreichbarkeitszeiten zumindest bei 45 % der Befragten (EPT und KJPT) dazu geführt, dass sie weniger Zeit für Patientenkontakte haben. Diesem Problem könnte die Einstellung von Praxispersonal entgegenwirken (Voraussetzung 3). Das Praxispersonal könnte die festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten und die Terminkoordination der Erstkontakte übernehmen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang die Anstellung von Praxispersonal, welches für mehrere PT die telefonische Erreichbarkeit übernimmt und die zur Verfügung stehenden Termine (gepoolt über alle beteiligten Praxen hinweg) koordiniert.

Eine Gegenfinanzierung für Praxispersonal ist bereits mit den Strukturzuschlägen vorhanden. Diese sind berechnungsfähig „sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Mindestpunktzahl der GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der GOP der Abschnitte 35.2.1

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

und 35.2.2 sowie der GOP 37500 das Volumen von [182.084] Punkten überschreitet“ (KBV, 2024a). Sobald ein PT diese Mindestpunktzahl erreicht hat, erhält er „für jede weitere Therapiestunde, Sprechstunde, Akutbehandlung und/oder Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung einen Strukturzuschlag bis zu einer Maximalpunktzahl von [424.862] bei vollem Tätigkeitsumfang“ (KBV, 2024a). Dies geschieht unabhängig von der tatsächlichen Anstellung von Praxispersonal.

Tabelle 1: Übersicht Strukturzuschläge

GOP	Leistung	Punkte	Euro
35571	Zuschlag Einzeltherapie	186	21,37
35572	Zuschlag Gruppentherapie	77	8,85
35573	Zuschlag ptS / Akutbehandlung	95	10,92

Grundlage für die Bewertung ist der Tarifvertrag zwischen dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf) und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA).

Die Orientierung der Strukturzuschläge an dem Tarifvertrag für MFAs und Arzthelferinnen zeigt, dass angestrebt werden sollte, diese oder im Qualifikationsniveau gleichwertige Berufsgruppen als Praxispersonal einzustellen.

Eine Befragung des ZI zur „Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung“ von 2021 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland [Zi], 2021) ergab, dass im vertragspsychotherapeutischen Bereich rund 33 % der PT Praxispersonal angestellt haben (Vergleich: vertragsärztliche Praxen 88,7 %). Von den 1.152 an der Befragung teilnehmenden vertragspsychotherapeutischen Praxen suchten in den Jahren 2019/20 lediglich 15,9 % Personal (Vergleich: vertragsärztliche Praxen: 63,5 %). Vergleichbar hierzu sind auch die Ergebnisse der Befragung im EVA-PT-RL Projekt, nach der mindestens 13,6 % der EPT die Einführung von festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten zum Anlass genommen haben, Praxispersonal einzustellen.

Warum PT, trotz Strukturzuschlägen, deutlich seltener Personal einstellen als vertragsärztliche Praxen, könnte neben Unterschieden im Praxisalltag verschiedene Gründe haben.

Die oben erwähnte Befragung des ZI ergab, dass die Verfügbarkeit, insbesondere von speziell qualifiziertem Personal und MFA/Arzthelferinnen auf dem regionalen Arbeitsmarkt von ca. 90 % der Leistungserbringenden als schlecht bis sehr schlecht eingeschätzt wurde. 31,9 % der

vertragspsychotherapeutischen Praxen erwarten Personalprobleme in den Jahren nach der Befragung, was deutlich von der Einschätzung vertragsärztlicher Praxen abweicht, da bei diesen 77,5 % Personalprobleme erwarten. Innerhalb der Umfrage gaben nur 7,1 % der Praxen an, keine monetären Anreize (z.B. Sonderzahlungen und Zulagen, übertarifliche Bezahlung oder Sonderurlaub), zu setzen, um das Personal für sich zu gewinnen. Am häufigsten mit 72,4 % der Praxen wurden Sonderzahlungen und Zuschläge als Form der monetären Anreize gewählt. Zusätzlich kamen in 96 % der Fälle nicht-monetäre Anreize zum Einsatz.

Diese Zahlen deuten zunächst daraufhin, dass der Bedarf an nicht-ärztlichem Personal bei vertragspsychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern als deutlich geringer eingeschätzt wird als bei den vertragsärztlichen Praxen, da nur knapp 15 % der PT in den nächsten Jahren Personal einstellen möchten. Aus der Befragung im EVA PT-RL-Projekt geht jedoch hervor, dass durch die Einstellung von Praxispersonal der subjektive Druck gesenkt werden könnte, sich Anfragen trotz nicht vorhandenen Therapieplätzen stellen zu müssen. Gleichzeitig könnte die wieder freiwerdende Zeit für Patientenkontakte bzw. Behandlungen genutzt werden. Diese, für die PT positiven Aspekte, müssten deutlicher kommuniziert werden. Auch bürokratische Tätigkeiten könnten vom Praxispersonal übernommen werden. Den Vorteilen steht jedoch der aktuelle Personalmangel in einschlägigen Fachberufen entgegen, was eine Besetzung von Stellen erschwert.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.2.1.1 Zusammenschluss mehrerer Psychotherapeuten bei der Einstellung von qualifiziertem Personal

Inwiefern der Wunsch der MFA besteht, lieber eine Stelle mit vollem Stundenumfang anzutreten als einen Halbtagsjob in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis, geht aus der Befragung nicht hervor, kann jedoch ebenfalls entscheidungsrelevant sein. Hier könnte ein Zusammenschluss mehrerer PT, die Einstellung von Personal erleichtern. Der Zusammenschluss kann hierbei nur für die Einstellung von Personal erfolgen oder übergreifend z.B. im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

Der praxisübergreifenden Einstellung von Personal könnten jedoch rechtliche und organisatorische Hürden entgegenstehen. Insbesondere mögliche rechtliche Hürden (z.B. steuerrechtlich) müssten geprüft und abgebaut werden, um diese Handlungsoption möglich zu machen. Zur Überwindung organisatorischer Hürden könnten die KVen und zuständigen Psychotherapeutenkammern Unterstützungsangebote bereitstellen, um Zusammenschlüsse zu fördern. Der Zusammenschluss im Rahmen einer BAG könnte zusätzliche Vorteile mit sich bringen, z.B. durch größere Praxisräume, vereinfachte Erbringung von Gruppentherapie oder organisatorische Synergieeffekten.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.2.1.2 Ausbilden von Personal durch den Psychotherapeuten

Es besteht ein Fachkräftemangel im Kontext von MFA im deutschen Gesundheitsversorgungssystem (siehe Kapitel 1.2.1). Dementsprechend erscheint es möglich, dass PT ihre MFA selbst ausbilden. Eine Umfrage zur aktuellen Ausbildungssituation im Bereich MFA zeigt, dass in den überwiegenden Fällen die Ausbildungsplätze auch besetzt werden konnten (Zi, 2022).

Allerdings bestehen Probleme, die eine den Eigenbedarf deckende Ausbildung von MFA durch PT erschwert. So sind zwar genügend potenzielle Auszubildende existent, allerdings weisen sie laut Ausbildungsstätten Defizite auf. Bei der Hälfte der Einrichtungen (rund 46 %) waren im Schnitt nicht einmal die Hälfte der Bewerbungen je Stelle geeignet und in fast einem Drittel (rund 32 %) der Praxen und MVZ hatten die eingestellten Auszubildenden in der Regel einen geringeren als den erwarteten Schulabschluss - Mittlere Reife. Des Weiteren gaben 68 % an, dass ein Qualifikationsdefizit bei dem Merkmal Sozialkompetenz besteht, eine Eigenschaft, die vor allem im Umgang mit der sensiblen Klientel der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von besonderer Relevanz ist (Zi, 2022).

Eine Ausbildung allein in einer psychotherapeutischen Praxis ist aufgrund der Anforderungen, welche die Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA der Bundesärztekammer stellt, nicht möglich, da dort nicht alle notwendigen Qualifikationen vermittelt werden können (BÄK, 2006). Daher müssten Kooperationen mit in der ambulant ärztlichen Versorgung Tätigen erwogen werden, um den Auszubildenden die notwendigen Bereiche näherzubringen. Auf der

anderen Seite müsste geprüft werden, ob die MFA-Ausbildung ausreichend Qualifikationen im psychotherapeutischen Bereich beinhaltet.

Außerdem erscheint ein Zusammenschluss von psychotherapeutischen Praxen zur gemeinsamen Ausbildung von MFA sinnvoll, da in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis der Auszubildende nicht ausreichend ausgelastet sein wird. So könnten sich PT zu einer Ausbildungsgemeinschaft zusammenschließen, um Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, praxisübergreifend eine Ausbildung zu machen.

Die bisherigen Überlegungen zielen auf eine Ergänzung der MFA-Ausbildung um psychotherapeutische Inhalte ab. Auch eine sich an die Ausbildung anschließende Fortbildung zur psychotherapeutischen Versorgung, wäre denkbar. Weitere Ausführungen diesbezüglich sind in Kapitel 5.2.2 aufgeführt.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.2.1.3 Erforschung der Ursachen für die Nicht-Einstellung von Praxispersonal

Insbesondere im Vergleich zwischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten wird die unterschiedliche Handhabung hinsichtlich des Praxispersonals deutlich.

Es bedarf weiterer Forschung, welche Gründe für PT gegen die Einstellung von Praxispersonal sprechen. Die mangelnde Abbildung ihres Fachbereichs (wie in Handlungsoption 1.2.1.2 angesprochen) kann ein möglicher Grund sein.

Auch die Herausforderung auf dem Arbeitsmarkt geeignete Mitarbeiter zu finden, betrifft PT gleichermaßen.

Daneben steht die Finanzierung des Praxispersonals. Bei der Einstellung von Personal auf dem Qualifikationsniveau von MFA und Arzthelferinnen werden nicht die gesamten Personalkosten über die Strukturzuschläge abzudecken sein, da zur Gewinnung des Personals teilweise monetäre Anreize gesetzt werden müssen, was zu einer übertariflichen Vergütung führt. Derzeit werden die Strukturzuschläge unabhängig von der Personaleinstellung gezahlt (Zi, 2022). Sie stellen eine Vergütung für den PT dar, welcher die Tätigkeiten einer MFA für seine Praxis persönlich übernimmt. In solchen Fällen müsste sichergestellt sein, dass entsprechende Aufgaben die therapeutische Tätigkeit nicht einschränken.

Es bedarf weiterer Forschung auf der einen Seite zu bestehenden Hürden und Hemmnissen, die entscheidungsrelevant dem Einstellen von Personal in psychotherapeutischen Praxen entgegenstehen, und auf der anderen Seite zu Anreizmechanismen, die sich positiv auf eine Einstellung auswirken.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.2.2 Informationsbereitstellung zur Erhöhung der Bekanntheit bei Patienten

Die Befragungsergebnisse geben Hinweise darauf, dass nicht alle Patienten ausreichend über die telefonischen Erreichbarkeitszeiten der PT informiert sind. Auf der einen Seite fehlt das Wissen darüber, dass es feste Zeiten gibt, zu denen psychotherapeutische Praxen verpflichtend erreichbar sein müssen. Auf der anderen Seite fehlt in der Folge die Information, wo die telefonischen Erreichbarkeitszeiten eingesehen werden können. Abhängig davon, von welchem Ausgangspunkt der Patient den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sucht (z.B. vom Hausarzt, aus der stationären Versorgung, aus eigener Motivation ohne Kontakt zu einem Leistungserbringer), sind unterschiedliche Informationsquellen von Relevanz.

Sofern der Patient aus der hausärztlichen, somatischen ambulanten oder stationären Versorgung kommt, bestünde die Möglichkeit, dass der Patient in der jeweiligen Institution auf die telefonischen Erreichbarkeitszeiten im Allgemeinen und auf Informationen zum Abrufen spezifischer Zeiten für einzelne PT von den KVen im Speziellen hingewiesen wird. Hierzu müssten entsprechend regionale Informationsmaterialien entwickelt und/oder veröffentlicht werden. Diese könnten dann den jeweiligen Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden.

Da einige Patienten allerdings ohne vorherigen Kontakt mit einem anderen Leistungserbringer in die psychotherapeutische Versorgung kommen, müssen auch für diese Patienten Informationen leicht und niedrigschwellig aufzufinden sein. Eine Erörterung der Handlungsoptionen, um Informationsangebote zu schaffen, erfolgt in Kapitel 3.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.3 Online-Terminvereinbarung

Die in diesem Kapitel vorgestellten Wege der online Terminvereinbarung meinen explizit nicht die TSS. Diese wird in Kapitel 1.4 diskutiert.

Eine online Terminvereinbarung kann unterschiedlich ausgestaltet sein, mit (z.B. per E-Mail) oder ohne (z.B. über ein online-Terminvergabesystem) direkten Kontakt zum PT. Im Rahmen der EVA PT-RL Befragung gaben 36 % der EPT und 31,8 % der KJPT an, dass eine Terminvereinbarung bei ihnen bereits online vorgenommen werden kann. Wie diese genau ausgestaltet ist, wurde nicht erfragt.

Ein großer Vorteil der online Terminvereinbarungen ist, dass sie eine asynchrone Kommunikation ermöglichen. Während Telefonate eine synchrone Abstimmung zwischen PT und Patient sind, die zumeist zu einer vorher festgelegten Zeit stattfindet oder auf einem Rückruf basiert, stellt der Online-Weg eine flexible und dadurch niedrigschwellige Alternative dar.

Da eine Online-Terminvereinbarung ohne direkten Kontakt zum PT mit dem Aufbau einer Doppelstruktur zur TSS einhergeht, wird dies hier nicht weiter diskutiert. In diesem Fall sei der Service der TSS, welcher eine rechtliche Legitimierung hat, vorzuziehen und primär zu empfehlen. Die verschiedenen Ausgestaltungsformen und deren Konsequenzen im Zusammenhang mit einer Online-Terminvereinbarung mit direktem Kontakt zum PT werden im Folgenden vorgestellt und erörtert.

Online-Terminvereinbarung mit direktem Kontakt zum Psychotherapeuten

Neben einem Telefonkontakt und einer online Terminvergabe über ein Terminvergabesystem besteht die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per E-Mail oder über vergleichbare Systeme.

Eine Kontaktaufnahme per E-Mail ermöglicht eine asynchrone Kommunikation, was im Vergleich zu Telefonaten mit Vorteilen einhergeht. Zusätzlich können Patienten, die den direkten telefonischen Kontakt scheuen, zu den telefonischen Erreichbarkeitszeiten keine Zeit haben oder aus anderen Gründen nicht zu den Zeiten anrufen können, trotzdem einen Termin vereinbaren. Der PT kann auf der anderen Seite seine Antwort verfassen, wann immer er zeitliche Kapazitäten hat. Im Vergleich zum online Terminvergabesystem können per E-Mail Informationen zwischen Patient und PT ausgetauscht werden. Zusätzlich kann der PT deutlich patientenindividueller agieren, da er mit ihm in direktem Kontakt steht.

Nachteilig könnte sein, dass der nächste freie Termin zu weit in der Zukunft liegt und der Patient aufgrund der langen Wartezeit keinen Termin buchen möchte, oder ihn bucht und schlussendlich nicht erscheint. Sofern ein PT seine ptS-Termine über Anrufe im Rahmen der verpflichtenden telefonischen Erreichbarkeit vergeben kann, besteht allerdings kein Anreiz über einen zusätzlichen Weg (weitere) Termine anzubieten und zu vereinbaren. Des Weiteren ist die Kontaktaufnahme per E-Mail für spezifische Personengruppen (siehe benachteiligte Gruppen) problematisch. Manche Menschen haben Probleme damit, ihre Anliegen in schriftlicher Form zu formulieren und haben dementsprechend Probleme, diesen Terminfindungsweg einzuschlagen. Durch die Niedrigschwelligkeit dieser Option entsteht die Gefahr, dass eine große Anzahl an E-Mails an den PT gesendet wird. Die Bearbeitung dieser E-Mails ginge mit einem hohen zeitlichen Aufwand einher, wodurch es dazu kommen könnte, dass zeitliche Kapazitäten an anderen Stellen wegfallen würden.

Eine Förderung dieser Art der Kontaktaufnahme könnte sich positiv auf den Zugang insbesondere von Patienten aus den benachteiligten Gruppen auswirken. KVen könnten ihre Mitglieder dahingehend unterstützen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.4 Terminservicestelle

Gesetzliche Grundlage:

Die TSS wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 im SGB V verankert. Neben einem verbesserten und schnelleren Zugang der Patienten in die Versorgung, sollte sich auch der Aufwand für Bürger verringern. „Diese müssen künftig nicht mehr, wie derzeit häufig der Fall, bei verschiedenen Ärztinnen und Ärzten wegen eines Termins anrufen, sondern können sich einmalig an die TSS wenden, die dann einen Termin vermitteln“ (Deutscher Bundestag, 2015, S. 62).

Mit dem TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) ging der Ausbau der TSS einher. § 75 SGB V wurde dahingehend geändert, dass ab 01. Januar 2020 die Verpflichtung zur Einrichtung einer TSS, welche 24 Stunden und 7 Tage die Woche erreichbar ist, durch die KVen entstand. Gleichzeitig muss die TSS bundesweit unter einer einheitlichen Telefonnummer (116117) erreichbar sein.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Die TSS wird über die KVen regional organisiert, was innerhalb des gesetzlichen Rahmens zu KV-individuellen Regelungen führt.

Die TSS sind verpflichtet, Patienten innerhalb von einer Woche nach Kontaktaufnahme einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 I S.1 SGB V zu vermitteln. Zusätzlich hat die TSS Versicherten in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln (§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1+3 SGB V). „Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten“ (§ 75 Absatz 1a Satz 5 SGB V). Im Falle einer Akutbehandlung darf die Wartezeit zwei Wochen (§ 75 Absatz 1a Satz 15 SGB V) nicht überschreiten. Sofern kein Termin in der vorgegebenen Zeit vermittelt werden kann, muss eine ambulante Behandlung in einem Krankenhaus angeboten werden. Dies fand bis einschließlich 2021 nicht statt. So kann aus dem TSS Evaluationsbericht 2021 entnommen werden, dass nicht ein Termin von einem PT in ein Krankenhaus vermittelt wurde (KBV, 2021a). § 75 Absatz 1a Satz 11 SGB V regelt, dass im Bundesmantelvertrag detailliertere Regelungen diesbezüglich zu treffen sind.

In Anlage 28 „Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Arztterminen“ des Bundesmantelvertrag-Ärzte wird die detaillierte Ausgestaltung der TSS geregelt. Hier kommt der psychotherapeutischen Versorgung gemäß § 2a BMV eine Sonderrolle zu. Grundsätzlich kann die TSS einen Termin für ein Erstgespräch im Rahmen der ptS, einen Termin für die sich aus der ptS ergebende zeitnah erforderliche Akutbehandlung oder einen Termin für eine sich aus der ptS ergebende erforderliche probatorische Sitzung, vermitteln. Damit Termine für Akutbehandlungen oder probatorische Sitzungen vermittelt werden dürfen, muss dies in einem entsprechenden Vermittlungscode auf dem PTV 11 sichtbar sein. Abweichende Regelungen gelten für Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V.

Seit Juli 2023 kann die TSS im Rahmen der KSV-Psych Richtlinie auch in regionale Netzwerkverbünde vermitteln, wobei dies bis jetzt nur im Gebiet der KV Nordrhein erfolgt.

Als zumutbare Entfernung wird im BMV das Folgende definiert: Der maximale Zeitbedarf für das Aufsuchen des von der TSS vermittelten Arztes bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wird wie folgt festgelegt: erforderliche Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes der jeweiligen Arztgruppe plus maximal 30 Minuten (§ 6 Anlage 28 BMV).

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Vertragsärzte und -PT sind verpflichtet der TSS freie Termine zu melden (§ 75 Absatz 1a Satz 20 SGB V).

Die Angebote der TSS sind telefonisch unter der Telefonnummer 116117, über den „116117 Terminservice“ online und in der „116117 App“ abrufbar.

Die TSS vermittelt keine Wunschtermine bei einem bestimmten Arzt. Den Patienten wird empfohlen, dass sie zunächst versuchen, unabhängig von der TSS einen Termin entsprechend ihrer Präferenzen zu vereinbaren (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe [KVWL], 2022).

PT (sowie Haus- und Fachärzte) können alle Untersuchungen und Behandlungen in dem Quartal bei einem Versicherten extrabudgetär abrechnen, wenn der Termin durch die TSS vermittelt wird. „Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS erhält der Arzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines [extrabudgetären] Zuschlags“ (KBV, 2024b). Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS bis zum Tag der Behandlung und beträgt 100 % (ab dem gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung), 80 % (vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung), 40 % (vom 15. bis 35. Kalendertag) der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund oder Konsiliarpauschale.

Qualifikation der Mitarbeiter:

Die Qualifikation der Mitarbeiter erfolgt nicht speziell für die TSS, sondern für den gesamten 116117-Telefonservice, welcher auch die TSS beinhaltet. Entsprechend ist auch das Mustercurriculum für die Qualifizierung neuer Mitarbeiter im Telefondienst der 116117-Servicecenters der KBV aufgebaut. Die Qualifizierung der Mitarbeiter ist vom Umfang her angelehnt an jene der Rettungssanitäter, welche 520 Stunden beträgt. 400 Stunden sind generalistisch für die Ausbildung in fünf Modulen vorgesehen und 120 Stunden optional für zusätzliche Anpassungen, die sich aus regionalen Erfordernissen ergeben. Die Qualifizierung erstreckt sich über fünf Module (I: Medizinische Grundlagen, II: Kommunikation am Telefon, III: SmED¹⁰, IV: Praxis, V: KVen Intern). Abhängig von der beruflichen Vorerfahrung müssen alle Module durchlaufen werden oder es können Modul I oder IV ausgelassen werden (KBV, 2020b).

¹⁰ Software zur strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Das Mustercurriculum sieht keine Kenntnisse über die psychotherapeutische Versorgung vor. Lediglich die Kenntnis über die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen und Rechtsgrundlagen im Rahmen der psychiatrischen Notfallbilder sollen in Modul I vermittelt werden. So wird im gesamten Mustercurriculum mit keinem Wort die Psychotherapie, ptS, Akutbehandlung oder Probatorik erwähnt.

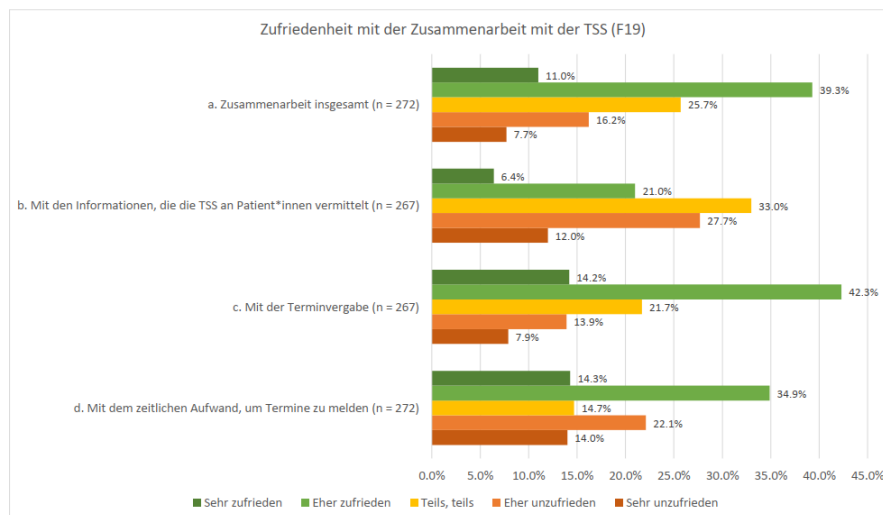
Das Mustercurriculum hat allerdings nur empfehlenden Charakter. Die regionalen KVen sind entsprechend nicht verpflichtet, das Curriculum in der vom Mustercurriculum vorgeschlagenen Weise umzusetzen.

Ziel der TSS:

Die TSS soll als zentrale Anlaufstelle für Patienten dienen, die 24/7 erreichbar ist. Damit soll sie insbesondere bei einer schnellen Terminvermittlung und infolgedessen bei einem schnellen Zugang in die Versorgung unterstützen.

Status Quo / Projektergebnisse + zugängliche KBV Daten

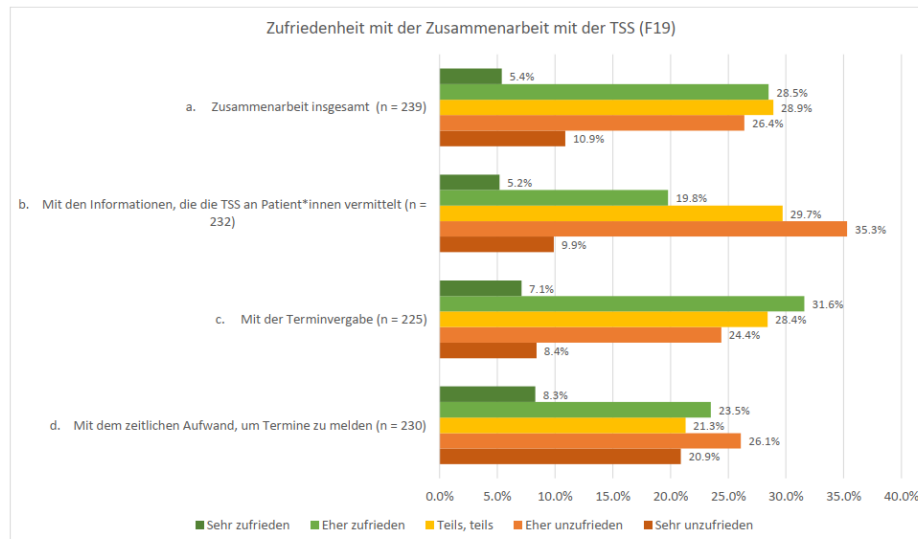
In den Befragungen im EVA PT-RL Projekt wurden die PT gefragt, wie sie die Zusammenarbeit mit der TSS bewerten.



Anhang_Abbildung 2: Einschätzung der befragten Psychotherapeut*innen zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der TSS

Abbildung 4: Einschätzung der PT zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit der TSS

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen



Anhang_Abbildung 2: Einschätzung der befragten Psychotherapeut*innen zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der TSS

Abbildung 5: Einschätzung der befragten KJPT zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der TSS

Nur ein Viertel der EPT und 14,7 % der KJPT stimmen der Aussage zu, dass die TSS als zentrale Anlaufstelle gut funktioniert. 45 % der EPT und 55,5 % der KJPT lehnten diese Aussage ab. Gleichzeitig führt die TSS nach Meinung von 58 % der EPT und 62,3 % der KJPT nicht dazu, dass Patienten auf freie Plätze verteilt werden. Dass dies doch der Fall sei, sagen nur 18 % der EPT und 14,1 % der KJPT. Die Hälfte der EPT und 56,6 % der KJPT gaben an, dass die TSS nicht dazu beigetragen habe, Wartezeiten für ein Erstgespräch zu verkürzen. 33 % der EPT und 26 % der KJPT sahen dies anders und beschrieben, dass die TSS schon eine Verkürzung der Wartezeiten zur Konsequenz hatte.

Bei Empfehlungen, welche die TSS betreffen, ist der Aspekt der gemeldeten Termine von enormer Relevanz. Die Anzahl der übermittelten Termine durch die PT entspricht dem Vermittlungskontingent, was der TSS zur Verfügung steht. In der Befragung im EVA PT-RL Projekt gaben rund zwei Drittel der EPT und 57,3 % der KJPT an, dass sie keine Kapazitäten hätten, um Termine an die TSS zu melden. So gaben nur 47,9 % der EPT und 44,9 % der KJPT an, dass bei ihnen eine Terminvereinbarung über die TSS möglich wäre. Sofern freie Termine vorhanden seien, gaben 60 % der EPT und 41,2 % der KJPT an, Termine für die ptS zu melden. Bei der Akutbehandlung und den probatorischen Sitzungen waren es lediglich 16 bzw. 20 % bei der EPT und 18,5 % bei der KJPT. Ein Grund könnte darin liegen, dass für ptS Kapazitäten vorgehalten werden müssen, während dies für Akutbehandlung und Probatorik nicht der Fall ist. Eine Normalverteilung mit ca. 50 % „Teils teils“-Antworten ergab sich bei den EPT im Antwortverhalten hinsichtlich der Fragen, ob (1) die gemeldeten Termine genutzt werden oder nicht, ob

(2) die zugewiesenen Patienten häufig lange Anfahrtswege haben und ob (3) die von der TSS zugewiesenen Patienten zu den vereinbarten Terminen kommen oder nicht. Die KJPT waren bei diesen Fragen deutlich negativer eingestellt. Ca. 40 % der Befragten stimmen der Aussage zu, dass gemeldete Termine nicht genutzt wurden oder verfallen sind. 34,2 % der Befragten stimmen der Aussage zu, dass die Patienten häufig lange Anfahrtswege haben. Bei beiden Fragen gab es ca. 40 % „Teils-Teils“-Antworten.

In der Befragung der Hausärzte im EVA PT-RL Projekt gaben zwei Drittel an, dass sie bei Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung auf die Möglichkeit der Terminvereinbarung über die TSS hinweisen. Bei den Kinder- und Jugendmedizinerinnen waren dies nur 38,2 %. Gleichzeitig sehen die Hausärzte mehrheitlich keine Verbesserung in der Terminkoordination durch die TSS (Hausärzte: 50 % keine Verbesserung, 13 % Verbesserung, 11 % können keine Beurteilung abgeben; Kinder- und Jugendmediziner: 46,8 % keine Verbesserung, 7,2 % Verbesserung, 28,3 % können keine Beurteilung abgeben).

Von den befragten Patienten im EVA PT-RL Projekt kannten 49 % die TSS und 3 % hatten ihren Termin durch die TSS erhalten. An dieser Stelle muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass gut zwei Drittel der Befragten bereits vor der aktuell stattfindenden Therapie in psychotherapeutischer Behandlung waren, weshalb die Notwendigkeit einen Therapeuten zu finden nicht bei allen Befragten bestand. Während von Patienten, die die TSS bereits genutzt hatten, die Mehrheit (65 %) mit der Erreichbarkeit zufrieden war, wurde die Berücksichtigung persönlicher Wünsche nur von 27 % der Befragten als zufriedenstellend eingeschätzt.

Kurzzusammenfassung TSS-Evaluationsbericht 2022

2022 wurden von den Leistungserbringern insgesamt 1.519.900 Termine zur Buchung zur Verfügung gestellt. Von den durch PT zur Verfügung gestellten Terminen wurden 70,7 % an Patienten vergeben. Entsprechend blieben 29,3 % der eingestellten Termine ungenutzt. Eine Aufgliederung in Versorgungselemente erfolgte im Evaluationsbericht nicht.

Den 1.519.900 gemeldeten Terminen standen 672.135 gebuchte Termine gegenüber. Von den insgesamt gebuchten Terminen fielen 37 % auf Termine im Bereich der Psychotherapie (248.689). Innerhalb der Psychotherapie wurden 85 % der Termine für die ptS für Erwachsene und weitere 6,1 % für die ptS für Kinder- und Jugendliche vermittelt. Die hierbei vermittelten

Termine waren zu 98 % fristgerecht, innerhalb von maximal 35 Tagen. Im Bereich der Psychotherapie wurden 13,9 % der vermittelten Termine beim eTerminservice selbst wieder abgesagt. Wie viele Termine direkt bei der Praxis abgesagt wurden oder wie viele Termine ohne Abmeldung nicht wahrgenommen wurden, konnte nicht erhoben werden.

Betrachtet man jedoch die Suchanfragen, so zeigt sich, dass nur 52,6 % der Suchanfragen der Patienten im Bereich der Psychotherapie bedient werden konnten.

Die zumutbare Entfernung wurde im Rahmen der Evaluation sowohl als Entfernung in Kilometern als auch in Minuten bei der Nutzung eines PKWs angegeben. Die Fahrdauer bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel konnte nicht bestimmt werden, da keine geeignete Datenbasis bestand. Im Bereich der Psychotherapie wurden Termine im Durchschnitt in 16 Kilometer und 24 Minuten Entfernung vergeben.

1.4.1 Bekanntheit der TSS bei Patienten erhöhen

Aus den Ergebnissen des EVA PT-RL Projekts lässt sich ableiten, dass die Bekanntheit der TSS nach wie vor niedrig ist. Selbst bei Patienten, die bereits in laufender Behandlung mit einer bereits abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie waren, kannten nur ungefähr die Hälfte die TSS. Damit das Versorgungsangebot der TSS allen Patienten gleichermaßen helfen kann, muss die Bekanntheit der TSS und ihrer Unterstützungsangebote gestärkt werden. Da die TSS, wie auch die Veröffentlichungen der telefonischen Erreichbarkeitszeiten, über die KVen organisiert ist, könnte sich eine gemeinsame Aufklärungskampagne anbieten.

Hier muss jedoch unterschieden werden, ob bereits die Telefonnummer, über welche die TSS organisiert ist (116117), den Patienten unbekannt ist oder nur die TSS.

Eine Versichertenbefragung der KBV zeigt, dass 2021 lediglich 32 % der Befragten die 116117 kannten (KBV, 2021b). Allerdings zeigt sich seit Einführung der Telefonnummer 2013 ein kontinuierlicher Zuwachs der Bekanntheit. Patienten, denen zwar die 116117 bekannt ist, jedoch nicht, dass es die TSS gibt und/oder, dass sie darüber organisiert ist, müssen hierüber informiert werden.

Neben dem Telefon-Service der TSS, kann die TSS auch online über den „116117 Terminservice“ oder die „116117 App“ genutzt werden.

Durch die frühzeitige Abfrage des Vermittlungscodes beim 116117 Terminservice und in der 116117 App können unberechtigte Vermittlungswünsche frühzeitig erkannt werden.

Allerdings werden Patienten hier nicht darüber aufgeklärt, warum sie keinen Termin für die spezielle Leistung buchen können, was als frustrierend wahrgenommen werden kann.

Unberechtigte Vermittlungswünsche binden beim 116117 Telefonservice personelle Kapazitäten, da zunächst im Gespräch herausgefunden werden muss, dass kein berechtigter Vermittlungswunsch besteht und dem Patienten dann Alternativen erläutert werden müssen. Es wäre erstrebenswert die Rahmenbedingungen, in denen die TSS Termine vermittelt, bekannter zu machen.

Die Ausgestaltung einer möglichen Informationskampagne für Patienten wird unten in Kapitel 3.2 erläutert.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.4.2 Vermittlungskapazitäten der TSS steigern

Damit Termine von der TSS vermittelt werden können, müssen freie Termine von den PT gemeldet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass PT auch freie Termine haben, welche sie melden können. Da für Akutbehandlung und Probatorik nach Angaben der PT nur vereinzelt Termine vorgehalten werden, ist das Melden „freier“ Termine selten. Daneben steht die ptS, für die zwar Zeit von den PT vorgehalten wird, deren Termine jedoch häufig (siehe Kapitel 2.1) bereits so schnell über eine reguläre Kontaktaufnahme (z.B. über die telefonische Erreichbarkeit) belegt sind, dass auch hier nicht immer flächendeckend ausreichend Termine an die TSS gemeldet werden können, um den Bedarf der Patienten zu decken.

Eine erhöhte Meldung von Terminen kann über zwei Wege erreicht werden: 1) Verpflichtung der PT zum Melden von Terminen oder 2) Setzen von (monetären oder nicht-monetären) Anreizen zum Melden von Terminen.

Bevor diskutiert wird, wie die Vermittlungskapazitäten gesteigert werden können, sollten weitere Aspekte genauer betrachtet werden.

Der aktuelle Evaluationsbericht zeigt auf der einen Seite, dass 30 % der von PT gemeldeten Termine durch die TSS nicht vergeben werden konnten, aber auf der anderen Seite, dass auch 48 % der Terminanfragen von Patienten nicht bedient werden konnten. Aus der Evaluation geht jedoch nicht hervor, wie hoch der Anteil an nicht berechtigten Vermittlungswünschen

(z.B. Akutbehandlung ohne entsprechende ptS-Empfehlung) bei den nicht vermittelbaren Suchanfragen war. Zusätzlich wurde nicht betrachtet, welche Versorgungsangebote nicht vermittelt werden konnten (ptS, Akutbehandlung oder Probatorik). Außerdem wurde nicht ermittelt, welche Art von gemeldeten Terminen nicht vergeben werden konnte. Inwiefern zusätzlich regionale Unterschiede wurden bestehen, geht aus dem Evaluationsbericht nicht hervor, was eine Limitation in der Interpretation darstellt.

Abhängig von diesen bisher fehlenden Datenanalysen kann erst abgesehen werden, ob und, wenn ja, bei welchem Therapieelement und in welchen Regionen die Notwendigkeit zur spezifischen Steigerung der Terminmeldungen besteht.

Ab dem folgenden TSS-Evaluationsberichten sollten die gerade genannten Aspekte berücksichtigt werden, um daraus spezifische Handlungsbedarfe ableitbar zu machen.

1.4.2.1 Verpflichtung der Psychotherapeuten zum Melden von Terminen

Die Verpflichtung zum Melden von Terminen an die TSS kann sich entweder ausschließlich auf freie Behandlungskapazitäten beziehen (siehe aktuell Ausgestaltung § 75 Abs. 1a Satz 20 SGB V) oder auf eine bestimmte Anzahl an Terminen für jedes Therapieelement (ptS, Akutbehandlung und Probatorik) pro festzulegenden Zeitraum.

Beschränkt man die Verpflichtung auf „freie“ Kapazitäten besteht weiterhin die Gefahr, dass nicht ausreichend viele Termine gemeldet werden. Insbesondere für die Akutbehandlung und probatorischen Sitzungen, könnte hier eine Verpflichtung nicht die gewünschten Effekte hervorrufen, weil die Therapieelemente bedarfsabhängig angeboten werden.

Eine Verpflichtung zur Meldung einer festgelegten Anzahl an Terminen an die TSS würde die Anzahl vermittelbarer Termine bei der TSS deutlich erhöhen. Durch eine planbare Anzahl an gemeldeten Terminen, die flächendeckend zur Verfügung stehen, könnte wiederum die Patientenallokation verbessert und die Vorteile der TSS (z.B. geringerer Aufwand für die Patienten, einfache Kontaktmöglichkeiten, Übersicht über freie Termine in der Region) verstärkt werden. Einige KVen haben basierend auf dieser Idee bereits eine Verpflichtung zur Meldung von Terminen eingeführt.

EPT (KJPT) der KV Berlin sind verpflichtet, pro Quartal bei vollem Versorgungsauftrag 7 (5) Termine für ptS und jeweils einen Termin zur Akutbehandlung und (oder) Probatorik pro Quartal zu melden (Kassenärztliche Vereinigung Berlin [KV Berlin], 2024). Die KV Bremen definiert die

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Meldezahlen für EPT wie folgt: „1 Termin ptS pro Woche und Therapeut, 2 Termine Akutbehandlung pro Quartal und Therapeut, 1 Termin probatorische Sitzung pro Quartal und Therapeut. Für KJPT abweichend: 2 Termine ptS pro Quartal und Therapeut, jeweils 1 Termin Akutbehandlung und Probatorik pro Quartal und PT (Kassenärztliche Vereinigung Bremen [KV Bremen], 2024). PT (EPT wie KJPT) in Baden-Württemberg sind verpflichtet, jeweils einen Termin zur ptS und Probatorik pro Quartal pro Therapeuten zu melden. Lediglich eine Empfehlung wird zur Meldung eines Termins für Akutbehandlung pro Quartal pro Therapeuten ausgesprochen“ (Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg [KVBW], 2024).

Damit eine Verpflichtung von den PT auch flächendeckend umgesetzt wird, erfordert es auf der einen Seite Auswirkungen, die dazu motivieren der Verpflichtung nachzukommen und auf der anderen Seite eine Instanz, welche die Einhaltung der jeweiligen Verpflichtung kontrolliert. Beide Aspekte scheinen aktuell noch nicht erfüllt zu sein, was die Verbindlichkeit der Verpflichtung einschränkt und sich negativ auf die Anzahl der gemeldeten Termine auswirkt.

Die Ausweitung der Verpflichtung auf andere KVen, ohne die gerade genannten Aspekte operationalisiert zu haben, erscheint wenig zweckdienlich. Trotzdem kann eine Evaluation hinsichtlich der Vermittlungserfolge der KVen mit und ohne Verpflichtung zur Abschätzung der Vorteilhaftigkeit eine Grundlage für eine mögliche deutschlandweite Umsetzung sein.

Auch der Umfang und die Ausrichtung einer möglichen Verpflichtung sollte diskutiert werden. Da mehr als 92 % der im Rahmen der psychotherapeutischen Leistungen der TSS 2022 Termine für ptS waren, wäre zu diskutieren, ob eine Verpflichtung ausschließlich für ptS erfolgen sollte. Da jedoch unbekannt ist, ob der Anteil an Terminen bei der ptS nur so hoch ist, weil kaum freie Akutbehandlung und Probatorik gemeldet wird, muss auch eine Verpflichtung nur für Akutbehandlung und Probatorik diskutiert werden. Dies sollte im nächsten TSS-Bericht ausgeführt werden.

Als mögliche negative Konsequenz für eine Nicht-Meldung der verpflichtenden Termine könnte eine Honorarkürzung in Anlehnung an § 291b SGB V Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis Absatz 5 erfolgen. Hier wurde die Vergütung pauschal gekürzt, wenn der in § 291b Absatz 2 SGB V genannten Pflicht nicht nachgekommen wurde. Denkbar wäre als negative Konsequenz beim Nicht-Erfüllen z.B. eine pauschale Kürzung der Vergütung in Höhe von z.B. 0,5 %. Die Operationalisierung einer solchen

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Kürzung geht mit hohen bürokratischen Hürden einher und ist außerdem in der Umsetzung personalaufwändig. Grundsätzlich wäre eine Überprüfung der gemeldeten Termine an die TSS aber möglich, da die TSS an die KVen angegliedert ist.

Sofern eine Verpflichtung umgesetzt werden soll, müssten die Kontrollmechanismen und Sanktionierungen vorab von den KVen operationalisiert werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.4.2.2 Empfehlungen der KVen zur Anzahl zu meldender Termine

Alternativ zu einer Verpflichtung steht eine Empfehlung. Um PT einen Richtwert an die Hand zu geben, wie viele Termine an die TSS gemeldet werden sollten bzw. wie viele benötigt werden, wäre eine Empfehlung der jeweiligen KVen hilfreich, an der sich PT beim Melden der Termine orientieren können. Aufgrund regionaler Unterschiede hinsichtlich aktuellem Meldeverhalten und Bedarfen, wären bei dieser Handlungsoption die regionalen KVen für die Herausgabe des Richtwerts zuständig und weniger die KBV.

Die Richtwerte sollten sich an der Anzahl der von den Patienten nachgefragten Leistungen je Therapieelement orientieren.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.4.2.3 Einholung eines Rechtsgutachtens bezüglich der Auslegung des §75 Absatz 1a Satz 20 SGB V und ggf. Konkretisierung im Gesetzestext

In § 75 Abs. 1a Satz 20 SGB V wird folgendes geregelt: „Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden.“ Hieraus und aus gängigen Gesetzeskommentaren (Becker et al., 2022; Peters et al., 2023) geht jedoch nicht hervor, wie genau „freie Termine“ definiert und operationalisiert sind. Die bestehende Unsicherheit auf der einen Seite führt dazu, dass sich die Leistungserbringenden an keine klar definierte Regel halten können und auf der anderen Seite auch keine Kontrollmöglichkeiten bestehen. Es sollte Rechtssicherheit darüber geschaffen werden, wann ein Termin als „frei“ gilt (z.B. Dauer bis zum Termin, Grad der Erfüllung des Versorgungsauftrags). Im Bereich der Psychotherapie müsste dies klar für die verschiedenen Leistungen angegeben werden, da für Leistungen, die bedarfsabhängig

angeboten werden (z.B. Akutbehandlung) und keine Verpflichtung dazu besteht (siehe ptS), auch nahezu keine speziell für diese Therapieleistung vorgehaltenen „freien“ Termine existieren.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.4.2.4 Verbesserung des TSS-Evaluationsberichts

Wie an unterschiedlichen Stellen bereits angemerkt, besteht an einigen Stellen des Evaluationsberichtes Optimierungsbedarf. Hier wären exemplarisch folgende Aspekte zu nennen: Eine vergleichende Darstellung von angefragten Terminen zu gemeldeten Terminen pro Therapieelement und Zeit wäre wichtig, um bestehende Herausforderungen zu detektieren. Aber auch die Berücksichtigung regionaler Unterschiede zumindest auf KV-Ebene sollten dargestellt werden. Bei Vorliegen dieser Daten könnten auch die Informationen, welche Leistungen aktuell zu wenig gemeldet werden, fundiert beantwortet werden. Einige KVen arbeiten mit der Verpflichtung zur Terminmeldung während bei anderen die Terminmeldung auf Freiwilligkeit beruht. Auch hier wären vergleichende Informationen im Evaluationsbericht hilfreich, um abschätzen zu können, inwiefern die bestehende Verpflichtung zur gewünschten Steigerung der Terminmeldung führt. Ebenfalls sollte der TSS Evaluationsbericht, um Auswertungen hinsichtlich „No Shows“ ergänzt werden.

Welche Daten und Auswertungen genau notwendig sind, um zielgerichtete Empfehlungen an Leistungserbringende herauszugeben, müsste in geeigneten Gremien diskutiert werden. Adressat dieser Handlungsoption wäre die KBV, welche für die Erstellung des Evaluationsberichts zuständig ist, gemeinsam mit den KVen, welche ihrerseits die lokalen Daten und Auswertungen zur Verfügung stellen müssten. Außerdem müsste der Gesetzgeber einbezogen werden, um entsprechende Vorgaben zu machen.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.4.2.5 Setzen von Anreizen zum (freiwilligen) Melden von Terminen

Monetäre Anreize zum Melden von Terminen an die TSS wurden bereits über die oben beschriebenen Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschale geschaffen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit den Fall extrabudgetär abrechnen zu können, was bei PT kaum

anreizstiftend wirkt, da die Vergütung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung fast ausschließlich extrabudgetär stattfindet. Inwiefern diese bestehenden Anreize zu einem höheren Meldeverhalten der PT beigetragen haben, wurde bisher noch nicht untersucht. Aktuell profitieren die PT nur von den Zuschlägen, wenn der von ihnen gemeldete Termin auch von der TSS vergeben wird. In der Befragung im EVA-PT-RL Projekt stimmten 66,7 % der EPT der Aussage, dass gemeldete Termine nicht genutzt wurden und verfallen sind, zumindest teilweise zu (24,4 % stimme (voll) zu, 42,3 % Teils Teils). Dies geht mit den Ergebnissen der TSS-Evaluation einher, in der 30% der gemeldeten Termine nicht vergeben und von den vergebenen Terminen bereits 13,9% von den Patienten über die TSS wieder abgesagt wurden. Zusätzlich stimmten 75,5 % der EPT der Aussage „die von der TSS mir zugewiesenen Patienten kommen nicht zu den vereinbarten Terminen und führen zu Ausfallzeiten“ zumindest teilweise zu (25,9 % stimme (voll) zu, 49,6 % Teils Teils). Auch dieses Verhalten der Patienten führt dazu, dass die Motivation der PT, (freie) Termine an die TSS zu melden, eingeschränkt ist.

Ein möglicher Anreiz könnten Honorarzuschläge auf TSS vermittelte Termine sein:

Ein Anreiz zum Melden von Terminen an die TSS könnte auch in Honorarzuschläge für PT für TSS-vermittelte ptS und Akutbehandlungen bestehen. Anders als die bereits bestehenden Zuschläge würden hier die Zuschläge auf die therapeutischen Leistungen aufgeschlagen werden. Die Höhe der Zuschläge und die genaue Ausgestaltung müsste in zuständigen Gremien verhandelt werden. Eine Kopplung an durchschnittliche Einkommensverluste aufgrund von durch die TSS nicht vergebenen oder durch den Patienten nicht wahrgenommener Termine wäre denkbar.

Da neue Honorarzuschläge mit steigenden Ausgaben für die GKV verbunden sind, wäre zu diskutieren, ob als Folge an anderer Stelle bestehende monetäre Anreize gekürzt bzw. gestrichen werden sollten. Denkbar wäre, die Zuschläge für KZT nach entsprechender Evaluation abzuschaffen und für TSS-vermittelte Termine vorzusehen. Hier wären Zuschläge nicht nur für den einzelnen vermittelten Termin, sondern für damit verbundene KZT-Therapien eine Option (erste 10 Sitzungen KZT), sofern die Aufnahme der Patienten über die TSS erfolgte. Adressaten wären zunächst die entsprechenden Gremien und abschließend der Gesetzgeber, welcher eine Änderung im §87 SGB V vornehmen müsste.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.4.2.6 Informieren der Psychotherapeuten über die Möglichkeiten der Terminmeldung

Sowohl die KVen als auch die Berufsverbände sollten die PT über die Möglichkeiten der Terminmeldung informieren. Insbesondere kurzfristig freigewordene Termine, die z.B. von Bestands-Patienten abgesagt worden sind, könnten an die TSS gemeldet werden. So könnten ansonsten verfallende Kapazitäten vom PT noch genutzt werden. Gerade das Melden von kurzfristigen Terminen kann dabei helfen, Patienten einen zeitnahen Termin anbieten zu können.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.4.3 Verbesserung der Termintreue der Patienten

Im Jahr 2022 wurden 13,9 % der bei PT vermittelten Termine über die TSS wieder abgesagt. Die Anzahl bezieht sich allerdings nur auf Absagen, die direkt bei der TSS erfolgten. Termine, die beim entsprechenden Leistungserbringer abgesagt wurden, sowie Termine, die ohne Absage nicht wahrgenommen wurden, sind nicht Teil dieser Zahl. Eine höhere Dunkelziffer erscheint daher plausibel.

In der Befragung des EVA-PTRL-Projektes stimmten der Aussage, dass von der TSS zugewiesene Patienten häufig lange Anfahrtswege haben, 68,8 % der EPT zumindest teilweise zu (24,4 % stimmen (voll) zu, 44,4 % teils teils). Dabei kann die Termintreue durch die zum Teil langen Anfahrtswege zum PT negativ beeinflusst werden. Zum einen fällt es den betroffenen Patienten schwerer, den Termin in den Alltag einzubauen, da längere Anfahrtswege mit einem größeren zeitlichen Aufwand in der Umsetzung verbunden sind. Zum anderen ist die Hürde, nicht zum Termin zu erscheinen, niedriger, da der Kontakt per TSS nicht so persönlich und somit verpflichtend wahrgenommen wird, wie eine Kontaktvergabe beim PT selbst. Aktuell gibt es keine Studien, die explizit untersuchen, in was für einer Entfernung vom Patienten die vermittelten Termine erbracht werden und ob regionale Unterschiede bestehen.

Die niedrigere Termintreue schreckt PT davon ab, Termine zu melden, da sie zwar vergeben, aber möglicherweise nicht wahrgenommen werden. Durch die niedrige Anzahl der vermittelten Termine sinkt das Angebot, wodurch längere Wegstrecken bei der Vermittlung notwendig werden. Die folgenden Handlungsoptionen stellen Ansatzpunkte dar, wie die Termintreue erhöht werden könnte. Beachtet werden muss hier, dass sich diese Punkte nicht isoliert nur auf Patienten oder Termine im psychotherapeutischen Bereich beziehen können, sondern direkt auch alle anderen Fachgruppen betreffen, für die durch die TSS Termine vermittelt werden.

1.4.3.1 Optimierung der Angaben zur maximalen Wegstrecke

Nach § 6 Anlage 28 BMV hat die TSS einen Termin in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort des Versicherten zu vermitteln. Als zumutbare Entfernung wird die „erforderliche Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes der jeweiligen Arztgruppe plus maximal 30 Minuten“ definiert. Es wird die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angenommen.

Im Rahmen der KBV Evaluation zur TSS wurde im Bereich der Psychotherapie eine Zeit von 24 Minuten und 16 Kilometern angegeben.

Hierbei ist anzumerken, dass es keine geeigneten Daten gibt, um die Wegzeit bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel zu ermitteln. Entsprechend stellt sich die Frage, wie die Entfernung zwischen dem Patienten und PT bei der Terminvergabe gemäß BMV berechnet wird, wenn die entsprechenden Daten gar nicht vorliegen.

Abhängig vom Wohnort des Patienten ist davon auszugehen, dass die Zeit, die mit dem PKW angenommen wird, bei der Übertragung auf öffentliche Verkehrsmittel zu einer Unterschätzung führt. Während eine Überschätzung unproblematisch ist, bedeutet eine Unterschätzung für Patienten, dass jene, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, deutlich länger als die errechneten 24 Minuten benötigen, um den PT zu erreichen.

Um diese Annahme zu untersuchen, sollte zunächst die notwendige Datengrundlage geschaffen werden, um die Zeit für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel abschätzen zu können. Eine Nutzung von approximierten PKW-Zeiten ist gerade für Patienten nachteilig, die keine Möglichkeit haben einen PKW zu nutzen, was vermehrt auf Patienten der benachteiligten Gruppen zutrifft.

Auf der anderen Seite müsste evaluiert werden, ob sich die Wegstrecke bis zum PT negativ auf die Termintreue auswirkt. Wenn ja, könnte eine Option darin liegen, dass die maximale Wegstrecke zwischen Leistungserbringer und Patient reduziert wird. So könnte die maximale Minutenanzahl von 30 reduziert werden. Eine mögliche Option wäre 20 Minuten. Allerdings ist zu beachten, dass bei einem kleineren Vermittlungsumkreis auch weniger PT zur Vermittlung zur Verfügung stehen, sodass sich die Chance auf erfolgreiche Vermittlungserfolge verringert. Vor dem Hintergrund, dass aktuell bereits 48 % der Suchanfragen nicht bedient werden können, ist zu bedenken, dass eine Verkürzung der Wegstrecke die Situation weiter verschärfen könnte.

1.4.3.2 Einführung einer Terminerinnerung durch die TSS

Eine weitere Möglichkeit die Termintreue zu erhöhen ist die Einführung einer Terminerinnerung bei der TSS. Es sind verschiedene Erinnerungsfrequenzen denkbar, abhängig davon, wann die Patienten bewusst oder unbewusst entscheiden den Termin nicht wahrzunehmen. Hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf.

Sollten die Patienten erst kurzfristig beschließen nicht zum Termin zu erscheinen (z.B. aufgrund von kurzfristig aufkommenden Bedenken), wäre eine Erinnerung in der Frequenz 48 und 24 Stunden vor dem vermittelten Termin sinnvoll, um die Patienten nicht zu verlieren. Auch wäre hierüber eine niedrighschwellige Terminabsage möglich, auch wenn PT Termine, die bspw. am Vortrag abgesagt werden, höchstwahrscheinlich nicht neu vergeben werden können.

Sollte das Hemmnis der Terminwahrnehmung jedoch eher darin liegen, dass der Termin vergessen wird, dann wäre eine Erinnerung z.B. eine Woche vor dem vermittelten Termin hilfreich. So hätten die Patienten noch ausreichend Zeit das Erscheinen beim Termin zu planen. Bei einer Absage des Termins hätte der PT, aber auch die TSS, die Chance den Termin kurzfristig neu zu vergeben.

Hier muss die KV-individuelle Ausgestaltung der Terminvermittlung mit einbezogen werden. Einige KVen, wie z.B. die KV Nordrhein, bestehen bereits auf eine Terminbestätigung des Patienten beim PT selbst, was von der TSS nicht immer nachverfolgt werden kann. Diese Informationsasymmetrien können hinderlich sein (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [KVNO], 2017.) (s. Handlungsoption unter 1.4.3.3).

Zusätzlich bestehen aktuell datenschutzrechtlich relevante Hürden bei der Erinnerung des Patienten. So darf bspw. der Name der vermittelten Praxis nicht auf dem Erinnerungsschreiben vermerkt werden.

Abschließend müsste bei der Ausgestaltung einer Erinnerung die genaue Art und das Medium der Erinnerung festgelegt werden. Mögliche Erinnerungswege wären neben telefonischer Kontaktaufnahme, auch eine Erinnerung per SMS oder E-Mail oder bei Bedarf auch per Post. Hier müssten die Patientenpräferenzen zunächst geklärt werden.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.4.3.3 *Bestätigung des Termins beim Leistungserbringer*

In einigen KV-Regionen ist es bereits heute vorgesehen, dass der Patient den Termin nochmal direkt beim PT bestätigen muss. Dadurch wird ein direkter Kontakt zum jeweiligen PT hergestellt, in welchem auch bereits erste Hintergründe berichtet und Belastungen geschildert werden können, was die empfundene Verbindlichkeit bei Patienten, den Termin einzuhalten, erhöhen kann. Sollte eine Terminbestätigung nicht erfolgen, könnte der PT versuchen, den Termin an einen anderen Patienten zu vergeben. Dem Patienten muss allerdings klar kommuniziert werden, dass eine Bestätigung des Termins zwingend erforderlich ist, um den Termin verbindlich zu machen. Wenn dies dem Patienten nicht klar ist und der PT den Termin an einen anderen Patienten vermittelt, kann es dazu kommen, dass beide gleichzeitig in der Praxis erscheinen. Außerdem ist fraglich, ob eine kurzfristige Vermittlung regelmäßig umsetzbar ist. Aber, selbst wenn eine Neuvergabe des Termins nicht erfolgen kann, wäre dies besser als zum vereinbarten Termin auf den Patienten zu warten und dieser erscheint nicht.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.4.4 *Verbesserung der Beratungsleistung der TSS*

Da das Mustercurriculum für die Ausbildung der TSS Mitarbeiter keine Kenntnisse über die psychotherapeutische Versorgung vorsieht, muss vermutet werden, dass bei manchen Callcenter-Mitarbeitern kein (tiefgehendes) Wissen über die Strukturen und Möglichkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung besteht (KBV, 2020b).

Die Qualität der Beratungsleistungen könnte dadurch erhöht werden, dass das (Muster-)curriculum angepasst wird. Das Modul „Versorgungslehre“ könnte in die Ausbildung aufgenommen werden. In diesem Modul könnten Strukturen der Gesundheitsversorgung vermittelt werden. Da ca. 40 % der vermittelten Termine bei PT sind, erscheint es sinnvoll, dass ein Fokus auf Funktionsweise und Strukturen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gelegt wird (KBV, 2021a). Vor allem Wissen über die psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sowie bürokratischen Gegebenheiten sollte vermittelt werden. Die flächendeckende Qualifizierung der Callcenter-Mitarbeiter dahingehend würde ermöglichen, dass die Patienten besser aufgeklärt werden können, z.B. zur Notwendigkeit eines Vermittlungscodes für Akutbehandlung, welcher nur im Rahmen einer ptS ausgestellt werden kann oder dass ein

Termin zur ptS nicht gleichzusetzen ist mit einem Therapieplatz. Zusätzlich könnte zielgerichteter in die passende Maßnahme vermittelt werden.

Eine weitere Option stellt die Möglichkeit dar, dass ein eigenes Mustercurriculum für die Call-center-Mitarbeiter geschaffen wird, die für die Vermittlung von psychotherapeutischen Leistungen zuständig sind. Modul I - Medizinische Grundlagen könnte auf psychische Erkrankungen fokussiert werden. Auch in Modul II – Kommunikation am Telefon könnte so auf die Bedarfslagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen Rücksicht genommen werden (KBV, 2020b). Die so Ausgebildeten wären dazu in der Lage, verbesserte Beratungsleistungen anzubieten, um so Patienten bestmöglich zu unterstützen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.4.5 Weiterentwicklung des eTerminservice

Aktuell kann ein Termin von Patienten nicht deutschlandweit online über den eTerminservice bei der TSS gebucht werden. Abhängig von der KV-Region können alle möglichen psychotherapeutischen Leistungen (ptS, Akutbehandlung und Probatorik), nur ausgewählte Leistungen oder gar keine online gebucht werden. Dies sollte zunächst einheitlich und flächendeckend ermöglicht werden. Wenn dies möglich wäre, könnte es den Zugang für Patienten erleichtern und auch die Ressourcen des 116117-Telefonservice schonen.

Besonders relevant bei der Umsetzung ist, dass der eTerminservice stärker auf die Unterstützung von benachteiligten Gruppen ausgerichtet wird. Bereits in seiner Erklärung zur digitalen Barrierefreiheit weist die KBV darauf hin, dass der aktuelle Service nicht die technischen Anforderungen an Barrierefreiheit (BITV 2.0) erfüllt. Es werden die folgenden Barrieren ausgewiesen:

Welche Bereiche sind nicht barrierefrei?

Unvereinbarkeit mit BITV 2.0

Noch bestehende Barrieren:

- Fehlende Alternativtexte für Bedienelemente und Grafiken
- Beschränkung der Bildschirmausrichtung
- Anpassbare Textabstände
- Kein sichtbarer Fokus
- Fehlende Alternative für komplexe Zeigergesten
- Hauptsprache wird nicht angegeben
- Fehlende leichte Sprache und Gebärdensprache

Abbildung 6: Übersicht über nicht barrierefreie Bereiche der eTerminservice Website

Quelle: <https://eterminservice.de/barrierefreiheit>

Obwohl auf der Website angegeben ist, dass am Abbau bestehender Barrieren gearbeitet wird, ist die abgegebene Erklärung bereits von Februar 2021 (<https://eterminservice.de/barrierefreiheit>) - Stand Januar 2024, also fast drei Jahre her. Für den potenziellen Versorgungsnutzen wäre es förderlich, dass diese Probleme behoben werden, vor allem in Anbetracht tendenziell benachteiligter Gruppen.

Daneben stehen die Herausforderungen für Menschen mit niedrigem deutschen Sprachniveau, da die Website ausschließlich in deutscher Sprache verfügbar ist. Es sollte mindestens an einer englischen Übersetzung der Website gearbeitet werden.

Im Rahmen der Terminbuchung sollte es den Patienten möglich sein, spezielle Filter bei der Terminsuche zu setzen. Denkbar wäre hier zum Beispiel Geschlecht des PT, gesprochene Sprache, Spezialisierung (z.B. Traumatherapie, LGBTQI*, Migrationserfahrung...). Hierdurch könnte insbesondere die Passung zwischen Patienten und PT positiv beeinflusst werden.

Um die begrenzten zur Terminbuchung zur Verfügung stehenden Termine effizient zu nutzen, sollte es weiterhin für Patienten möglich sein, nur genau einen Termin pro Versorgungselement buchen zu können. Dies würde verhindern, dass Patienten parallel Erstgespräche bei mehreren PT buchen und wahrnehmen, um sich dann den für sie passendsten auszuwählen. Dass parallel mehrere Termine gebucht werden, steht dem Ziel der TSS entgegen.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.4.6 Verpflichtung zum Angebot einer KZT bei zur Verfügung gestelltem Probatorik-Termin

Aktuell besteht die Möglichkeit, dass Patienten mit Dringlichkeitscode einen Probatorik-Termin über die TSS buchen können. Wichtig in diesem Zusammenhang wäre jedoch, dass das Angebot des PT sich nicht ausschließlich auf die probatorischen Sitzungen beschränkt, sondern dass der Patient im Anschluss auch eine KZT1 erhält, sofern der PT die Weiterbehandlung zweckdienlich findet. Dies sollte bei Bereitstellung eines Termins über die TSS bereits mitberücksichtigt werden. Über ein verpflichtendes Angebot zur KZT1 bei Notwendigkeit sollte beraten werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5 Unterstützung des Patienten bei der Organisation des Erstkontaktes durch die beteiligten Leistungserbringer

Wie oben zur Routinedatenanalyse beschrieben, haben Patienten jeder Altersgruppe seltener einen Erstkontakt, wenn sie ihre Indexdiagnose bei einem Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner erhalten haben, als wenn sie diese von einem PTE bzw. PTKJ gestellt bekommen haben. Es ist nicht weiter verwunderlich, dass Patienten, die bereits den Weg bis zu einem PTE bzw. PTKJ und damit in die fachspezifische Versorgung geschafft haben, einfacher einen Erstkontakt zu psychotherapeutischen Leistungen erhalten können.

Auch für Patienten, die ihre Indexdiagnose während der Krankenhausbehandlung erhalten haben zeigen die durchgeführten Regressionsanalysen, dass sie seltener einen Erstkontakt haben. Es bestehen entsprechend Hypothesen, dass Patienten, die ihre Indexdiagnose nicht bei einem PTE bzw. PTKJ bekommen haben, einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen, um in das System der ambulanten Psychotherapie zu gelangen, wenn der Bedarf dafür besteht.

Zusätzlich existieren patientenindividuelle Faktoren, die sich (unabhängig von dahinterstehenden Gründen) negativ auf das Zustandekommen eines Erstkontaktes auswirken. Auf diese muss im Rahmen der Förderung eines Erstkontaktes speziell geachtet werden, um zielgruppenindividuelle Maßnahmen entwickelt werden.

Ein Ziel der unten beschriebenen Handlungsoptionen ist es, Patienten allgemein und mit besonderem Bezug zu den benachteiligten Gruppen darin zu unterstützen, einen Erstkontakt zu terminieren und wahrzunehmen.

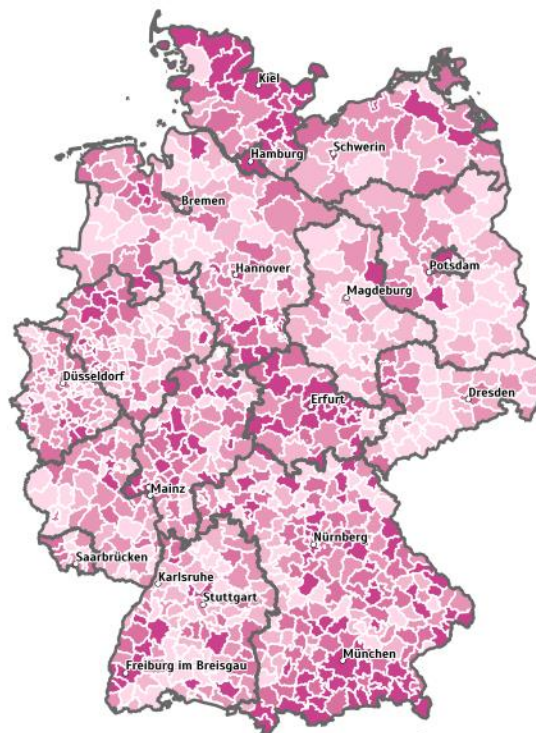
1.5.1 Hausärzte:

Exkurs: Hausarztsituation in Deutschland und Entwicklung

Betrachtet man die Grafik zum Versorgungsgrad in Prozent fällt auf, dass viele Mittelbereiche in Deutschland von der Unterversorgung mit Hausärzten bedroht oder schon betroffen sind. Eine Unterversorgung ist „dann anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 Prozent im hausärztlichen Bereich“ liegt. „Der Landesausschuss kann für eine Region eine drohende Unterversorgung aussprechen, falls zwar noch keine Unterversorgung besteht, diese jedoch zum Beispiel aufgrund der Altersstruktur der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte zukünftig zu erwarten ist“ (KBV, 2023b). Ausgehend der Versorgungsgraden in 2022 sind bereits 25 der 883 Mittelbereiche unterversorgt, zusätzliche 436 weitere Mittelbereiche entsprechen den Anforderungen einer drohenden Unterversorgung (KBV, 2023c).

Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche, 2022

- von 48,0 bis 88,8
- von 88,8 bis 97,6
- von 97,6 bis 104,5
- von 104,5 bis 110,1
- von 110,1 bis 189,0



© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research / OpenStreetMap

Quelle: BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2022, KBV

Abbildung 7: Versorgungsgrade in % Mittelbereich 2022 (KBV, 2023c)

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Nach KBV Angaben hat sich die Anzahl an vertragsärztlich tätigen Hausärzten zwar zwischen 2009 und 2022 um etwa 1 % erhöht, gleichzeitig hatten 2009 noch 94,5 % der Hausärzte einen vollen Versorgungsauftrag, 2022 nur noch 72,9 %. Dieser gegenläufige Trend dürfte insgesamt zu einer Verringerung des Volumens der von Hausärzten erbrachten Arbeitsstunden geführt haben (KBV, 2023b). Ein zusätzlicher Rückgang der Arbeitskraft ist durch die häufigere Berufsausübung als Angestellter zu erwarten. Zwischen 2009 und 2022 hat sich die Zahl der angestellten Hausärzte mehr als vervierfacht (3,4 Tausend 2009 vs. 13,8 Tausend 2022) (KBV, 2023b). Während Inhaber einer hausärztlichen Praxis für das Jahr 2017 angaben, durchschnittlich 50h pro Woche zu arbeiten, was einer Überschreitung der normalen Arbeitszeit von 40h um 25 % bedeutet, ist anzunehmen, dass als Arbeitnehmer angestellte Ärzte „aufmerksamer und nachdrücklicher auf die Einhaltung des mit ihrem Arbeitgeber üblicherweise vertraglich vereinbarten Arbeitsstundenvolumens achten“ (Robert Bosch Stiftung, 2021, S. 32). Ein Trend, der in Zukunft ohne entsprechende Gegenmaßnahmen ebenfalls eine Unterversorgung fördern wird, ist die Verschiebung der Altersstruktur der Hausärzte hin zu höheren Altersgruppen. 2022 lag das Durchschnittsalter der Hausärzte bei 55,1 Jahren. Dabei waren 36,6 % der Hausärzte 60 Jahre oder älter und werden entsprechend in den nächsten 10 Jahren die Berufstätigkeit aufgeben. Ein weiteres Drittel der Hausärzte ist zwischen 50 und 59 Jahre alt. Lediglich 7,5 % der Hausärzte ist unter 40 Jahre alt (KBV, 2023f).

Zusätzlich haben die Belastungen durch Bürokratie zugenommen. Entsprechend des Arztmonitors 2018 verbringen Hausärzte durchschnittlich 6,6 Stunden ihrer wöchentlichen Arbeitszeit mit Verwaltungsarbeit, Dokumentation und Berichten (KBV & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. [NAV-Virchow-Bund], 2018).

Alle Faktoren führen gemeinsam mit dem durch den demografischen Wandel in der Bevölkerung steigenden Behandlungsbedarf zu einer sinkenden Arztzeit pro Patienten, die sich in den nächsten Jahren eher weiter verkürzt (KBV, 2023b).

Status Quo / Projektergebnisse:

Bei der Frage, welche Maßnahmen Hausärzte bei Verdacht auf psychische Erkrankungen empfehlen, wurde von 95,2 % der Hausärzte und 94,5 % der Kinder- und Jugendmediziner die Überleitung in ambulante psychotherapeutische Behandlung genannt. 89,6 % der Hausärzte bzw.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

77,8 % der Kinder- und Jugendmediziner empfahlen stabilisierende Gespräche während der PSG und, wenn erforderlich, eine Einweisung in spezialisierte Krankenhäuser oder Rehabilitation (83,5 % HÄ, 82 % KJM). Eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka empfahlen 81,9 % der Hausärzte jedoch nur 31,2 % der Kinder- und Jugendmediziner. 82,2 % der Kinder- und Jugendmediziner empfahlen zusätzlich Beratungsstellen und Jugendhilfe. Die Antworten auf diese Frage zeigen, dass nahezu alle Hausärzte eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Bedarf empfehlen.

Die Routinedatenanalyse zeigt, dass bei 82,5 % Patienten mit einer gesicherten Depressionsdiagnose durch den Hausarzt kein Erstkontakt stattfindet. 17,5 % der Patienten, bei denen die Indexdiagnose beim Hausarzt gestellt wurde, haben bis zum Ende des Beobachtungszeitraums auch einen Erstkontakt. Mögliche Gründe hierfür wurden in Kapitel 1 erläutert. Bei Indexdiagnose durch PTE haben 48,8 % einen Erstkontakt. Bei den Kindern und Jugendlichen zeigt sich, wie oben beschrieben, ein ähnliches Bild, jedoch bei grundsätzlich höheren Erstkontakt-Quoten.

Bei der Befragung der Hausärzte im EVA PT-RL Projekt gaben 28,5 % der Hausärzte an, dass sie selbst den Kontakt zu einem PT herstellen. Bei den Kinder- und Jugendmediziner lag der Anteil mit 48,0 % deutlich höher. 69,5 % der Hausärzte und 87,8 % der Kinder- und Jugendmediziner gaben weiterhin an, dass sie dem Patienten eine Liste mit PT im Umkreis zur Verfügung stellen. 56,2 % (HÄ) bzw. 40 % (KJM) verweisen auf das Verzeichnis der KVen und 66 % (HÄ) und 38,2 % (KJM) auf die TSS. Anders als in anderen Bereichen wird hier ein Unterschied zwischen Hausärzten und Kinder- und Jugendmediziner deutlich. Letztere vermitteln deutlich häufiger Patienten direkt persönlich weiter oder geben eine Liste mit möglichen PT heraus, während die Hausärzte vermehrt die weniger zeitaufwändigen Wege mit dem Verweis auf die KVen und die TSS geben.

Eine weiterführende Unterstützung des Hausarztes nach der Diagnosestellung könnte dabei helfen, dass Patienten mit entsprechendem Weiterbehandlungsbedarf häufiger den Schritt in die ambulante psychotherapeutische Versorgung schaffen. Allerdings weisen nicht alle Patienten den gleichen Versorgungsbedarf auf. So sollte eine Unterscheidung dahingehend gemacht werden, ob Patienten einer der vorher definierten benachteiligten Gruppe angehören oder nicht. Allerdings gibt es auch Personengruppen, die nicht in den benachteiligten Gruppen

beschrieben sind, aber trotzdem Unterstützungsbedarf aufweisen. Eine Definition von Bedarfslagen verschiedener Personengruppen in diesem Kontext sollte Forschungsgegenstand weiterführender Studien sein.

Handlungsoption 1 richtet sich an alle Patienten, wohingegen sich Handlungsoptionen 3-5 explizit an Personen richten, die benachteiligten Gruppen angehören.

1.5.1.1 Intensivere Informationsweitergabe an den Patienten

Selbst für Menschen, die Teil der Gesundheitsversorgung sind, ist das System kompliziert und schwer zu überschauen. Da Informationsasymmetrien bestehen, ist die Versorgungslandschaft für Betroffene noch schwerer zu überblicken. So war u.a. die Telefonnummer 116117 als Einstieg in die Terminvermittlung durch die TSS im Jahr 2021 lediglich 32 % der Versicherten bekannt, was ein Indikator dafür ist, dass Wissensdefizite über die strukturelle Ausgestaltung der deutschen Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung bestehen (KBV, 2021b).

Der hausärztlichen Versorgung kommt als Pforte ins System in diesem Kontext eine Schlüsselrolle zu. Der Patient tritt an dieser Stelle, meist wenig informiert, in die Versorgung ein. Eine Informationsweitergabe über die Strukturen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und seiner Möglichkeiten wäre sinnvoll an dieser Stelle im System zu verorten. Die Informationsweitergabe könnte bei einer diagnostizierten psychischen Erkrankung durch z.B. Broschüren unterstützt werden. Zwar bestehen einzelne Angebote, wie z.B. der KBV-Flyer „Was tun bei einer psychischen Erkrankung – Psychotherapeutische Versorgungsangebote“ allerdings scheint an dieser Stelle noch Optimierungsbedarf zu bestehen.

Um auf bereits bestehende Angebote aufzubauen, könnte eine Broschüre, die an Formular PTV10 – Information für Patient*innen und Patient*en angelehnt ist, entwickelt und auf die Informationsbedürfnisse der hausärztlichen Versorgung angepasst werden. So könnte eine neue, einheitlich einsetzbare Broschüre entstehen, die deutschlandweit Verwendung finden könnte. Die Handlungsoption wird detailliert in Kapitel 3.3 beschrieben.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.5.1.2 Unterstützung der Hausärzte beim Informationserwerb

Aktuell unterstützen Hausärzte am häufigsten ihre Patienten dabei einen PT zu kontaktieren, indem sie ihnen Listen von in der lokalen Nähe zugelassenen PT aushändigen. In Handlungsoption 1.5.1.1 wurde eine verstärkte Weitergabe weiterer Informationen (z.B. Aufbau des Systems der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Angebote außerhalb der GKV) an den Patienten diskutiert. Ein möglicher Grund, warum Hausärzte die angesprochenen Punkte noch nicht umgesetzt haben (neben den fehlenden Materialien zur Patienteninformation), kann darin liegen, dass den Hausärzten die Informationen selbst nicht zur Verfügung stehen. Während zwar übergeordnete Informationen über das Versorgungssystem durch die Weiterbildung im Bereich der PSG bei den Hausärzten vorhanden sind, fehlen häufig Informationen zur regionalen Vor-Ort Versorgung. Sofern auch der Hausarzt nicht über z.B. bestehende regionale Angebote außerhalb der GKV informiert ist, kann er die Patienten auch nicht in erforderlichem Umfang beraten. Eine Unterstützung beim Erwerb dieser Informationen erscheint dementsprechend sinnvoll. Eine zentral organisierte Zusammenstellung der relevanten Informationen wäre hilfreich und wird unten (Kapitel 3.1 und 3.4) diskutiert.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.5.1.3 Direkte Terminvermittlung durch den Hausarzt über Hausarztvermittlungsfall

Wenn die Empfehlung, einen PT zu kontaktieren und ggf. eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, vom Hausarzt direkt kommt, könnte der Hausarzt die Kontaktaufnahme und die Terminkoordination zum PT selbst übernehmen, so wie es jetzt bereits fast 30 % der EPT und 48 % der KJPT tun. Eine Terminvermittlung direkt durch den Hausarzt kann insbesondere bei bestimmten benachteiligten Gruppen ein wirkungsvolles Element sein, um den Zugang deutlich zu vereinfachen.

Sollte der Hausarzt den Termin beim PT selbst vermitteln, so gilt der Vorgang unter bestimmten Voraussetzungen als Hausarztvermittlungsfall. Allerdings ist der Vorgang auf ausgewählte Patientengruppen eingeschränkt.

Der sogenannte „**Hausarztvermittlungsfall**“ kann seit dem 01. Januar 2023 abgerechnet werden. „Für die Vermittlung eines Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1. Satz 2 Nr. 2 SGB V bei

einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt ist die Gebührenordnungsposition 03008 bzw. 04008 [berechnungsfähig]“. Die GOP 03008 und 04008 sind mit 131 Punkten (15,05€) bewertet. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass es sich bei einem Hausarztvermittlungsfall um eine Vermittlung aufgrund eines „aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin“ handelt. „Die Gebührenordnungsposition 03008 ist berechnungsfähig, sofern die Behandlung des Versicherten spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt. Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch berechnungsfähig, wenn die Behandlung des Versicherten spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.“

Auf der anderen Seite erhält der Facharzt, hier der PT, einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Die Zuschläge entsprechen jenen der TSS (s.o.). Zusätzlich müssen weitere Voraussetzungen erfüllt sein, etwa, dass der vermittelte Patient bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis nicht bereits im selben Quartal behandelt wurde.

Der Zuschlag ist nur einmal berechnungsfähig.

Der Hausarzt kann den PT telefonisch oder online (s.o.) kontaktieren. Ein Nachteil an einer direkten Kontaktaufnahme per Telefon stellt die Notwendigkeit der synchronen Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient dar, damit ein Termin vereinbart werden kann, an dem der Patient auch Zeit hat. Gleichzeitig sollte der Hausarzt, um die Chance zu erhöhen den PT zu erreichen, während dessen telefonischer Erreichbarkeitszeiten anrufen, welche sich bei vollem Versorgungsauftrag auf lediglich 200 Minuten pro Woche beschränken.

Eine andere Möglichkeit wäre, dass der Hausarzt den PT kontaktiert und den Patienten ankündigt, welcher sich im Anschluss selbst beim PT zur Terminvereinbarung melden muss. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass der PT auf die Kontaktaufnahme des Patienten vorbereitet ist, was die Schwelle zur Kontaktaufnahme für den Patienten reduziert. Außerdem können die Bemühungen des Hausarztes als fördernder Faktor dienen, da der Patient sich geleitet fühlt und

nicht aus eigener Kraft den initialen Schritt machen muss. Diese Art der Terminvermittlung gilt jedoch unter Umständen nicht als Hausarztvermittlungsfall.

Eine weitere Option stellt der direkte online Kontakt dar. Bei einer Kontaktaufnahme per E-Mail könnte der Arzt den Patienten in cc setzen, wodurch eine asynchrone Kommunikation zwischen Hausarzt und PT ermöglicht wird. Der Vorteil dieser Option ist das niedrige Ausmaß an Aufwand, der betrieben werden muss, um sie umzusetzen. Eine vorgefertigte E-Mail müsste an den jeweiligen Fall angepasst und könnte direkt versendet werden. Die Asynchronität senkt allerdings auch die Verbindlichkeit der Kontaktaufnahme. Durch die zeitliche Verzögerung kann es dazu kommen, dass der Patient den Schritt doch nicht schafft umzusetzen. Vor allem benachteiligte Gruppen, die keine hohe Digitalkompetenz aufweisen, können dadurch gehemmt werden. Wenn z.B. E-Mails nur in unregelmäßigen Abständen überprüft werden, erhöht sich der zeitliche Abstand zur Empfehlung des Hausarztes, was wiederum die Chance auf eine Kontaktaufnahme negativ beeinflussen kann. Auch für Menschen mit eingeschränkten Kenntnissen der deutschen Sprache kann der schriftliche Kontakt herausfordernd sein.

Die dritte im Vorhinein diskutierte Option ist, dass der PT ein online Terminvergabesystem nutzt. So könnte der Hausarzt direkt gemeinsam mit dem Patienten einen passenden Termin buchen. Auch dieses Vorgehen würde die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der Patient einen Erstkontakt bei einem PT erhält. Möglicherweise wäre es sinnvoll, dass ein gewisses Kontingent an Terminen der PT in solchen Systemen für die direkte Terminvereinbarung von Hausärzten blockiert wird. Der Hausarzt würde die Triage für den PT übernehmen, was präventiv gegen Überlastung der Kapazitäten wirken würde. Dem Patienten wiederum würde ein niedrigschwelliger Weg in die ambulante psychotherapeutische Versorgung eröffnet werden.

Die Vergütung des Hausarztes zur Unterstützung des Patienten, durch die direkte Vereinbarung eines Termins, ist ein monetärer Anreiz. Eine Problematik ergibt sich daraus, dass nur bestimmte Fälle abrechnungsfähig sind. Da kein monetärer Anreiz bei Patienten besteht, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, werden diese entsprechend nicht gefördert. Der Hausarzt konzentriert sich auf die vergüteten Vermittlungen und vernachlässigt möglicherweise dadurch andere Gruppen. Es ist nicht auszuschließen, dass Teile der vernachlässigten Gruppen auch Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf sind. Es müsste überprüft werden, ob die Anreize, über den Hausarztvermittlungsfall Termine zu vereinbaren, für alle relevanten

benachteiligten Gruppen bestehen oder ob Anpassungsbedarf in der Ausgestaltung der vergüteten Patientenkollektive existiert.

Da der Hausarztvermittlungsfall erst seit Anfang 2023 abrechnungsfähig ist, bestehen noch keine Zahlen und Daten über seinen Einsatz und seine Wirkung. In einer Evaluation sollte zunächst geschaut werden, ob die Einführung der Hausarztvermittlungsfälle dazu beigetragen hat, dass Patienten häufiger und niedrigschwelliger einen Erstkontakt beim PT haben. Hier sollte auch die angekündigte Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses einbezogen werden. Da die direkte Terminvermittlung über den Hausarzt insbesondere bei den oben beschriebenen benachteiligten Gruppen ein wirkungsvolles Element sein könnte, um einen Erstkontakt zu fördern, sollte eine Untersuchung Auswirkungen auf die Versorgungssituation der benachteiligten Gruppen berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit muss geprüft werden, für welche Gruppen bzw. bei welchen Kriterien Unterstützungsbedarf besteht. Der überwiegende Teil der Patienten sollte selbst dazu in der Lage sein die Kontaktaufnahme zum PT zu übernehmen.

Eine Delegation an Praxispersonal ist grundsätzlich möglich, aber vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.2.1 beschriebenen Personalsituation von MFA und Arzthelferinnen, nicht immer umsetzbar.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.1.4 Indirekte Terminvermittlung durch den Hausarzt über die TSS

Als zweite Option zur Erleichterung des Übergangs könnte der Hausarzt über die TSS einen Termin für den Patienten buchen. Hierbei kann entweder der Patient im Beisein des Hausarztes direkt den Termin selbständig buchen oder der Hausarzt vermittelt / bucht den Termin. Dies kann er über dasselbe Portal tun, welches er für das Melden seiner Termine nutzt. In ausgewählten Fällen kann eine Abrechnung als Hausarztvermittlungsfall möglich sein. Die Buchung über die TSS hat den Vorteil, dass hiermit bereits bestehende Strukturen genutzt werden können. Auf der anderen Seite verbleiben die Hürden, die aktuell bei der TSS bestehen. Auch diese Tätigkeiten können durch eine MFA in der Praxis umgesetzt werden.

Neben der Möglichkeit, dass der Hausarzt den Termin für den Patienten bucht (wofür ein Zugriff auf die TSS-Terminkoordination notwendig ist), kann auch der Patient selbständig den Termin vereinbaren.

Es sollte die Möglichkeit diskutiert werden, ob nicht auch die Hausärzte die Berechtigung zum Ausstellen von Dringlichkeitscodes für die ptS erhalten sollen. Mit Blick auf die Evaluation der TSS erscheint der potenzielle Nutzen dieser Änderung allerdings nicht sonderlich hoch zu sein. Bereits jetzt können 58 % der TSS-Terminfälle innerhalb von Tag 1 bis 8 vermittelt werden. Zusätzliche sind 15 % der TSS-Terminfälle in Tag 9 bis 14 vermittelbar. Entsprechend erscheint das Potenzial, welches in Dringlichkeitscodes für ptS bei den Hausärzten liegt, unsicher.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.1.5 Durchführung des Erstgespräches direkt in der Hausarztpraxis

Neben einer Terminvermittlung durch den Hausarzt, besteht auch die Möglichkeit, dass der PT in die Hausarztpraxis kommt und dort der Erstkontakt stattfindet. Da diese Option insbesondere den Therapiebaustein der ptS betrifft, wird der Vorschlag dort im Detail diskutiert. (Kapitel 2.1.5.1)

1.5.1.6 Einbindung der psychosomatischen Grundversorgung

Nach den Ergebnissen der Routinedatenanalyse des Projektes EVA PT-RL hatten 2018 62 % der Erwachsenen, deren Indexdiagnose beim Hausarzt gestellt wurde, mindestens eine abgerechnete Leistung im Kontext der PSG. Obligate Leistungsbestandteile der PSG (z.B. 35110, 35100) sind u.a. die verbale Interaktion bei psychosomatischen Krankheitszuständen und die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände. Damit Ärzte die gerade beschriebenen Leistungen abrechnen dürfen, müssen sie eine 80-stündige Weiterbildung zur PSG absolvieren. Ein Lernziel ist, bezogen auf die Psychotherapie, das Folgende: „Er kennt die Indikationen der verschiedenen Psychotherapie-Verfahren und weiß, welche Wege dem Patienten in einem kooperativen Versorgungssystem vorzuschlagen sind.“ Da die Anzahl der Patienten ohne Erstkontakt bei 82.5 % liegt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass den Patienten zwar die notwendigen Wege vorgeschlagen werden, dieses Wissen bei einigen jedoch nicht genügt, um den Übergang in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu schaffen.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Eine Aufklärung über bestehende Unterstützungsstrukturen innerhalb des Systems und regionale Angebote, die nicht Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sind, könnte stärker in den Fokus der PSG gerückt werden.

Eine weitere Anpassung könnte darauf abzielen die Anzahl der Patienten, die Leistungen der PSG im hausärztlichen Kontext erhalten, zu erhöhen. Eine hausärztlich durchgeführte PSG kann bei Patienten, die zunächst keine Psychotherapie oder keinen psychotherapeutischen Kontakt wünschen oder benötigen, hilfreich sein. Sie könnte hierbei auf der einen Seite therapievorbereitend dienen und die Skepsis des Patienten gegenüber einer Psychotherapie abbauen bis der jeweilige Patient bereit ist, einen Erstkontakt zu vereinbaren. Ebenfalls kann es sein, dass manche akute Belastungssituationen bereits auflöst werden können. Sofern eine Psychotherapie benötigt wird, Patienten aber nicht zeitnah einen Richtlinien therapieplatz erhalten, können Leistungen der PSG überbrückend genutzt werden.

Aktuell können nur Hausärzte mit entsprechender Qualifikation (Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung) Leistungen der PSG (35100 und 35110) erbringen. Die PSG ist allerdings erst seit 2015 Teil der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für Fachärzte der Allgemeinmedizin und entsprechend noch kürzer Teil der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Alle Hausärzte, die die Facharzt-Weiterbildung vor dieser Zeit absolviert haben, müssen eine 80-stündige Fortbildung absolvieren, um entsprechende Leistungen abrechnen zu dürfen. Wenn die Quote der Hausärzte erhöht werden würde, welche die Fortbildung absolviert hat, hätten mehr Patienten die Chance, Leistungen dieses Bereichs zu erhalten. 2019 hatten 21 % der Hausärzte nach KBV Angaben keine entsprechende Abrechnungsgenehmigung (Karch, 2021). Die Qualifizierung dieser Hausärzte könnte noch mehr Patienten die Möglichkeit eröffnen, die PSG zu obengenannten Zwecken in Anspruch zu nehmen. Es bleibt jedoch zweifelhaft, ob jene Hausärzte, die die Weiterbildung der PSG bisher nicht absolviert haben, mit einer (verpflichtenden) Qualifikation dahingehend erreicht werden würden, dass sie die PSG im Anschluss tatsächlich als Leistung erbringen.

Zur Motivation der Nachqualifikation könnte ein einmaliges Anschreiben der zuständigen KVen herausgegeben werden, um Hausärzte ohne Abrechnungsgenehmigung auf die Weiterqualifikation aufmerksam zu machen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.1.7 Aufnahme der psychosomatischen Grundversorgung in die Facharzt-Weiterbildung der Kinder und Jugendmediziner

Im Vergleich zu den Erwachsenen, erhalten Kinder und Jugendliche prozentual gesehen seltener Leistungen der PSG. Zwar sind Basisbehandlungen psychischer, somatoformer und psychosomatischer Anpassungs-, Regulations- und Verhaltensstörungen Teil der Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, doch die PSG ist nicht Teil dieser Facharzt-Weiterbildung. Auf dem 127. Ärztetag 2023 in Essen wurde der Beschluss mit dem Titel „Änderung zur Aufnahme des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ verabschiedet. In diesem wird Folgendes gefordert: „In den Gremien der Bundesärztekammer soll die Aufnahme des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung (PGV) in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer zur Fachärztin und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin geprüft werden“ (BÄK, 2023, S. 312). Die Aufnahme in die (Muster-)Weiterbildungsordnung erscheint sinnvoll, da durch die damit einhergehende Qualifizierung der Ärzte auch Kinder und Jugendliche von den oben (Kapitel 1.5.1.6) beschriebenen Chancen der PSG profitieren können (z.B. verbesserte Aufklärung, Nutzung der vorbereitenden Zeit bis zur Kontaktaufnahme mit einem PT, Reduzierung der Belastung und Symptomatiken).

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2 Stationäre Versorgung

Projektergebnisse

Indexdiagnose

2018 erhielten von den 134.832 Erwachsenen (5.642 Kindern und Jugendlichen) mit einer Indexdiagnose 1,2 % (8,2 % KJ) diese im stationären Sektor (1.580 Erwachsene, 462 KJ) und weitere 1,5 % (11,4 KJ) im ambulanten Krankenhaussektor (1.972 Erwachsene, 645 KJ). Es zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen durch die Reform. Während Erwachsene im ambulanten Krankenhaussektor mehrheitlich Diagnosen mit einem mittleren Schweregrad (55,7 %) gefolgt von einem (sehr) schweren Schweregrad (29,9 %) diagnostiziert bekommen, verhielt sich dies im stationären Sektor umgekehrt. Dort gestellte Diagnosen hatten in 61,7 % einen (sehr)

schweren Schweregrad und zu 35,4 % einen Mittleren. Bei Kindern und Jugendlichen wurden sowohl im stationären als auch im ambulanten Krankenhaussektor überwiegend Diagnosen mittleren Schweregrades (75,5 % ambulanter Krankenhaussektor, 77,3 % stationäres Krankenhaus) gestellt. Bei der stationären Krankenhausbehandlung wurden zusätzlich rund 19,5 % Diagnosen mit schwerem Schweregrad gestellt.

Von den Erwachsenen, die ihre Diagnose im stationären Sektor erhielten, hatten 2018 30,1 % (53,5 % KJ) einen Erstkontakt (ein Anstieg um 5,6 Prozentpunkte im Vergleich zu 2016 bei den Erwachsenen, 10,3 Prozentpunkte bei KJ). Im Vergleich dazu hatten Erwachsene mit Indexdiagnose aus dem ambulanten Sektor zu 22,7 % (57,6 % KJ) einen Erstkontakt. Es fällt auf, dass Erwachsene aus dem ambulanten Krankenhaussektor nur zu 18,9 % (35,2 % KJ) einen Erstkontakt in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung hatten. Aus den Daten kann nicht abgelesen werden, wie viele der Patienten aus der stationären oder ambulanten Krankenhausbehandlung im Anschluss eine Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie bekommen haben.

Weitere stationäre Aufenthalte:

Die durchschnittliche Anzahl an stationären Aufenthalten aufgrund einer Depressionsdiagnose (ausgenommen vollstationäre Aufenthalte, in deren Rahmen die Indexdiagnose gestellt wurde) beträgt über alle Erwachsenen mit einer Depressionsdiagnose hinweg 0,04 mit einer durchschnittlichen Dauer von 1,29 Tagen (0,14 bei den KJ, Dauer 5,06 Tage). Die Anzahl aller stationären Aufenthalte beträgt unabhängig der Hauptentlassungsdiagnose 0,49 über alle Erwachsenen mit einer durchschnittlichen Dauer von 4,96 Tagen (0,5 bei den KJ, Dauer 10,22 Tage). Nimmt man eine Fallunterscheidung vor von Patienten (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) mit und ohne Erstkontakt, wird deutlich, dass Patienten mit Erstkontakt häufiger überhaupt einen stationären Aufenthalt wegen einer Depressionsdiagnose hatten und zusätzlich auch eine längere Dauer der Aufenthalte. Kongruent dazu zeigt die durchgeführte Regressionsanalyse, dass Patienten mit einem stationären Aufenthalt wegen einer Depressionsdiagnose eine höhere Chance auf einen Erstkontakt haben.

3,3 % der Erwachsenen (14,2 % der KJ) mit Indexdiagnose hatte 2018 mindestens einen stationären Aufenthalt aufgrund einer Depressionsdiagnose (4.486 Erwachsene, 801 KJ). Die

durchschnittliche Dauer des Aufenthalts betrug 42 Tage (43 Tage bei KJ). Es bestehen keine signifikanten Unterschiede vor und nach der Reform.

Ambulante Krankenhausaufenthalte wegen einer Depressionsdiagnose hatten 4,1 % (17,7 % KJ) der untersuchten Erwachsenen in 2018 (5.539 Erwachsene, 999 KJ). Leistungen im Bereich der teilstationären Versorgung nahmen wegen einer Depressionsdiagnose 2.727 Erwachsene (262 KJ) in Anspruch, stationsäquivalente Leistungen nur 11 Erwachsene (2 KJ). Hierbei muss erwähnt werden, dass letztere erst seit dem 01.01.2018 von den Krankenhäusern erbringbar ist (siehe unten).

Im Rahmen der Routinedatenanalyse wurden auch stationäre Reha-Aufenthalte betrachtet. Einschränkend muss in diesem Zusammenhang jedoch beachtet werden, dass rehabilitative Leistungen bei Erwerbstätigen vorrangig von der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht werden. Insofern spiegeln die Daten nur die Inanspruchnahme durch Versicherte, bei denen die GKV zuständig war, wider. Im Beobachtungszeitraum hatten 227 Erwachsene einen Reha-Aufenthalt aufgrund einer Depressionsdiagnose (28 KJ).

Dem SGB V sind verschiedene Leistungen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung zugehörig. Neben der klassischen (voll-)stationären Behandlung werden auch die teilstationäre Versorgung (im Sinne einer Tagesklinik) und stationsäquivalente Leistungen zur Krankenhausbehandlung gezählt. 2022 wurden 1.023.299 Fälle aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung im Krankenhaus behandelt, davon 274.451 aufgrund einer affektiven Störung, worunter auch die Depression fällt. Letztgenannte hatten eine durchschnittliche Verweildauer von 35,9 Tagen (2016: 34,9 Tage, 2018: 36,1 Tage) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes [GBE], 2024).¹¹

Auf die knapp eine Million Krankenhausfälle verteilen sich „insgesamt 810 978 Patientinnen und Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern [...]. Davon wurden im Bereich der Allgemeinpsychiatrie 661 469, in der Psychosomatik 74 585 und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 60 711 Patientinnen und Patienten stationär versorgt“ (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024).

¹¹ Die Unterschiede zwischen den Routinedatenanalysen im Eva PT-RL Projekt und den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes können u.a. darin liegen, dass beim GDB alle Affektiven Störung (F30.--F33.-) zusammengefasst wurden, bei Eva PT-RL jedoch nur die F32.- und die F33.-.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Unterschiede zwischen teil- und vollstationären Aufenthalten bestehen darin, dass bei teilstationären Aufenthalten der Patient weiterhin in seinem eigenen Zuhause wohnt und werktags seine Behandlung in einer Tagesklinik wahrnimmt. Im Rahmen von vollstationären Aufenthalten verbringt der Patient, ähnlich einem somatischen Krankenhausaufenthalt, seine gesamte Zeit, inklusive der Nächte und Wochenenden in der Klinik. Bei stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen findet die Leistungserbringung im häuslichen Umfeld des Patienten statt, sodass kein Ortswechsel des Patienten erfolgen muss. Sie wurden mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eingeführt.

Daneben wurden im selben Jahr mehr als 2,7 Millionen Leistungsfälle von Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V gezählt.

2022 wurden 252.718 Fälle bei den psychischen und Verhaltensstörungen gezählt, die in Vor- oder Rehabilitationseinrichtungen vollstationär versorgt wurden. Betrachtet man ausschließlich die affektiven Störungen, verbleiben 95.483 Fälle. Die durchschnittliche Verweildauer liegt ähnlich den Krankenhausbehandlungen bei 34,5 Tagen.

Relevanz:

„Bei Patient*innen, die aus psychiatrischen Gründen stationär behandelt wurden, ist das Suizidrisiko beim Übergang in die ambulante Versorgung hoch: 41 % der Suizide werden vor dem ersten Nachsorgetermin begangen, 25 % innerhalb von 3 Monaten“ (BÄK et al., 2022, S. 209). Das Risiko einer sich verschlimmernden Symptomatik und einer erneuten stationären Einweisung steigt durch die Unterbrechung der Versorgung. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, dass der Übergang zur ambulanten Behandlung der Patienten mit depressiven Störungen zeitnah nach dem stationären Aufenthalt stattfindet. Neben der möglichen Gefährdung des Patientenwohls ist an dieser Stelle auch zu berücksichtigen, dass im Regelfall die stationäre Aufnahme und Behandlung der Patienten zu höheren Kosten führt als eine ambulante Behandlung (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. [DPtV], 2021, S. 46 ff.). Aufgrund der steigenden Gesamtkosten im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen in den letzten Jahren (Mantell et al., 2023, S. 36), sollte die Maßgabe „ambulant vor stationär“ hier noch stärker berücksichtigt werden. Die Zeiträume ohne Behandlungsmöglichkeiten, welche in vielen Fällen mehrere Monate betragen, begünstigen die Chronifizierung von Erkrankungen und erhöhen

die Suizidgefahr, da besonders in den ersten drei Monaten nach der Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung die Suizidvulnerabilität erhöht ist (Lange-Asschenfeldt, 2018).

Eine weitere Hürde bei der Überleitung von Patienten mit psychologischen Erkrankungen in den ambulanten Bereich sind die Symptome, welche schwere Krankheitsverläufe mit sich bringen. Viele Patienten mit einer weit fortgeschrittenen psychischen Erkrankung sind nicht in der Lage, ihre eigene ambulante psychotherapeutische Nachbetreuung zu organisieren (BÄK et al., 2022). Dieser Umstand macht eine nahtlose Betreuung der Patienten sowie die Koordination der weiteren Behandlungsschritte unabdingbar.

Teilweise haben die Patienten zudem nach der Entlassung und ohne anschließende ambulante Therapieangebote Schwierigkeiten mit der Strukturierung ihres Alltags (Hegedüs, 2020, S. 3). Bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kann der Wechsel von stationärer zu ambulanter Behandlung, wenn sie auf sich allein gestellt sind, zu immensen gesundheitlichen (und ökonomischen) Schäden führen. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass der Übergang zwischen den Behandlungssektoren zeitnah, gesteuert und koordiniert abläuft.

Bei vielen Patienten ist nach einem solchen Aufenthalt eine ambulante Weiterbehandlung notwendig. Es ist, wie gerade beschrieben davon auszugehen, dass Patienten in stationärer Versorgung besonderen Unterstützungsbedarf bei der Überleitung in die ambulante Versorgung haben.

Im Folgenden wird thematisiert, wie die Überleitung aus einer stationären Versorgung in eine ambulante Psychotherapie verbessert werden kann. Zusätzlich können bei einigen Patienten auch Angebote außerhalb der GKV-Regelversorgung zweckmäßig sein. Die Überleitung in andere Fachbereiche z.B. der psychiatrischen Versorgung wird nur bei bestehenden Synergieeffekte thematisiert.

Zusätzlich muss bei den Unterstützungsangeboten der patientenindividuelle Versorgungspfad berücksichtigt werden, abhängig davon, ob der Patient vor dem stationären Aufenthalt bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung war und dort eine Anlaufstelle hat, bei der

er sich nach dem stationären Aufenthalt melden und weitere Hilfestellungen erhalten kann. Auch wenn eine erfolgreiche Überleitung von verschiedenen Faktoren abhängt, kann angenommen werden, dass Patienten weniger Unterstützung aus der stationären Versorgung benötigen, wenn sie sich vorher in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung befunden haben. Patienten ohne vorherigen Kontakt in der ambulanten Psychotherapie haben entweder ihre Indexdiagnose in der stationären Versorgung erhalten oder ambulant, z.B. bei einem Hausarzt. Der erhöhte Bedarf an Unterstützung ergibt sich daraus, dass sie noch keinen direkten Ansprechpartner und zusätzlich keine Erfahrung im ambulanten psychotherapeutischen System haben. Im Folgenden wird diese Patientengruppe fokussiert.

1.5.2.1 Untersuchungen zu Art und Setting der ersten Therapieleistung einer ambulanten Psychotherapie

Für Patienten, die vor dem stationären Aufenthalt noch keine ambulanten psychotherapeutischen Leistungen in Anspruch genommen haben, aber im Anschluss eine ambulante Psychotherapie empfohlen bekommen, besteht die Notwendigkeit einen Erstkontakt (mögliche Leistungen siehe unten) zu organisieren. Im Folgenden werden die Optionen diskutiert, die Auswirkungen auf die Versorgung durch Vertragspsychotherapeuten haben können. Abhängig von der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung könnte auch eine Überleitung in eine Psychiatrische Institutsambulanz sinnvoll sein, welche mit Einschränkungen auch Leistungen der ambulanten Psychotherapie nach der PT-RL durchführen dürfen. Da hier eine Vermittlung aufgrund der Angliederung an das Krankenhaus meist leichter gelingt, wird eine mögliche Vermittlung im Rahmen der Kapitel 1.5.2.2 aufgegriffen und kritisch diskutiert.

Im Folgenden wird thematisiert welche Art der Therapieleistung als erstes im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie möglich und sinnvoll sein könnte. Zusätzlich wird thematisiert, in welchem Setting (noch während der stationären Behandlung oder erst danach) sie stattfinden sollte. Für die verschiedenen unten beschriebenen Konstellationen liegen zum jetzigen Zeitpunkt nahezu keine Forschungsergebnisse und Evaluationen vor, aus denen abgeleitet werden könnte, wann eine Überleitung in die ambulante Versorgung am ehesten gelingt. Auch aus den Projektergebnissen kann keine Beurteilung erfolgen, da dieser Aspekt nicht im Fokus der Untersuchungen stand.

Art der Therapieleistung: Wie oben beschrieben, kommen verschiedene erste Therapieleistungen in Frage. Durch den vorherigen stationären Aufenthalt ist eine ptS als erste Leistung möglich, jedoch nicht verpflichtend. Alternativ kann ein Patient mit einer probatorischen Sitzung beginnen oder aufgrund der Erkrankungsschwere mit einer Akutbehandlung.¹² Vor dem Beginn einer Richtlinien-therapie ist jedoch die Durchführung von probatorischen Sitzungen verpflichtend.

Setting der Therapieleistung: Neben den verschiedenen Therapieleistungen, die für einen Erstkontakt in Frage kommen, kann diskutiert werden, ob die erste Leistung bereits während des stationären Aufenthaltes stattfindet oder (während diesem nur organisiert wird aber selber) erst danach.

Für eine erste Therapieleistung bereits während des stationären Aufenthaltes spricht, dass der Patient dadurch bereits eine Anbindung in die ambulante psychotherapeutische Versorgung hat und er eine Perspektive für die Zeit im Anschluss an die stationäre Versorgung bekommt. Der Patient kann nach seiner Entlassung niedrigschwellig mit ggfs. bereits aufgebautem Patient-PT-Verhältnis und einem vereinbarten Termin seine Behandlung beginnen. Dieses Verfahren geht damit einher, dass das Krankenhaus oder die Rehaklinik den Patienten bei der Terminvereinbarung unterstützt. Zu bedenken ist, dass die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie regional an den Wohnort des Patienten gebunden ist, die stationäre Versorgung insbesondere durch Rehakliniken jedoch häufig nicht. Diese können vom Wohnort des Patienten entfernt liegen, was das Wissen der Einrichtung über regionale psychotherapeutische Angebote einschränkt und die Unterstützung bei der Vereinbarung erschwert.

Findet der erste Termin nach der stationären Behandlung statt, gibt es zwei Konstellationen: 1) Die Einrichtung vereinbart gemeinsam mit dem Patienten einen Erstkontakt für einen Zeitpunkt nach dem stationären Aufenthalt oder 2) der Patient muss die Vereinbarung des Erstkontaktes selbständig im Anschluss übernehmen. Bei 1) besteht, wie oben auch die Hürde, dass die Einrichtung ggfs. nicht in regionaler Nähe zum Patienten liegt und eine Terminvereinbarung erschwert ist. Welche Unterstützung die Einrichtung leisten kann, wird in

¹² Die Akutbehandlung wird im Folgenden vernachlässigt und sich auf die Leistungen Probatorik und ptS fokussiert.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Handlungsoption 1.5.2.2 diskutiert. Ob es dem Patienten zumutbar ist, dass er mit der Aufgabe zur Organisation seines Erstkontaktes selbst betraut wird, sollte im Einzelfall diskutiert werden. Manche Patienten werden aufgrund ihrer Erkrankungsschwere und Persönlichkeitsstruktur Probleme haben einen Erstkontakt zu vereinbaren und sollten unterstützt werden. In diesen Fällen könnte das Krankenhaus auch in eine Psychiatrische Institutsambulanz vermitteln, welche z.B. die Versorgung so lange sicherstellt, bis der Patient in die ambulante Versorgung übergeleitet werden kann.

Tabelle 2: Art und Setting der ersten Therapieleistung

Setting der Leistung	Art der Leistung	
	ptS	Probatorik
Im Anschluss an den Aufenthalt	1	2
Während des Aufenthalts	4	3

Konstellationen 1 und 2:

Während bei einer probatorischen Sitzung die Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie und eine weitere differentialdiagnostische Abklärung im Vordergrund steht, fokussiert die ptS (siehe unten) auf die Beratung und Abklärung, inwiefern eine krankheitswertige Störung vorliegt, die durch eine ambulante Psychotherapie behandelt werden kann, oder ob andere Leistungen besser geeignet wären.

Die Eva PT-RL Projektergebnisse zeigen, dass mehr als 85 % der Patienten mit Depressionsdiagnose, die ihre Indexdiagnose im Krankenhaus erhalten und einen Erstkontakt hatten, eine ptS in Anspruch genommen haben.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Tabelle 3: Grundgesamtheit: Erwachsene mit Indexdiagnose im stationären Bereich und anschließendem Erstkontakt

		Häufigkeit	Prozent
Inanspruchnahme	keine Sprechstunde	55	11,6
	Sprechstunde	420	88,4
	Gesamt	475	100,0

Tabelle 4: Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit Indexdiagnose im stationären Bereich und anschließendem Erstkontakt

		Häufigkeit	Prozent
Inanspruchnahme	keine Sprechstunde	33	13,4
	Sprechstunde	214	86,6
	Gesamt	247	100,0

Obwohl eine ptS nach einem stationären Aufenthalt nicht zwangsläufig in Anspruch genommen werden muss, da die Therapienotwendigkeit bereits in der stationären Versorgung bescheinigt wurde, ist dies trotzdem die vom PT durchgeführte Leistung für den Erstkontakt. Welche Gründe hierfür bestehen, ist bisher noch nicht untersucht und bedarf weiterer Forschung. Denkbar wäre, dass PT es präferieren die Behandlung mit einer ptS zu beginnen, um sich selbst ein Bild vom Patienten und seiner Erkrankung zu machen. Alternativ können Patienten bei der Terminvereinbarung gezielt eine ptS suchen, weil dort die Terminvereinbarung einfacher und kurzfristiger möglich ist.

Konstellationen 3 und 4:

Um eine bessere Überleitung zu ermöglichen, wurde durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Inkrafttreten 01.09.2020) die Möglichkeit geschaffen, dass die Probatorik bereits während der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann (Änderung § 92 Absatz 6a SGB V). Eine entsprechende Regelung wurde in der PT-RL in § 12 Absatz 6 festgehalten. *„Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden.“*

Für den Mehraufwand, in die Räumlichkeiten des Krankenhauses zu gelangen, kann der PT zusätzlich Besuchsziffern 01410 „Besuch eines Kranken“ (212 Punkte, 24,36€) oder 01413 „Besuch eines weiteren Kranken“ (106 Punkte, 12,18€) extrabudgetär abrechnen. Sollten diese

Ziffern im Zusammenhang mit einer probatorischen Sitzung berechnet werden, muss das Zusatzkennzeichen K verwendet werden. Aufgrund des großen Aufwandes zur Erbringung der Leistung im Krankenhaus, insbesondere wenn der Patient nicht in regionaler Nähe zum Krankenhaus wohnt, ist zu erwarten, dass die Probatorik nicht regelmäßig im Krankenhaus durchgeführt wird.

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung von 2021 wurde die Regelung ergänzt, dass die Probatorik auch in psychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden kann. Der aktuelle Wortlaut von §92 Absatz 6a SGB V ist wie folgt:

„Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden, das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b“ (§92 Absatz 6a SGB V).

Während der im Projekt durchgeführten Routinedatenanalyse mit Daten bis Q1 2019 war es entsprechend nur möglich, dass Patienten nach der stationären Behandlung Leistungen der ambulanten Psychotherapie in Anspruch nehmen, sodass die neusten Entwicklungen nicht abgebildet werden konnten.

Während mit den gesetzlichen Änderungen 2020 und 2021 die Probatorik als erste Therapieleistung weiter forciert wird, fand 2018 in der Versorgungsrealität in fast allen Fällen eine ptS als erste Therapieleistung statt. Es müsste untersucht werden, ob sich an dieser Praxis seitdem etwas geändert hat. Wenn nicht, wären Gründe zu diskutieren, warum die ptS als erste Therapieleistung eingesetzt werden sollte. In diesem Kontext wäre zu evaluieren, ob die ptS auch erbringbar sein darf, wenn sich der Patient noch in einer stationären Versorgung befindet.

Zusätzlich kann angenommen werden, dass es Hürden bei der Erbringung der Probatorik in den Räumlichkeiten des Krankenhauses gibt, aber auch in der psychotherapeutischen Praxis, z.B. Anfahrt des PT oder des Patienten. Dies müsste erforscht werden.

Es wäre zu diskutieren, inwiefern eine Erbringung dieser Leistungen als Videosprechstunde während eines stationären Aufenthaltes unterstützend wirken kann. Der Weg dahin wurde mit dem Inkrafttreten des Digitalgesetzes deutlich vereinfacht, in dem Videosprechstunde zukünftig auch im Rahmen der Probatorik und ptS eingesetzt werden dürfen. Hier müsste

sichergestellt werden, dass eine Erbringung der ersten Leistung als Videosprechstunde auch während der Dauer eines stationären Aufenthaltes rechtlich hürdenlos realisierbar ist.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.2 Unterstützungsangebote der Kliniken

Eine Unterstützung der Patienten bei der Suche eines geeigneten PT nach dem stationären Aufenthalt und das Vereinbaren eines Termins (unabhängig von der Therapieleistung) kann dazu führen, dass mehr Patienten als bisher eine notwendige ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen.

Eine Unterstützung kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen.

Mit dem Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausaufenthalt nach § 39 Absatz 1a SGB V wird das Ziel verfolgt, eine „bedarfsge- rechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten“ (§ 2 Absatz 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Hierbei soll das Kran- kenhaus gemäß § 8 Rahmenvertrag Entlassmanagement den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringenden sicherstellen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn es bereits einen PT gibt, an den sich das Krankenhaus wen- den kann. Das wiederum ist bei Patienten, deren Indexdiagnose erst während des Aufenthaltes gestellt wird, nicht der Fall. Diese Patienten sollen entsprechend des Vertrags über die dem vorliegenden Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung informiert werden.

Für Rehabilitationseinrichtungen regelt ein Rahmenvertrag Vergleichbares (Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1a SGB V für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung)

Der Barmer Krankenhausreport 2021 (Augurzky et al., 2021) fasst den Status Quo zum Entlass- management zusammen. Es wird beschrieben, dass noch Verbesserungspotenzial besteht. So würden einheitliche Standards bei der „Identifizierung von Patienten mit erhöhten poststatio- nären Versorgungsbedarf“ fehlen und Mängel im strukturierten Informationsfluss bestehen, was ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement erschweren würde. Dies führe dazu, dass die Entlassungsplanung „teilweise zu spät, nämlich erst am Tag der Entlassung“ beginne und

„unkoordiniert und nicht umfangreich genug“ erfolge. Der Krankenhausreport weist aber auch darauf hin, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine Evaluation zur Überleitung des Patienten nach seiner Entlassung fehlt, wodurch der genaue Status Quo in Bezug auf Umsetzung und Probleme offenbleibt. Die Evaluation (mit Fokus auf psychische Erkrankungen) ist bereits Inhalt weiterführender Forschung (siehe z.B. E2-PSY – Evaluation des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V von (teil-)stationär-psychiatrisch behandelten Menschen (G-BA, 2024d)).

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.2.1 Verpflichtung zur Unterstützung bei der Terminkoordination

Im Rahmen dieser Empfehlung geht es insbesondere um die Intensivierung des Entlassmanagements. Patienten, bei denen im Anschluss eine Weiterbehandlung empfohlen wird, sollten von den Kliniken das Angebot erhalten bei der Terminkoordination und Psychotherapeutensuche unterstützt zu werden. Eine Dokumentation der Unterstützung und der geäußerten Wünsche des Patienten sollten verpflichtend sein. Die Änderungen sollten im Rahmenvertrag Entlassmanagement festgehalten werden.

Die Empfehlung im Projekt bezieht sich primär auf die Überleitung in eine psychotherapeutische Versorgung. Die Verpflichtung kann jedoch auf weitere Fachgebiete, z.B. Psychiatrie erweitert werden, wenn diese Leistungen nach einem stationären Aufenthalt notwendig sein sollten.

Eine Terminvereinbarung könnte über die oben bereits beschriebenen Wege organisiert werden. Das Krankenhaus oder die Reha-Einrichtung könnte hierbei entweder direkt den Termin mit dem PT vereinbaren oder nutzt die Möglichkeit, selbiges über die TSS zu machen (siehe hierzu Kapitel 1.5.1.3 und 1.5.1.4).

Eine direkte Terminvereinbarung noch während des Aufenthaltes ist nicht für alle Patienten geeignet oder möglich. Sollte dies der Fall ist, müsste zumindest Handlungsoption 1.5.2.2.2 „Bereitstellen der notwendigen Hilfestellung zur Selbstorganisation“ der Patienten umgesetzt werden und nachvollziehbar dokumentiert sein, warum keine Terminvermittlung erfolgt ist.

Da die Handlungsoption auf das Entlassmanagement abzielt, wären für ihre Umsetzung die Vertragspartner des Rahmenvertrags Entlassmanagements (GKV-SV, KBV, DKG) zu adressieren.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.5.2.2.2 Bereitstellen der notwendigen Hilfestellung zur Selbstorganisation der Patienten

Sollte der Patient, unabhängig der Gründe noch nicht bereit sein, um bereits während des stationären Aufenthalts einen Erstkontakt zu vereinbaren oder selbiges aus anderen Gründen nicht möglich sein, kann der Patient im Rahmen der Informationsbereitstellung auf die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Hier wäre eine Verknüpfung mit den oben bereits beschriebenen Empfehlungen möglich (Verweis auf Unterstützung beim Hausarzt, TSS, telefonische Erreichbarkeitszeiten der PT). Sofern dann ein Erstkontakt gewünscht ist, hat der Patient das Handwerkszeug an der Hand, um diesen zu vereinbaren. Voraussetzung für die eigenständige Organisation eines Erstkontakts sind handlungsfähige resiliente Patienten, wovon nicht zwangsläufig ausgegangen werden kann. Damit trotzdem ein Erstkontakt realisiert werden kann, sollten Bezugspersonen des Patienten insbesondere zu den „Informationen und Beratungen“ hinzugezogen werden (Anlage 1a Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern). So wären auch sie dazu befähigt, eine Terminvereinbarung vorzunehmen oder den Patienten darin zu unterstützen.

Inwieweit diese Möglichkeit bereits heute umgesetzt ist, sollte im Rahmen der notwendigen Forschung im Bereich des Entlassmanagements erhoben werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.2.3 Unterstützung bei der Überleitung in Angebote außerhalb der GKV

Nicht alle Patienten benötigen nach dem stationären Aufenthalt (überhaupt oder ausschließlich) eine ambulante Psychotherapie. Für einige kommen noch weitere Maßnahmen außerhalb der GKV in Frage. Gerade für Kinder und Jugendliche existiert ein vielfältiges und etabliertes Netz von Angeboten. Neben Sozialpsychiatrischen Diensten wären hier exemplarisch auch Erziehungsberatungsstellen und frühkindliche Unterstützungsangebote zu nennen. Aber auch für Erwachsene gibt es Angebote wie Selbsthilfegruppen oder psychosoziale Interventionen. Auch diese Angebote können im Rahmen der Informationsbereitstellung des Entlassmanagements angesprochen werden und bei entsprechendem Wunsch kann eine Kontaktaufnahme erfolgen. Sofern nicht direkt Angebote empfohlen werden können, kann z.B. auf den Sozialpsychiatrischen Dienst aufmerksam gemacht werden, welcher regional beim Finden der passenden Angebote unterstützen kann.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.2.4 Vermittlung aus einer Psychiatrischen Institutsambulanz

Gesetzliche Grundlage der Psychiatrischen Institutsambulanzen ist § 118 SGB V. Näheres regelt die „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V“.

„Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen“ (§ 1 Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V).

Die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz deckt das „gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie“ ab. Hierunter fällt auch „Psychotherapie entsprechend der PT-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses“ (§5 Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V).

Als Ausschlusskriterien für die Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz gilt eine kontinuierliche und ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen (niedergelassenen) Vertragsarzt bzw. –PT und ein ausreichend stützendes soziales Netzwerk.

Eine Überleitung in eine Psychiatrische Institutsambulanz, in der eine ambulante Psychotherapie entsprechend der PT-RL durchgeführt wird, schließt eine parallele ambulante Psychotherapie bei einem Vertragspsychotherapeuten aus. Sollte also in der stationären Versorgung festgestellt werden, dass im Anschluss eine Behandlung entsprechend der PT-RL notwendig sein wird, könnte für den Patienten wegen der Art, Schwere oder Dauer seiner Erkrankung auch eine Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz in Frage kommen. § 6 der Anlage 2: Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 3 SGB V regelt jedoch auch: eine „ausschließliche psychotherapeutische Behandlung mit Leistungen im Sinne der Kurz- und Langzeittherapie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL) entspricht nicht den Anforderungen dieser Vereinbarung“.

Eine Leistungserbringung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz kann bei der ausschließlichen Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie entsprechend nur eine Überbrückung sein, bis eine Überführung in die ambulante Regelversorgung möglich ist. Die Psychiatrische Institutsambulanz könnte in diesem Fall bei der Überleitung unterstützen. Es wird berichtet, dass der Zugang zu einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit kürzeren Wartezeiten

verbunden ist, als dies bei der Vermittlung von ambulanten Anschlussterminen nach stationärer Behandlung der Fall ist (Ziereis, 2020).

Sofern nach dem stationären Aufenthalt zunächst die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz vorgesehen ist, sieht die Vereinbarung hier ein ähnliches Vorgehen, wie in Kapitel 1.5.2.1: Untersuchungen zu Art und Setting der ersten Therapieleistung einer ambulanten Psychotherapie beschrieben bereits vor. „Im Falle der Überweisung aus der psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung soll die erste Konsultation der Psychiatrischen Institutsambulanz zur Vorbereitung auf eine ambulante Behandlung noch während des stationären Aufenthaltes erfolgen“ (§ 4 Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V).

Damit der Patient im Anschluss an die stationäre Versorgung in der Psychiatrischen Institutsambulanz lückenlos weiterversorgt werden kann, sollte die empfohlene Konsultation im Rahmen des Entlassmanagements forciert werden.

Es wird angenommen, dass die klinikinterne Weiterleitung an eine psychiatrische Institutsambulanz bereits in geeigneter Weise funktioniert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch die Überleitung aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen in eine ambulante psychotherapeutische Versorgung noch nicht in geeignetem Maße geschieht. Auch dieser Übergang sollte unterstützt, aber zunächst evaluiert werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.3 Sektorübergreifende Versorgung stärker in Aus- und Weiterbildung einbetten

Im Rahmen der ärztlichen und psychologischen Aus- und Weiterbildung könnte der Aspekt der sektorübergreifenden Versorgung bei psychischen Erkrankungen vermehrt einbezogen werden. Auf der einen Seite sollte die Relevanz (siehe oben) betont werden und den Ärzten und PT das Handwerkzeug vermittelt werden, die begründete Entscheidung zu treffen, wohin Patienten nach einer stationären Versorgung gelotst werden sollten und wie Patienten bei der Überleitung am besten unterstützt werden können. In diesem Zusammenhang sollte auch das Konzept des Entlassmanagements, in welchem die Überleitung mehrheitlich initiiert wird, stärker in den Fokus gerückt werden.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Zur aktuellen Ausgestaltung der Aus-, Weiter- und Fortbildungen und wie eine stärkere Einbindung erfolgen kann, wird im Kapitel 5 detaillierter eingegangen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.4 Ausbilden der relevanten Mitarbeiter im Hinblick auf Entlassmanagement

In den Handlungsempfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird ein multiprofessionelles Team zur Durchführung des Entlassmanagements empfohlen. Es soll aus allen an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen, z.B. Ärzte, Pflege, Sozialdienst, Therapeuten zusammengesetzt sein. Innerhalb des Teams sollten die Verantwortlichkeiten im Rahmen der Prozesszuständigkeiten festgelegt werden und auf eine individuelle Versorgung des jeweiligen Patienten geachtet werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], 2019).

Damit nicht nur die Ärzte und PT (siehe Kapitel 1.5.2.3) über das Entlassmanagement aufgeklärt und informiert sind, sollten auch alle anderen am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen eine Fortbildung in diesem Versorgungsbereich erhalten. Aufgrund der Inhomogenität der Berufsgruppen und der vielen möglichen Einsatzgebiete wären spezifische Fortbildungen zum Thema Entlassmanagement bei psychisch Erkrankten geeigneter als ein pauschaler detaillierter Einbau in die entsprechenden Ausbildungscurricula.

Eine Herausforderung hierbei liegt jedoch darin, eine für die Weiterbildung zuständige Institution auszumachen, da die Berufsbilder nicht in Kammern organisiert sind, wie etwa die PT oder Ärzte. Es müsste diskutiert werden, durch welche Institution eine entsprechende Weiterbildung organisiert werden könnte.

Auf diesen Punkt inklusive aktuell bereits bestehender Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten wird im Kapitel 5 detaillierter eingegangen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

1.5.2.5 Anbindung der Kliniken an die TSS

Haus- und Fachärzte haben bereits jetzt die Möglichkeit, den Patienten durch eine Terminvermittlung bei der TSS im eTerminservice zu unterstützen, in dem Sinne, dass sie selbst den Termin über das Portal buchen können. Dies ist aktuell bei Kliniken nicht möglich. Durch eine

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Anbindung der Kliniken an den eTerminservice der TSS könnten sie ihre Patienten besser als bisher bei der Organisation eines Erstkontaktes unterstützen. Bei der Anbindung kann sich an jener der anderen Fachgruppen orientiert werden, welche bereits an die TSS angeschlossen sind und Termine vereinbaren dürfen. Hierbei könnte die Klinik über die TSS neben den regulären Leistungen auch Termine in Netzwerken der KSV-Psych-Richtlinie vereinbaren, sofern die Patienten hierfür in Frage kämen.

Bei den Hausärzten wurde zusätzlich der Aspekt diskutiert, ob sie bei Patienten, bei denen Sie nicht selber den Termin direkt buchen, jedoch einen zeitnahen Abklärungsbedarf sehen, die Möglichkeit geschaffen werden sollte, auch für die ptS einen Dringlichkeitscode ausstellen zu können.

Es müsste geprüft werden, welche rechtlichen und organisatorischen Hürden der Umsetzung dieser Handlungsoption entgegenstehen. Eine Anpassung der Rechtslage dahingehend, dass eine Terminvermittlung auch aus dem Entlassmanagement heraus möglich ist, sollte in Erwägung gezogen werden. Adressat zur Umsetzung dieser Handlungsoption wäre der Gesetzgeber.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

1.5.2.6 Akzeptanz eines Entlassberichts aus der stationären Versorgung als Ersatz für einen Konsiliarbericht

Im Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen wird in Punkt 13 der Verzicht auf einen Konsiliarbericht bei ärztlich überwiesenen Patienten festgehalten. In Anlehnung an diese Empfehlung könnte ein äquivalentes Vorgehen für Patienten aus der stationären Versorgung entwickelt werden. So könnte der Entlassbericht den Konsiliarbericht ersetzen, wenn er festgelegte Kriterien erfüllt. Ein mögliches Kriterium könnte sein, dass er nicht älter als sechs Monate alt sein darf oder dass er gewisse Informationen zum Ausschluss somatischer Erkrankungen beinhaltet. Die Definition weiterer Kriterien ist Gegenstand für Diskussionen in den entsprechend relevanten Gremien. Da für eine Umsetzung insbesondere §32 der PT-RL angepasst werden müsste, wäre der G-BA der geeignete Ansprechpartner für diese Handlungsoption.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2 Leistungen ab dem Zugang

2.1 Psychotherapeutische Sprechstunde

Ziel der ptS bei Einführung:

Entsprechend der Tragenden Gründen zur Reform der PT-RL liegt das Ziel der ptS darin, Patienten einen zeitnahen Zugang zum PT zu ermöglichen und das Therapieangebot zu flexibilisieren. In der ptS soll geklärt werden, „ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht oder welche weiteren fachspezifischen Hilfen notwendig erscheinen. Die Zielsetzung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist dabei, für den Patienten ein geeignetes Versorgungsangebot zu finden, ihn entsprechend zu beraten und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen.“ Es gilt insbesondere herauszufinden, ob die Voraussetzungen für eine Richtlinien therapie erfüllt sind.

Status Quo und Projektergebnisse:

Befragungsergebnisse – EPT + KJPT:

Organisation der ptS

98,4 % der Befragten EPT (96,9 % der KJPT) gab an, dass sie die ptS mit Terminvergabe organisieren. Lediglich 3,1 % der EPT (8,7 % der KJPT) gab an, dass sie die ptS als offene ptS zu vorgegebenen Zeiten anbieten. 21,3 % der Befragten EPT gaben an, dass sie für die ptS eine Warteliste führen.

Die Hälfte der EPT und KJPT gab an zwischen 6 und 15 Anfragen für ptS pro Monat zu haben. Weitere 15,9 % der EPT (14,9 % der KJPT) haben zwischen 16 und 20 Anfragen im Monat, 18,6 % der EPT (22,0 % der KJPT) bis zu 5.

Betrachtet man die Antworten der PT auf die Frage der durchschnittlichen Anzahl von ptS pro Woche, fällt auf, dass mehr als die Hälfte der EPT (52,19 %) und knapp unter die Hälfte der KJPT (48,48 %) mit vollem Versorgungsauftrag angaben, weniger als die in der Richtlinie vorgeschriebenen ptS zu machen. Auf der anderen Seite führen 51,08 % der EPT und 56,4 % der KJPT mit halbem Versorgungsauftrag mehr als die geforderten 50 Minuten ptS durch.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

		Weniger 50 min/Woche	50 min/Woche	50 - 100 min/Woche	100 min/Woche	Mehr als 100 min/Woche	Gesamt
Versorgungsauftrag	Voll	7,69%	15,93%	28,57%	24,18%	23,63%	182
	Häufig	21,21%	27,71%	32,03%	12,12%	6,93%	231
Gesamt		63	93	126	72	59	413

Abbildung 8 Durchgeführte ptS pro Woche EPT¹³

		weniger als 50 Min /Woche	50 Min / Woche	50-100 Min / Woche	100 Min / Woche	Mehr als 100 Min / Woche	Gesamt
Verorgungsauftrag	Voll	10,30%	13,94%	24,24%	16,97%	34,55%	165
	Häufig	15,12%	28,49%	28,49%	12,21%	15,70%	172
Gesamt		43	72	89	49	84	337

Abbildung 9: Durchgeführte ptS pro Woche KJPT¹⁴

Es ist möglich, dass die PT Anfragen für ptS erhalten, obwohl im Anschluss keine Kapazitäten für Richtlinien-therapie vorhanden sind. 27,3 % der EPT (25,0 % der KJPT) gaben an, dass sie einem Patienten keine ptS anbieten, wenn im Anschluss eine weiterführende Therapie bei sich selber nicht möglich ist.

Empfohlene Maßnahmen:

Die PT wurden hinsichtlich der anteilig empfohlenen Maßnahmen im Rahmen der ptS befragt. Grundlage für die Antwortmöglichkeiten waren die Empfehlungen, die auf dem PTV 11 gegeben werden können.

In nahezu allen Fällen erhalten die Patienten irgendeine Art der Empfehlung aus der ptS. Der Schwerpunkt der Empfehlungen lag hierbei auf der ambulanten Richtlinien-therapie (insbesondere tiefenpsychologisch fundierte Therapie (74,6 % der EPT und 85,9 % der KJP häufig und manchmal¹⁵) und Verhaltenstherapie (91 % der EPT häufig und manchmal)). Bei Kindern und Jugendlichen wurde Verhaltenstherapie nur von 66,9 % der KJPT häufig oder manchmal empfohlen. Die empfohlene ambulante Psychotherapie soll entweder bei dem PT erfolgen, bei dem auch die ptS durchgeführt wurde (81,3 % der EPT und 82,8 % der KJPT häufig und manchmal) oder in einer anderen Praxis (70,7 % der EPT und 72,1 % der KJPT häufig und manchmal).

¹³ Die sieben angestellten PT wurden hier nicht mit abgebildet.

¹⁴ Die zehn angestellten PT wurden hier nicht mit abgebildet.

¹⁵ Skalierung der Frage: häufig: >50%, manchmal: 10-50%, selten: <10%, nie

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Deutlich seltener (27,9 % der EPT und 32,8 % der KJPT häufig und manchmal) wurde „Behandlung in meiner Praxis, aber anderer Therapeut empfohlen. Ausgehend von einer ptS wird regelmäßig (77,2 % der EPT häufig und manchmal) eine fachärztliche Abklärung bei einem Psychiater empfohlen. KJPT empfehlen entsprechend zu 72,5 % die fachärztliche Abklärung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater. Das neu eingeführte Therapieelement der Akutbehandlung wird bereits von rund 45 % der EPT und 48,3 % der KJPT häufig bzw. manchmal empfohlen, jedoch überwiegend durchzuführen beim auch die ptS durchführenden Therapeuten oder in einer anderen Praxis (seltener Behandlung in meiner Praxis bei einem anderen Therapeuten). In ähnlichem Umfang wie die Akutbehandlung werden von den EPT auch stationäre Behandlungen entweder als Krankenhausbehandlung (47,1 %) oder im Rahmen einer Rehabilitation (46,6%) empfohlen. Die KJPT empfehlen dies rund 10 Prozentpunkte (35,3 %) seltener.

Von den EPT und KJPT überwiegend nicht empfohlen sind Digitale Gesundheitsanwendungen (80,3 % der EPT und 88,7 % der KJPT nie) und präventive Maßnahmen (70,5 % der EPT und 60,2 % der KJPT selten oder nie) und eine Behandlung in der eigenen Praxis, jedoch bei einem anderen Therapeuten. Maßnahmen außerhalb der GKV werden von den EPT überwiegend nicht empfohlen, was einen der wenigen Unterschiede zwischen den EPT und den KJPT darstellt. Dort gaben 56,6 % der KJPT an Erziehungs- und Beratungsstellen und 57,1 % an Jugendhilfe häufig oder manchmal zu empfehlen.

Während 27,3 % der EPT (25,0 % der KJPT) bereits angaben, keine ptS durchzuführen, wenn sie im Anschluss keine Kapazitäten für eine weiterführende Richtlinien-therapie haben, waren für 80,9 % der EPT (80,1 % der KJPT) die fehlenden Kapazitäten einer der Gründe, warum sie die Patienten nach einer ptS an einen anderen Therapeuten verweisen. Weitere Gründe für einen Therapeutenwechsel wurden in einem gleichzeitigen Wechsel des Therapieverfahrens (75,9 % bei EPT und 64,9 % KJPT) und in der nicht passenden Therapeut-Patienten-Passung (bei den Erwachsenen wichtiger als bei den Kindern) gesehen. Des Weiteren spielten eine schwierige Terminfindung (46,1 % der EPT und 43,0 % der KJPT Zustimmung) und eine zu lange Anfahrt für die Patienten (24,5 % der EPT und 43,3 % der KJPT Zustimmung) eine Rolle. Ein langer Anfahrtsweg scheint entsprechend für die KJPT mehr Bedeutung zu haben als bei den EPT.

Sofern ein Therapeutenwechsel nach der ptS notwendig ist (zur Durchführung einer Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie), unterstützt der überwiegende Teil der EPT den Patienten bei der Weitervermittlung. Lediglich 4,6 % der EPT (2,0 % der KJPT) sieht es entweder nicht als

seine Aufgabe oder hat keine Kapazitäten, um den Patienten bei der Therapeutensuche zu helfen. 72 % der EPT und 59,2 % der KJPT weisen auf die Möglichkeit der Terminvermittlung über die TSS hin. Deutlich seltener gibt der EPT eine Liste mit PT heraus (48,7 %) oder weist auf die Krankenkasse als Unterstützer hin (46,4 % der EPT und 42,3 % der KJPT). KJPT hingegen geben zu 66,2 % eine Liste mit PT heraus. 38,4 % der EPT unterstützen die Patienten aktiv, in dem sie den Kontakt zu einem PT des eigenen Netzwerks herstellen. KJPT stellen sogar zu 52,4 % einen Kontakt her.

Auf Nachfrage, ob die Weitervermittlung gelingt, gaben lediglich 2,7 % der EPT und 3,0 % der KJPT an, dass eine Weitervermittlung ohne große Verzögerung möglich ist. Dagegen stehen 31,9 % der EPT und 27,9 % der KJPT, die angaben, dass eine Weitervermittlung aufgrund nicht ausreichender Kapazitäten im Umkreis nicht gelinge oder nur mit Wartezeiten (15,0 % der EPT und 28,5 % der KJPT).

Einschätzungen zur ptS

Die PT wurden ergänzend zu ihrer Einschätzung zur ptS befragt. Sie stellen fest, dass die ptS nicht dazu geführt hat, dass mehr Patienten aufgenommen werden können (90,5 % der EPT und 84,7 % der KJPT stimmen der Aussage zu). Die ptS hat nach Angaben von 88,4 % der EPT und 74,8 % der KJPT vielmehr dazu geführt, dass sich das Zugangsproblem verschoben hat.

Auch ermöglicht die ptS nach Ansicht von 63,2 % der PT für Erwachsene kein vertieftes Kennenlernen der Patienten vor der Therapie und entzerrt dadurch auch nicht den Therapieprozess. Die KJPT beurteilten dies deutlich positiver und gaben nur zu 39,1 % an, dass kein vertieftes Kennenlernen möglich sei. Auch habe die Einführung der ptS nach Angaben von 62,6 % der EPT und 51,9 % der KJPT nicht dazu geführt, dass Patienten bedarfsgerecht versorgt werden. Auf der anderen Seite sehen 45,7 % der EPT und 47,7 % der KJPT, dass in der ptS gezielte Diagnostik / Differentialdiagnostik durchgeführt werden kann.

Während die EPT zwar die Vergütung der ptS mehrheitlich für angemessen halten (64,8 % Zustimmung, 53,9 % KJPT), sehen auch 57 % der EPT (45,4 % der KJPT) die ptS als in der aktuellen Ausgestaltung nicht praktikabel. Zusätzlich habe die Einführung der ptS, ähnlich wie bereits bei der telefonischen Erreichbarkeit beschrieben, zu einem Druck geführt, die Vorgaben umzusetzen, obwohl keine Therapieplätze vorhanden sind.

Die EPT sind unterschiedlicher Meinung, ob die ptS zu einem besseren Erstzugang geführt hat. 38,1 % (36,0 % der KJPT) stimmen der Aussage zu, 36,4 % (34,6 % der KJPT) stimmen der Aussage nicht zu. Ein ähnliches Meinungsbild zeigt sich bei der Frage, ob die ptS die Hemmschwelle für ein Erstgespräch reduziert hätte.

Die Hausärzte zeigen bei Ihrer Befragung auf die Frage, ob die Einführung der ptS zu einer Herabsenkung der Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme geführt habe, ein mit den EPT vergleichbares Antwortverhalten.

Befragungsergebnisse Patienten (Erwachsene)

Die Patienten äußerten sich zum sehr überwiegenden Teil positiv im Zusammenhang mit der ptS. Alle im Rahmen der Befragung erfassten Items wurden jeweils mit mehr als 70 % mit „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ bewertet. Es wurde die Zufriedenheit 1) mit der Zuwendung des Therapeuten, 2) mit der zur Verfügung stehenden Zeit, 3) mit der Eignung der Empfehlungen, 4) mit der Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen, 5) mit den Informationen, die die Patienten erhalten haben und 6) mit der Unterstützung bei den empfohlenen Maßnahmen, abgefragt. Bei der Frage zur Gesamteinschätzung zur Zufriedenheit mit der ptS, waren 86,1 % sehr oder eher zufrieden. Dies gaben auch die EPT in ihrer Befragung an – 56,9 % stimmen der Aussage zu, dass ptS von Patienten gut angenommen werde, 33 % wählten Teils Teils.

Abstände zwischen Anfrage in der Praxis und ptS (Erwachsene)

Sowohl Patienten als auch PT wurden nach ihrer Einschätzung der Abstände zwischen Anfrage in der Praxis bis zur ptS gefragt. Die Ansichten der drei Gruppen gingen dabei sehr stark auseinander, wobei die Patienten die Dauer kürzer einschätzten als die EPT und diese wiederum eine kürzere Dauer angaben, als die Hausärzte. Die Unterschiede in den Einschätzungen werden aber auch von den Modalitäten der Befragung und den Besonderheiten der Kollektive beeinflusst. So könnte z.B. die Beurteilung des Zeitraums bei den Patienten dadurch beeinflusst sein, dass es sich bei der Studienpopulation mehrheitlich um Patienten handelt, die bereits vor der Befragung eine Richtlinien-Therapie (RL-T) gemacht hatten, wodurch sich die Population von der Grundgesamt der Menschen, die für einen Erstkontakt in Frage kommen, unterscheidet. Es ist möglich, dass dies positive Auswirkungen auf die Wartezeit hatte, da z.B. auf bereits bestehende Kontakte aus der vorherigen Therapie zurückgegriffen werden konnte. Die

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Einschätzungen der Hausärzte könnte dadurch beeinflusst sein, dass sie häufig nicht erfahren, was nach dem Kontakt passiert und häufig nur negative Erfahrung widerspiegelt werden.

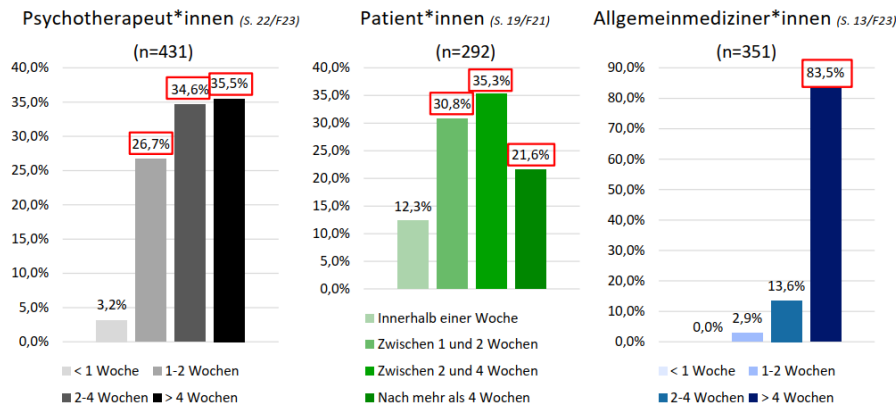


Abbildung 10: Einschätzungen der Befragten zur Dauer bis zum Erstkontakt

Routinedatenanalyse

Die ptS stellte bei der Routinedatenanalyse des EVA-PT-RL Projekts im Jahr 2018 bei den Erwachsenen in 82,6 % der Erstkontakte die erste psychotherapeutische Leistung dar (80,2 % der Kinder und Jugendlichen) und löste damit die Probatorik, welche vor der Reform 2016 in 86,3 % der Erwachsenen (82,7 % der Kinder und Jugendlichen) die erste psychotherapeutische Leistung war, ab. Im Jahr 2018 war die Probatorik lediglich bei 8,2% der Erstkontakt, was vermutlich durch Patienten zu erklären ist, die aus dem stationären Sektor in die ambulante Versorgung übergegangen sind. In 31,0 % der erwachsenen Versicherten mit Erstkontakt (42,6 % der Kinder und Jugendlichen) wurde die Indexdiagnose zu Beginn des Behandlungsfalls des Erstkontakts gestellt, sodass es wahrscheinlich ist, dass die Diagnose in der ptS kodiert wurde.

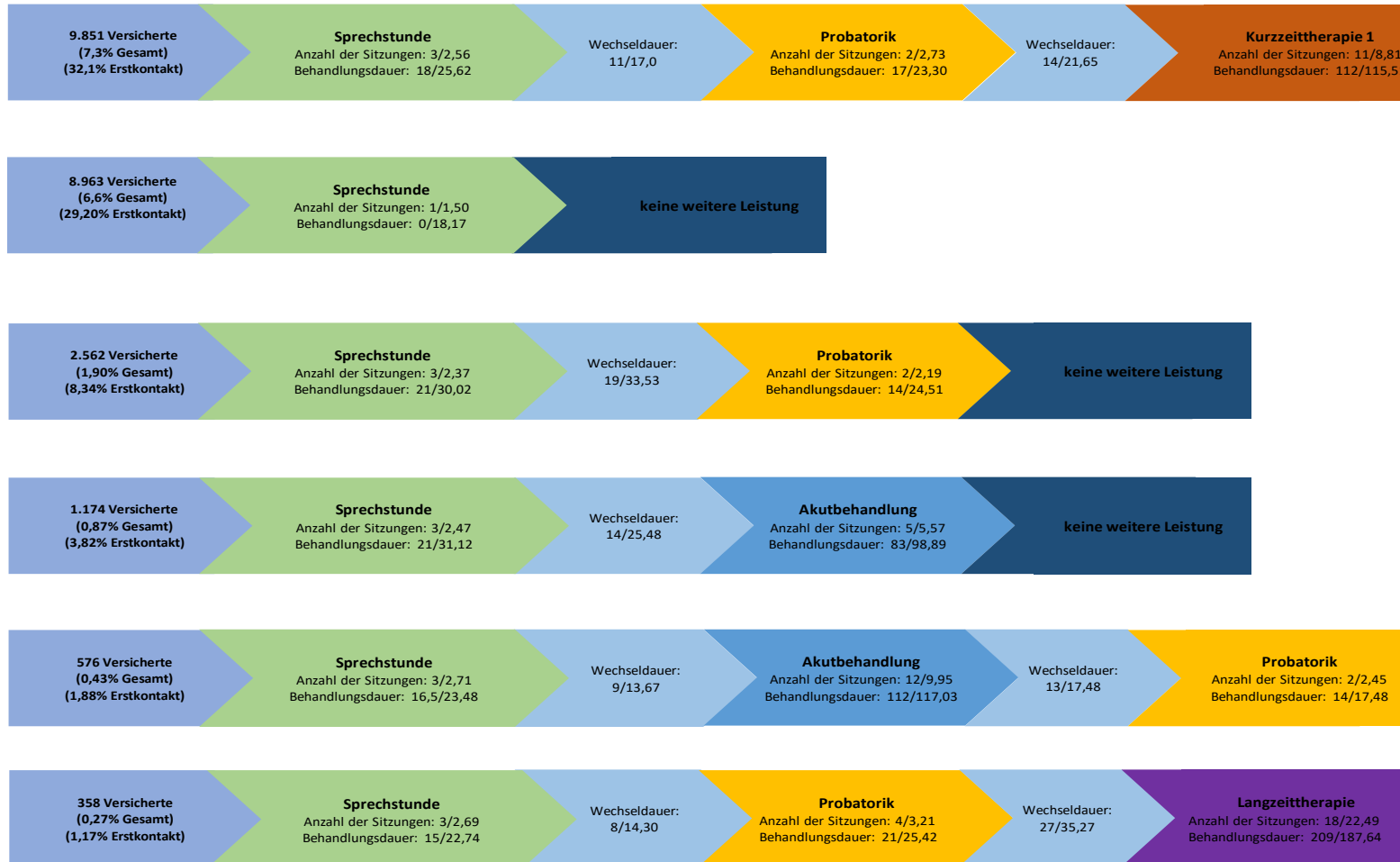
Für die folgende Grafik wurden die ptS und Akutbehandlung, welche in 25 Minuten Einheiten abgerechnet werden, auf 50 Minuten Termine normiert, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Therapieelementen herstellen zu können. Im Median nehmen Erwachsene das volle Stundenkontingent an ptS in Anspruch (3x50 Minuten). Im arithmetischen Mittel werden 2,42 ptS pro Patient abgerechnet. Kinder und Jugendliche haben im Median 4 auf 50 Minuten normierte ptS (Mittelwert 3,77).

Einbindung von ptS in den Behandlungsverlauf

Im Folgenden sind die Behandlungspfade inklusive der Anzahl der Sitzungen und der durchschnittlichen Abstände zwischen den Leistungen dargestellt. Diese orientieren sich an den idealtypischen Behandlungspfaden aus dem Abschlussbericht zum „Qualitätssicherungsverfahren ambulante Psychotherapie“ des IQTIG. Eine umfänglichere Darstellung dieser Ergebnisse findet sich in Anhang 2 und 3.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

2018 Gesamt n=134.832 Erstkontakt n=30.696

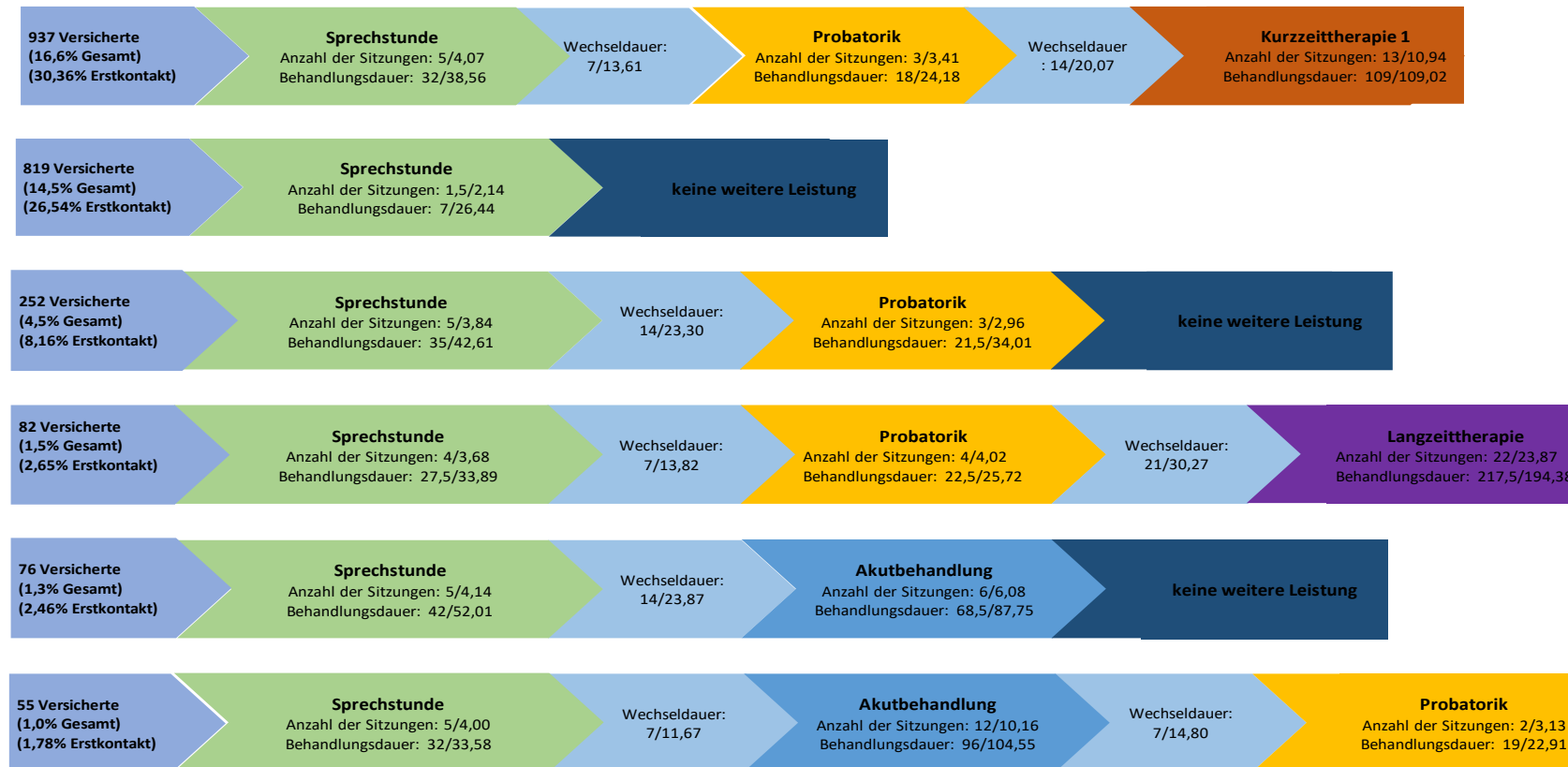


Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

2018

Gesamt n=5.642 Erstkontakt n=3.086

Über die einzelnen Pfade werden 2.221 Patienten abgedeckt, das sind 39,36% der Stichprobe und 71,97% derjenigen mit Erstkontakt.



2.1.1 Bekanntheit der ptS bei Patienten erhöhen

Obwohl die ptS in der Versorgung angekommen ist und Patienten, die eine ptS hatten, diese auch positiv bewerten, scheint die Informiertheit der Patienten bezogen auf den neuen Therapiebaustein noch Potenzial zur Steigerung aufzuweisen. Dies bezieht sich zum einen auf den Bekanntheitsgrad der ptS allgemein, aber auch auf die Abgrenzung der ptS zu anderen Therapieelementen. Die meisten befragten Patienten gaben an, dass sie erst vom Unterschied zwischen einer ptS und einer eigentlichen Therapie im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes (73,7 %, 193 Patienten) und/oder zu Beginn der ptS (72,9 %, 175 Patienten) erfuhren. Gut die Hälfte dieser Personen wurde zu beiden Zeitpunkten informiert. Im Umkehrschluss ergibt sich daraus, dass 26,3 % bzw. 27,1 % erst in der ptS selbst davon erfuhren. Sie sind also davon ausgegangen, dass sie mit diesem Erstkontakt eine Therapie beginnen würden. Daraus geht hervor, dass diese Patienten bevor sie mit einem PT in Kontakt waren, den Unterschied zwischen den Versorgungselementen nicht kannten. 11,6 % der Befragten gaben an, dass sie gar nicht informiert wurden, dass eine ptS nicht mit der eigentlichen Therapie gleichzusetzen ist. Nur knapp über ein Drittel der Patienten informierte sich selber über den bestehenden Unterschied.

Bei einem Blick in vergleichende Literatur zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Eine Versichertenbefragung, die vom GKV-SV in Auftrag gegeben worden ist, zeigt, dass nur 41 % der Befragten, die eine psychische Erkrankung haben bzw. einen Therapeuten im letzten Jahr aufsuchten, die ptS bekannt war (Spitzenverband Bund der Krankenkassen [GKV-SV], 2022).

Das niedrige Informationsniveau kann zu falschen Erwartungen der Patienten führen. Sie denken, dass die ptS dem Beginn einer Richtlinien Therapie entspricht und erfahren vom Unterschied erst im Kontakt mit dem PT, der womöglich keine weiterführenden Kapazitäten hat. Die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität kann Frustration erzeugen. Insbesondere dann, wenn nach der ptS ein Therapeutenwechsel notwendig ist, kann dies dazu führen, dass der Patient vorerst keinen weiteren Versuch unternimmt, eine Behandlung zu organisieren.

Entsprechend ergibt sich ein Bedarf nach einem erhöhten Informationsstand der Patienten, damit das Potenzial des Versorgungsbausteins bestmöglich in die Versorgung überführt werden kann.

Die Informationsweitergabe kann auf der einen Seite durch die Leistungserbringenden erfolgen. Bei den Hausärzten kann eine Aufklärung (entsprechend der Handlungsoption 1.5.1.1)

durchgeführt werden. Bei den PT könnte eine kurze Erläuterung des Behandlungsablaufs während des ersten Telefonats erfolgen. Die Befragungen deuten darauf hin, dass viele der PT dies auch bereits so handhaben und dem Patienten beim persönlichen Telefonat die Unterschiede entsprechend erläutern. Jene, die dies aktuell noch nicht tun, sollten jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine Erläuterung der Unterschiede zwischen den Versorgungselementen für den Patienten wichtig ist. Zusätzlich sollten Informationen aber auch ohne Beteiligung eines Leistungserbringers aggregiert und für den Patienten einfach zugänglich sein, damit er sich auch selbstständig informieren kann.

Eine genauere Ausarbeitung der zu vermittelnden Informationen erfolgt in Kapitel 3.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.1.2 Anpassung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Um zu erreichen, dass ein größtmöglicher Teil der PT die ptS wie angedacht umsetzt, könnte eine Anpassung der Aus-, Weiter- und Fortbildung erfolgen. Insbesondere detailliertere Kenntnisse zur Position und Rolle der ptS im Versorgungsprozess und hinsichtlich ihrer Lotsenfunktion, könnten einen förderlichen Effekt haben. Eine Überarbeitung der Aus- und Weiterbildungscurricula hätte zur Konsequenz, dass die einzunehmende Rolle des Versorgungsbausteins und die notwendigen Handlungen des PT frühzeitig vermittelt wird. Einige der bereits fertig ausgebildeten PT führen bisher nicht in notwendigen Umfang ptS durch, insbesondere wenn keine weiterführenden Kapazitäten bestehen. Um auch ihnen die ptS näher zu bringen, ist auch eine Anpassung von bestehenden Fortbildungscurricula notwendig.

Inwiefern darüber hinaus noch über andere Kanäle Wissen vermittelt werden müsste, z.B. über gezielte Informationskampagnen, benötigt weiterführender Diskussionen. Eine genauere Erläuterung möglicher Ausrichtungen erfolgt in Kapitel 5.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.1.3 Verbesserte Informationsweitergabe im Rahmen der ptS

Die Richtlinie fordert, dass der Patient zum Zwecke der Entscheidungsfindung abhängig von seinem Versorgungsbedarf über mögliche Maßnahmen in der ptS informiert werden soll. Ist

eine Behandlung nach § 15 PT-RL indiziert, hat der PT den Patienten über die unterschiedlichen Verfahren und Anwendungsformen und den Ablauf einer Psychotherapie zu informieren. Sofern eine andere Behandlung oder Unterstützung angezeigt ist, soll der PT über diese Alternativen informieren (§ 11 Absatz 10 PT-RL). Als Alternativen zur ambulanten Richtlinien-Psychotherapie kommen neben weiteren Leistungen der PT-RL auch Präventionsangebote, eine hausärztliche oder fachärztliche Abklärung, eine teilstationäre oder stationäre Behandlung oder andere Maßnahmen außerhalb der GKV in Frage. Im Rahmen der Projekt-Befragungen wurden sowohl die PT als auch die Patienten nach den Empfehlungen in Anlehnung an das PTV 11 befragt. Da hiermit jedoch nur indirekt, ohne direkte Einsicht in das PTV 11 selbst, Einblicke in die Empfehlungen aus der ptS gegeben werden konnten, sollte in einem zukünftigen Projekt die Forschungslücke durch direkten Einbezug des PTV 11 geschlossen werden. Durch eine solche Untersuchung könnte dann ebenfalls untersucht werden, welche Empfehlungen von den PT ausgesprochen werden und welche Maßnahmen sich tatsächlich daran angeschlossen haben.

Eine entsprechende Aufklärung des Patienten ist besonders dann notwendig, wenn der Patient nicht direkt bei dem PT weiterbehandelt werden kann, bei dem er die ptS gemacht hat.

Wie oben beschrieben, sind die befragten Patienten mehrheitlich zufrieden mit der Informationsbereitstellung im Rahmen der ptS. Es muss hierbei jedoch beachtet werden, dass im Zugang benachteiligte Gruppen auch in der Befragung entsprechend unterrepräsentiert waren, sodass auf sie zutreffende Hürden und Probleme nicht adäquat abgebildet werden konnten. So machten Menschen, die nicht in Deutschland geboren wurden, nur 4 % der Befragten aus (14 Patienten), was aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmenden keine Subgruppenanalysen zuließ.

Die Regressionsanalyse zu der Inanspruchnahme von Therapieleistungen nach einer ptS zeigen ähnlich gelagerte benachteiligte Gruppen, wie bereits beim Zugang zu einer ptS. Daraus kann abgeleitet werden, dass die benachteiligten Gruppen im Zugang auch im weiteren Versorgungsvorlauf besonderen Unterstützungsbedarf benötigen. Auf welche Weise dies geschehen könnte, wird im Folgenden beschrieben.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.1.3.1 Weiterentwicklung des PTV 10

Als Grundlage und damit der Patient auch nach der ptS auf diese Informationen zurückgreifen kann (siehe Tragende Gründe zur Reform), wurde das Informationsblatt „Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“ (PTV 10) eingeführt. Dieses Formular kann dem Patienten während der ptS ausgehändigt werden. Nicht speziell berücksichtigt werden jedoch Menschen mit Beeinträchtigungen des Sehvermögens, da das Formular nicht barrierefrei ist, (d.h. vorgelesen werden kann), oder Menschen mit Intelligenzminderung, da das Formular nicht in leichter Sprache verfügbar ist. Zusätzlich bringt das PTV 10 auch allen anderen Patienten keinen Mehrwert, die die deutsche Sprache nicht in ausreichendem Umfang beherrschen. Auf organisatorischer Seite müsste das PTV 10 entsprechend der genannten Änderungen angepasst werden, was zunächst mit Aufwand verbunden wäre. Da dies jedoch nur einmaliger Aufwand ist und im Anschluss erst wieder Arbeit verursacht, wenn das Formular angepasst wird, erscheint der Nutzen den Aufwand zu überwiegen.

Als möglicher Ansprechpartner dienen primär die Partner des Bundesmantelvertrags. Weiterhin könnte die Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit unterstützend tätig werden. Zusätzlich können krankheitsspezifisch z.B. die Deutsche Gesellschaft für Leichte Sprache eG oder der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. als Patientenvertreter eingebunden werden.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.1.3.2 Wissensvermittlung an den Psychotherapeuten, um insbesondere Bekanntheit von Maßnahmen außerhalb der GKV steigern

Damit die PT den Patienten kompetent hinsichtlich der verschiedenen Möglichkeiten nach einer ptS informieren können, benötigen sie Wissen über die regionalen Versorgungsangebote. Während die PT inhaltlich über ambulante Psychotherapie, haus- oder fachärztliche Abklärung aber auch eine stationäre Behandlung informiert sind, ist anzunehmen, dass Teile der PT über keine vollumfänglichen Informationen zu Maßnahmen außerhalb der GKV verfügen. Besonders aufgrund der Regionalität solcher Angebote, ist eine Vermittlung in der Aus- oder Weiterbildung schwierig. Damit die PT zum Zwecke der Informationsweitergabe an den Patienten ebenfalls über das regionale Angebot solcher Maßnahmen recherchieren können, benötigt es

gebündelte Informationsangebote. Auch ihnen könnten die in Handlungsoption 2.1.4.1. angesprochenen Listen mit Kontaktdaten als Informationsquelle dienen.

Wichtig wäre bei dieser Handlungsoption ganz speziell, dass es spezifische Informationen abhängig von der behandelten Patientengruppe gibt. Maßnahmen außerhalb der GKV unterscheiden sich zwischen Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen sehr. Bei Kindern wären exemplarisch die Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen, frühkindliche Unterstützung, Sozialpädiatrische Zentren zu nennen. Erwachsene können bspw. von Selbsthilfegruppen profitieren.

Wie eine Informationsbereitstellung erfolgen kann, wird in Kapitel 3 näher beschrieben.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.1.4 Unterstützung des Patienten durch die Psychotherapeuten bei der Weiterleitung

Die Patienten werden, wie oben beschrieben, von den PT über die möglichen Behandlungsoptionen informiert. Diese Informationen können den Patienten dabei helfen, die Empfehlungen aus der ptS umzusetzen, insbesondere dann, wenn etwas anderes empfohlen wird als eine Richtlinientherapie beim gleichen PT. Vor allem benachteiligte Gruppen, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben, benötigen bei der Umsetzung der Empfehlungen Hilfe. Diese Hilfe kann auf verschiedene Art und Weise abhängig vom individuellen Unterstützungsbedarf durch den PT erfolgen.

2.1.4.1 Unterstützung durch die Herausgabe von Kontaktdaten

Eine Herausforderung bei der Umsetzung der Empfehlung kann das Fehlen von Kontaktinformationen sein und es könnten krankheits- oder persönlichkeitsbezogene Schwierigkeiten bestehen, diese Informationen selbständig zu recherchieren. Gerade diesen Patienten könnte es helfen, wenn sie die relevanten Kontaktdaten direkt vom PT erhalten. So kann die Chance maximiert werden, dass die Patienten in das für ihre Situation optimale Versorgungsangebot überführt werden.

Die Weitergabe der Kontaktdaten müsste abhängig von der Empfehlung des PT entweder jene von Vertragspsychotherapeuten (mit in der lokalen Nähe passendem Therapieverfahren),

stationären Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken oder Maßnahmen außerhalb der GKV entsprechend einer Liste mit Angeboten auf Gemeindeebene enthalten.

Damit nicht jeder PT eigenständig für seine Patienten entsprechende Listen erstellen muss, könnte eine zentrale Erstellung dieser Listen z.B. auf kommunaler Ebene erfolgen und den PT im Anschluss zur Verfügung gestellt werden. Eine regelmäßige Aktualisierung dieser Liste wäre obligat.

Hierbei könnten verschiedene Informationen deutschlandweit gebündelt auf einer Website zusammengefügt werden, sodass der PT aber auch alle anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen alleinig auf diese Website verweisen können. Die Website sollte die Möglichkeit vorsehen, die relevanten Informationen für den Patienten ausdrucken zu können. Eine genauere Beschreibung der zu vermittelnden Informationen erfolgt in Kapitel 3.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.1.4.2 Förderung der Kommunikation von Leistungserbringern

Um eine vereinfachte Weiterleitung von Patienten zu erreichen, könnte eine intensivere Kommunikation zwischen den Leistungserbringern hilfreich sein. Hierbei sollte sowohl die Kooperation zwischen PT untereinander als auch zu haus- / fachärztlichen Kollegen sowie stationären Einrichtungen gefördert werden. Speziell Patienten mit der Empfehlung für eine haus- oder fachärztliche Abklärung oder stationäre Behandlung könnten von verstärkter interdisziplinärer und sektorübergreifender Kommunikation profitieren. Wie Kommunikation verstärkt werden kann, wird in Kapitel 4 erläutert.

2.1.4.3 Verweis auf unterstützende Institutionen

Neben der direkten Weiterleitung des Patienten an die geeigneten Akteure, könnte der PT den Patienten an unterstützende Institutionen, wie zum Beispiel die Sozialpsychiatrischen Dienste, verweisen. Diese sind insbesondere bei regionalen Angeboten außerhalb der GKV eine mögliche Anlaufstelle, um Unterstützung zu erhalten. Da die genannten Institutionen nur begrenzte Kapazitäten aufweisen, sollten durch diesen Weg vor allem benachteiligte Gruppen unterstützt werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.1.4.4 *Verstärkter Einsatz von Praxispersonal im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde*

Oben in Handlungsoption 1.2.1 Einstellung von Praxispersonal durch Psychotherapeuten wurde bereits der Einsatz von Praxispersonal zur Unterstützung bei der Umsetzung der telefonischen Erreichbarkeit diskutiert. Zusätzlich könnte das Personal im Rahmen der Umsetzung von Empfehlungen, die in der ptS erfolgen, eingesetzt werden. Bei Patienten, bei denen aufgrund ihrer Erkrankung oder aufgrund anderer Faktoren (siehe benachteiligte Gruppen) ein erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Überleitung von der ptS zu der vom PT empfohlenen Maßnahme besteht, könnte auch das Praxispersonal eine vermittelnde Rolle einnehmen.

Das persönliche Betreuen von Patienten und die Bemühungen, sie persönlich zu vermitteln, kosten Kapazitäten, die häufig bei den PT nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Praxispersonal könnte den PT diese Aufgabe abnehmen und den Patienten bei der Überleitung in die notwendigen Einrichtungen unterstützen. Damit ein flächendeckender Einsatz der Lotsenfunktion erfolgen kann, erscheint die Einstellung von Praxispersonal (siehe hierzu Kapitel 1.2.1) auch aus Perspektive der ptS wichtig, damit die Rolle als Lotse im System bestmöglich und effizient gewährleistet werden kann.

Es muss jedoch bedacht werden, dass Patienten häufig nicht unmittelbar nach der Aushändigung des PTV 11 bzw. nach der letzten ptS direkt Unterstützung benötigen, sondern noch Bedenkzeit brauchen bis sie den nächsten Schritt gehen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.1.5 Durchführung der psychotherapeutischen Sprechstunde außerhalb der psychotherapeutischen Praxis

Gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung werden Leistungen gemäß der PT-RL „grundsätzlich in den Praxisräumen der Therapeutin oder des Therapeuten erbracht“ (§ 1 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung). Ausgewählte Therapieelemente (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Gruppentherapie und probatorische Sitzungen im Gruppensetting) können auch außerhalb der eigenen Räumlichkeiten erfolgen (§ 11 Absatz 14 Psychotherapie-Vereinbarung).

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Um für die Patienten einen niedrigschwelligeren Zugang zu ermöglichen, wäre es jedoch denkbar, dass die ptS als Leistung des Erstkontaktes auch an anderen Orten durchgeführt wird. Würde es etwa möglich sein, dass die Leistungserbringung an einem dem Patienten bekannten Ort stattfindet, könnte dies wiederum dazu beitragen, dass häufiger ein Erstkontakt zustande kommt. Da bei den Erwachsenen mit Depressionsdiagnose der überwiegende Teil der Indexdiagnosen von einem Hausarzt gestellt wird, wäre eine Leistungserbringung direkt in den Räumlichkeiten des Hausarztes (Kinder- und Jugendmediziner) denkbar. Bei den Kindern und Jugendlichen könnte ergänzend ein Erstkontakt in der Schule in Betracht gezogen werden, da die Heranwachsenden dort bereits täglich sind und entsprechend auch für die Bezugspersonen zunächst wenig Aufwand zu erwarten wäre.

Im Bezug auf die Terminvermittlung könnte es eine Option darstellen, wenn der PT den entsprechenden Einrichtungen die Therapiezeit (25 oder 50 Minuten) im Vorhinein gemeinsam mit dem Zeitfenster, in welchem er dort ptS durchführt, übermittelt und die Hausarztpraxis oder die Sozialarbeiter in den Schulen die Termine eigenständig vergeben und bei Kindern für die notwendige Zustimmung der Sorgeberechtigten zuständig sind. In der Hausarztpraxis könnten diese Termine äquivalent zu den anderen regulären Terminen beim Hausarzt vergeben werden. Dies hätte jedoch den Nachteil, dass der PT nicht vorab Kontakt mit dem Patienten hatte. Es sind jedoch auch Vorgehen denkbar, in denen der PT vorab Kontakt mit den Patienten oder Sorgeberechtigten hat.¹⁶

Dem Vorschlag spricht entgegen, dass PT durch die Auslagerung von Leistungen an einen anderen Ort einen höheren Aufwand haben (z.B. durch Wegstrecken oder Organisationsaufwand)

Bei einer Umsetzung der untenstehenden Handlungsoptionen wären die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen. Wann und in welchen Fällen dann die Durchführung von ptS außerhalb der Räumlichkeiten des PT möglich sein soll, müsste klar definiert werden.

¹⁶ Exemplarisch könnte der Lehrer oder Sozialarbeiter mit einem Formular den „Auftrag der Eltern“ und das Einverständnis für die Kontaktaufnahme mit dem PT einholen, in dem die Eltern selbst ihre Kontaktdaten angeben, mit denen sie erreichbar sind. Der PT kann die Eltern unter den angegebenen Daten anrufen und direkt Termine vereinbaren. Dadurch ist der Kontakt zum PT hergestellt und es kann auch die Fragestellung und Notwendigkeit vorab schon angesprochen werden.

Da es aktuell rechtlich noch nicht möglich ist und das Aufwand/Kosten-Nutzen Verhältnis nicht klar absehbar ist, könnte vor einer flächendeckenden Umsetzung, über eine Erprobung dieser Handlungsoption in Modellprojekten nachgedacht werden.

2.1.5.1 Durchführung des Erstgespräches direkt in der Hausarztpraxis

Die Durchführung einer ptS in den Räumlichkeiten des Hausarztes hätte für den Patienten (insbesondere für einige benachteiligte Gruppen) den Vorteil, dass er dort niedragschwellig eine erste Anlaufstelle hätte und in einer bereits vertrauten Umgebung einen psychotherapeutischen Erstkontakt in Anspruch nehmen könnte. Organisatorisch hätte die Hausarztpraxis den Vorteil, dass es sich bereits um Praxisräumlichkeiten handelt, was den notwendigen professionellen Rahmen sicherstellt.

Einschränkend kann die Verfügbarkeit der Räumlichkeiten sein, wenn in der Hausarztpraxis keine freien Räume vorliegen, in denen der PT die ptS in Ruhe durchführen kann. Ähnlich wie auch bei der stationären Versorgung, kann die Wegstrecke und die damit verbundene Zeit ein zu großer Aufwand für den PT sein, um ein solches Angebot für den Patienten bereitzustellen. Bei der Umsetzung der Handlungsoption ist ebenfalls zu bedenken, dass zeitliche Kapazitäten der PT an Wegstrecken gebunden werden, die sonst für andere Tätigkeiten genutzt werden könnten.

Möglich wäre eine Regelung z.B. dahingehend, dass nur der erste ptS-Termin (25 oder 50 Minuten) beim Hausarzt durchgeführt werden könnte und ab dem zweiten Termin (sofern erforderlich) ein Wechsel in die Räumlichkeiten des PT erfolgt. Dies würde sowohl den Aufwand des PT geringhalten, da er nur einen Vormittag / Nachmittag in der Hausarztpraxis sein müsste und gleichzeitig würden die Räumlichkeiten des Hausarztes nur an wenigen Stunden in der Woche mehr belastet werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.1.5.2 Durchführung eines Erstgespräches in der Schule

Kinder und Jugendliche sind bei der Organisation des Erstkontakts von den Bemühungen ihrer Bezugspersonen abhängig. Sollte es möglich sein, dass die ptS direkt in den Räumlichkeiten der Schule stattfindet, könnte damit mehr Kindern und Jugendlichen niedragschwellig ein

Erstkontakt ermöglicht werden. Eltern müssten sich dabei nicht mehr um die Organisation des Erstkontaktes bemühen. Dies könnte direkt von der Schule, z.B. durch den Sozialarbeiter oder Schulpsychologen¹⁷, der auch die Vermutung einer psychischen Erkrankung äußerte, geschehen. Abhängig davon, von wem die Empfehlung zum Aufsuchen eines PT ausgesprochen wird, ist es möglich, dass keine heilkundliche Ausbildung vorliegt, Schulpsychologen hätten eine solche Qualifikation. Die vertraute Umgebung kann dem Kind die Sicherheit geben, die es braucht, um sich zum PT zu öffnen. Da die Schule des Kindes zumeist in lokaler Nähe zum Wohnort liegt, können auch die Eltern als Bezugsperson einfach zu den Terminen kommen. Das Schulsetting könnte allerdings auch unerwünschte Effekte, wie Stigmatisierung oder Mobbing, zur Konsequenz haben.

Inwiefern räumliche Herausforderungen, wie sie in der Hausarztpraxis erwartbar sind, auch im Schulsetting bestehen, ist schulindividuell zu beurteilen. In Zeiten außerhalb des regulären Unterrichtes sollten allerdings keine Probleme auftreten.

Auch in diesem Szenario müssen die PT den Weg in die Schule auf sich nehmen, sodass ebenfalls fraglich ist, wie motiviert die PT sind, diese Option tatsächlich umzusetzen. Möglich wäre, die bereits für das Aufsuchen des Patienten im Krankenhaus abrechenbaren GOP für die Abrechnung der ptS in der Schule zu öffnen. Inwiefern dies jedoch positive Auswirkungen auf die Handlungen des PT hat, muss evaluiert werden (siehe hierzu auch Kapitel 1.5.2.1).

Auch hier muss diskutiert werden, wie viele ptS-Termine in den Räumlichkeiten der Schule durchgeführt werden dürfen. Aus Kontinuitätsgründen könnte das Durchführen aller ptS in der Schule sinnvoll sein. Aus der Perspektive, dass die ptS einer langfristigen Therapie münden soll, erscheint es sinnvoll, dass zumindest eine ptS in den Räumlichkeiten des PT erbracht wird. Sollte im Anschluss eine Richtlinien therapie notwendig sein, könnte aber auch ab der Probatorik die Behandlung in den Räumlichkeiten des PT erfolgen. Wenn der PT eine andere Leistung als eine Richtlinien therapie bei sich selber empfiehlt, könnten die Sozialarbeiter in der Schule die Überleitung in die empfohlenen Maßnahmen unterstützen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

¹⁷ Die Schulpsychologie nutzt psychologische Erkenntnisse, um Schulen zu unterstützen. Sie beschäftigt sich mit dem Verhalten, Lernen, Denken und den Gefühlen sowie Beziehungen von Menschen als Individuen und in Gruppen. Sie berät Schülerinnen und Schüler, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer (Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2024).

2.2 Probatorische Sitzungen

Anpassungen durch die Reform:

Im Rahmen der Richtlinien-Reform ist § 12 – probatorische Sitzungen dahingehend angepasst worden, dass das Kontingent für probatorische Sitzungen auf mindestens zwei bis maximal vier Sitzungen von je 50 Minuten reduziert wurde. Bei Kindern und Jugendlichen dürfen darüber hinaus zwei weitere Sitzungen durchgeführt werden.

Projektergebnisse:

Die Probatorik war kein Gegenstand der Befragungen (Hausärzte, PT und Hausärzte), da sie nicht im Fokus der Richtlinien-Reform stand.

Die Routinedatenanalyse hat ergeben, dass die Probatorik als Leistung des Erstkontaktes durch die ptS abgelöst worden ist. In der Routinedatenanalyse des EVA-PT-RL Projekts hatten 2016 noch 86,3 % den Erstkontakt im Rahmen einer Probatorik, während es 2018 nur noch 8,2 % waren. 82,6 % der Erstkontakte waren 2018 ptS.

Zusätzlich hat sich die Anzahl an probatorischen Sitzungen von 2016 zu 2018 von im Median 3 auf 2 reduziert (MW: 3,30 vs. 2,51), was kongruent ist zu den Anpassungen der Kontingente. Außerdem hat sich die durchschnittliche Zeitspanne zwischen zwei probatorischen Sitzungen von im Median 13 auf 11,3 Tage verringert.

Folge:

Ausgehend von diesen Projektergebnissen kann im Projekt keine fundierte Handlungsoption zur Verbesserung der Versorgung im Zusammenhang mit probatorischen Sitzungen abgeleitet werden.

Notwendige Anpassungen können sich jedoch als Folge der Empfehlungen der andern Therapieelemente ergeben (z.B. Durchführung der ptS als Videosprechstunde).

2.3 Akutbehandlung

Ziele der psychotherapeutischen Akutbehandlung bei ihrer Einführung:

Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist die Besserung akuter psychischer Krisen- bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Richtlinienverfahren. Der Einschätzung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie

der Einleitung ggf. erforderlicher anderer Behandlungsmaßnahmen kommt laut Tragenden Gründen des G-BA-Beschlusses dabei eine besondere Bedeutung zu. Hierfür ist eine Zusammenarbeit der Therapeuten mit zugewiesenen und kooperierenden Fachgruppen sowie teil- und stationären Einrichtungen sinnvoll (G-BA, 2016a, S. 11).

Umsetzung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung in § 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung der PT-RL

Status Quo und Projektergebnisse:

Befragungsergebnisse:

Die EPT wie auch die KJPT gaben an, dass sie die Akutbehandlung bei Patienten mit akuter Symptomatik / mit psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen, bei Patienten in suizidalen Krisen und bei Patienten, die bis zum Beginn einer Richtlinientherapie bzw. anderer Maßnahmen einer Stabilisierung bedürfen, durchführen. Mit mehr als 80 % Zustimmung wird eine Akutbehandlung bei ersterem eingesetzt, was der intendierten Verwendung der Akutbehandlung gemäß Tragenden Gründen und § 13 Absatz 1 PT-RL entspricht. Es finden sich nur geringe Unterschiede im Nutzungsverhalten abhängig davon, ob Patienten bereits aus einer früheren Behandlung bekannt waren oder ob es sich um neue Patienten handelt. Bei Patienten, die dem KJPT aus einer früheren Behandlung bekannt waren, wurde die Akutbehandlung doppelt so häufig eingesetzt, wenn eine Behandlung mit maximal 12 Therapieeinheiten und begrenzter Zielsetzung ausreichte und eine Richtlinientherapie nicht notwendig war, als bei neuen Patienten (51,1 % vs. 25,1 %). Bei den EPT war der Unterschied geringer (37,1 % vs. 29,0 %).

Die Akutbehandlung wird von 69,2 % der EPT und 71,7 % der KJPT als ein hilfreiches Instrument gesehen, das Patienten in akuten Belastungssituationen und Krisen helfen kann. Gleichzeitig stimmen 80 % der EPT und 75,1 % der KJPT der Aussage zumindest teilweise zu, dass es sich bei der Akutbehandlung zwar um eine gute Idee handle, aber diese in der Praxis aufgrund fehlender Kapazitäten schwierig umzusetzen sei (wörtliche Formulierung in der Befragung: „. Zugleich zeigen sich in der Befragung der PT aber auch Hinweise auf Akzeptanzprobleme bezüglich des neuen Versorgungsbausteins bei einem Teil der PT. So gaben 18,9 % der EPT und 18,2 % der KJPT an, dass die Akutbehandlung in dieser Form nicht gebraucht werde. Die Gründe für diese Skepsis können aus den Befragungsdaten allerdings nicht abgeleitet werden.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

47 % der EPT und 46,1 % der KJPT (und weitere 24,1 % EPT und 26,2 % KJPT Teilweise) sehen in der Akutbehandlung ein Therapieelement, das den Eindruck vermittelt, dass Therapien immer schneller abgehandelt werden sollen. Auf der anderen Seite gaben die PT an, dass die Akutbehandlung von den Patienten gut angenommen werde (49,8 % EPT und 45,5 % KJPT stimmen der Aussage zu, 35,8 % EPT und 35,9 % KJPT teils teils). Ob die Akutbehandlung auch für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen geeignet ist, wird von den EPT sehr heterogen eingeschätzt. Die Anzeigepflicht wird von den EPT als überwiegend nicht Aufwands erhöhend eingeschätzt, nur 22,8 % (26,5 % der KJPT) empfinden eine Erhöhung des Aufwandes. Mit einer Tendenz zu „stimme zu“ wurde die Aussage bewertet, dass die Akutbehandlung als Bestandteil des Therapiekontingentes angemessen ist (EPT: 45,7 % stimmen zu; 25,3 % teils teils; 29 % stimmen nicht zu; KJPT: 41,2 % stimmen zu; 30,1 % teils teils; 28,6 % stimmen nicht zu).

Routinedaten-Ergebnisse:

Von Patienten mit einem Erstkontakt, hatten 16,9 % der Erwachsenen und 14,4 % der Kinder und Jugendlichen eine Akutbehandlung als erste Therapieleistung (abgerechnete Ziffer 35152), was den Angaben des G-BA Evaluationsberichts zur ptS, welche 17 % angibt, weitestgehend entspricht.

Die Routinedaten zeigen, dass in einer Akutbehandlung im Median 8 und im arithmetischen Mittel 7,57 Leistungen pro Versicherten abgerechnet werden. Nach der Akutbehandlung werden oftmals keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbracht. In der Routinedatenanalyse hatten von Patienten mit Erstkontakt 3,82 % der Erwachsenen und 2,46 % der Kinder und Jugendlichen nach der Akutbehandlung keine weitere Therapie, was etwa 40 % bzw. 30 % aller Patienten mit Akutbehandlung als erster Therapieleistung entspricht. 1,88 % der Erwachsenen und 1,78 % der Kinder und Jugendlichen haben nach der Akutbehandlung eine Probatik, was etwa 20 % aller Patienten mit Akutbehandlung als erster Therapieleistung entspricht. Bei diesen Aussagen ist jedoch der Beobachtungszeitraum limitierend zu berücksichtigen. Patienten unabhängig ihres Alters, die im Anschluss an die Akutbehandlung eine Probatik erhalten haben, schöpfen das Therapiekontingent mit im Median 12 Terminen (normiert auf 50 min) mehrheitlich aus.

Eine Interpretation der gerade beschriebenen Ergebnisse könnte sein, dass die Akutbehandlung ihre zugeschriebene Rolle erfüllt und manche Patienten mit diesem Kontingent zweckmäßig behandelt werden können. Gleichzeitig wird jedoch auch deutlich, dass ein anderer Teil der Patienten aufgrund der Schwere der Erkrankung im Anschluss eine stationäre Behandlung und deshalb keine weiteren ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (im Beobachtungszeitraum) erhalten haben.

Die Zeitspanne zwischen der letzten ptS und dem Beginn der Akutbehandlung ist mit im Median 13 Tage (21,66 Tage Mittelwert) bei Erwachsenen im Zusammenhang mit dem Zweck der Akutbehandlung in akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen eingesetzt zu werden (Therapiebeginn spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung), kritisch zu diskutieren. Bei den Kindern und Jugendlichen liegt der Median bei 10 Tagen (Mittelwert 18,71 Tage), was positiver zu bewerten ist.

Zwischen zwei Terminen Akutbehandlung liegen im Median 14,73 Tage bei Erwachsenen (11,5 Tage bei Kindern und Jugendlichen), mehr als bei allen anderen Therapieleistungen. Der Mittelwert liegt bei 19,29 Tagen (Kinder und Jugendliche 15,27). Die Ergebnisse geben den durchschnittlichen Zeitabstand zwischen den jeweiligen Leistungen wieder. Es kann nicht abgeleitet werden, ob 1) die Therapiefrequenz am Anfang hoch ist und sich dann die Abstände vergrößern, 2) die Abstände konstant sind oder 3) die Therapiefrequenz am Anfang z.B. aufgrund geringer Kapazitäten niedrig ist und mit der Zeit eine höhere Frequenz möglich ist.

In diesem Zusammenhang kann diskutiert werden, ob die Akutbehandlung ggf. schneller begonnen werden und hochfrequenter stattfinden sollte.

2.3.1 Evaluation der Akutbehandlung

Die Akutbehandlung wurde gemeinsam mit der ptS und der Rezidivprophylaxe eingeführt. Anders als bei den anderen Therapieelementen wurde bei der Akutbehandlung in der PT-RL jedoch keine Evaluation geplant. Dies sollte nachgeholt werden. Aus den Projektergebnissen und auch angelehnt an die Evaluation der ptS kann abgelesen werden, wie häufig Akutbehandlungen durchgeführt werden. Aus den Zahlen geht jedoch nicht hervor, ob es sich um einen bedarfsgerechten Einsatz der Akutbehandlung handelt.

Es bleibt offen, ob mehr oder ggf. andere Patienten als jene, die heute die Akutbehandlung bekommen, Akutbehandlung erhalten sollten. Zusätzlich kann nicht herausgelesen werden, in

welchen Fällen aus welchen Gründen eine Akutbehandlung als lediglich anzeigepflichtige Leistung ohne Notwendigkeit einer vorherigen Probatorik der KZT 1 vorgezogen wird.

Dies sollte überprüft werden und im Anschluss an die Ergebnisse der Evaluation angelehnte Änderungen und Verbesserungen vorgenommen werden.

Da hierfür eine Anpassung der PT-RL (Teil J) erfolgen müssten, wäre der G-BA i.V.m. Forschungsinstituten der geeignete Adressat.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.3.2 Verbesserung des Zugangs zur Akutbehandlung

Die Ergebnisse der Befragung deuten darauf hin, dass eine Hürde für die Umsetzung von Akutbehandlungen darin besteht, dass sie in der Praxis aufgrund fehlender Kapazitäten schwierig umzusetzen ist. Wie bereits bei der TSS beschrieben, kommt bei der Akutbehandlung erschwerend hinzu, dass Patienten unregelmäßig zu einem Erstkontakt beim PT kommen und im Anschluss eine Akutbehandlung benötigen. Da die Akutbehandlung nicht kontinuierlich anfällt, sondern erst wenn ein Patient mit entsprechendem Bedarf beim PT zur ptS kommt, werden keine Kapazitäten für die Akutbehandlung vorgehalten. Wie oben beschrieben, sollen PT ptS auch durchführen, wenn sie im Anschluss keine Weiterbehandlungskapazitäten haben. Dies führt jedoch dazu, dass Patienten mit der Notwendigkeit einer Akutbehandlung in der ptS sind und keine Kapazitäten beim selben PT vorhanden sind, um diese dann auch selber machen zu können. Dies führt dazu, dass trotz eines akuten Behandlungsbedarfs der Abstand zwischen ptS und Akutbehandlung im Median 13 Tage, im Mittelwert jedoch drei Wochen beträgt.

Da zusätzlich gut jeder fünfte angab, dass die Akutbehandlung in dieser Form nicht gebraucht werde, könnte vermutet werden, dass die Akutbehandlung nicht flächendeckend und ausreichend angeboten / durchgeführt wird.

Eine zielgerichtete Förderung der Akutbehandlung erscheint vor dem Hintergrund sinnvoll, dass Patienten bereits im Anschluss an eine ptS therapeutisch versorgt werden können und nicht zunächst probatorische Sitzungen durchgeführt und eine KZT beantragt werden müssen. Zeitlich kann eine Therapie so mehr als einen Monat früher starten (siehe Versorgungspfade). Um eine zeitnahe Weiterbehandlung nach der ptS zu ermöglichen, sind verschiedene Handlungsoptionen denkbar. Die Optionen beziehen sich entweder darauf, dass der PT selbst die

Akutbehandlung zeitnah durchführt oder den Patienten an einen geeigneten Kollegen mit Kapazitäten verweist / übermittelt.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.3.2.1 Förderung der Akutbehandlung durch Ausweitung der KZT-Zuschläge

Damit PT einen Anreiz haben die Akutbehandlung als Therapiebaustein einzusetzen, wäre eine finanzielle Besserstellung bezogen auf die jetzige Vergütung eine mögliche Option. Eine Ausgestaltung nach dem Schema der Zuschläge, die es bereits bei der KZT gibt, könnte diskutiert werden, um die Vergütung der Akutbehandlung an die der ersten 10 Sitzungen der KZT 1 anzugleichen.

Die Zuschläge zur KZT (GOP 35591, Zuschlag KZT, Einzelbehandlung, GOP 35593-35599 Zuschläge KZT Gruppentherapie) wurden damals eingeführt, um eine kurze Therapiedauer zu fördern. Sie sind 10 Mal im Krankheitsfall abrechnungsfähig in den Therapiesitzungen der KZT1 und KZT 2 (siehe EBM Erläuterung).

Da die Stunden, die im Rahmen der Akutbehandlung durchgeführt werden, bei Durchführung einer Richtlinien therapie auf die Stunden der KZT angerechnet werden, wäre eine Angleichung der Vergütung bei gleichzeitig geringerem Antragsaufwand ein möglicher Anreiz für den PT Akutbehandlung durchzuführen.

Eine Ausweitung des KZT-Zuschlags auf Akutbehandlung würde den PT bei jenen Patienten besserstellen, die im Anschluss an eine Akutbehandlung keine KZT in Anspruch nehmen. Macht der Patient im Anschluss eine KZT, kann der PT die Zuschläge aktuell schon berechnen, sodass bei jenen der PT die gleiche Vergütung erhält. 40 % der erwachsenen Patienten hatten nach der Akutbehandlung (unabhängig ihrer Länge) keine weitere ambulante psychotherapeutischen Behandlung (Limitationen dieser Zahl, siehe oben).

Gegen eine Ausweitung der Zuschläge spricht, dass die Akutbehandlung zu den anzeigepflichtigen, die KZT jedoch zu den antragspflichtigen Leistungen gehört für welche u.a. bereits ein Konsiliarbericht vorliegen muss. Zusätzlich würde bei allen Patienten, bei denen 12 Therapiesitzungen à 50 Minuten ausreichen, keine Probatorik durchgeführt werden müssen, wenn mit einer Akutbehandlung begonnen werden würde. Entsprechend würde der Anreiz bestehen anstatt einer KZT1 immer mit einer Akutbehandlung zu beginnen, um sich initial den

Bürokratieaufwand und die Zeit der Probatorik zu sparen sowie der Prüfung der Voraussetzungen einer ambulanten Psychotherapie durch die Kassen zu umgehen. So könnte sich der PT bei allen Patienten, die nach den zwölf Therapiesitzungen keine weitere benötigen, einen Antrag sparen, was einen nicht intendierten Handlungsanreiz darstellen würde. Außerdem würde ein Anreiz geschaffen werden, dass mindestens 10 Akutbehandlungen à 50 Minuten durchgeführt werden, obwohl dies unter Umständen nicht immer bedarfsgerecht ist und weniger Sitzungen ebenfalls zweckmäßig sein könnten.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.3.2.2 Förderung der Durchführung durch Förderung der Vermittlung

Das überwiegende Problem ist, dass der PT kurzfristig keine Kapazitäten hat, um dem Patienten eine Akutbehandlung anbieten zu können.

Eine mögliche Lösung könnte sein, dass der PT einen Anreiz erhält, den Patienten bei fehlenden eigenen Kapazitäten an einen Fachkollegen weiterzuvermitteln. Hier könnte ein vom Prinzip her ähnliches Verfahren eingesetzt werden, wie beim Hausarztvermittlungsfall. Dabei würde sowohl ein Anreiz für PT zur Vermittlung als auch zur Aufnahme gesetzt werden. Beim Hausarztvermittlungsfall wird ein Zuschlag auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale gezahlt.

Zusätzlich könnte sich (äquivalent zum Hausarztvermittlungsfall) eine Zeitstaffelung anbieten, jedoch mit einem kürzeren Zeithorizont, da ein möglichst zeitnaher Therapiebeginn erfolgen soll. Hier könnte eine Orientierung an den Fristen der TSS erfolgen, wo die Vermittlung eines Akutbehandlungstermin innerhalb von zwei Wochen erfolgen sollte.

Auch mit einem Vergütungsanreiz besteht die Herausforderung des Kapazitätsmangels und der Unkalkulierbarkeit nicht nur auf der Seite des verweisenden PT, sondern auch auf der Seite der PT zu denen vermittelt werden soll.

Für eine erfolgreiche Vermittlung sind auch hier Kooperation und Vernetzung zwischen den Fachkollegen förderlich. Eine weitere Option stellt die Vermittlung per TSS dar, wofür die Terminmeldungen an die TSS zunächst gesteigert werden müssten (siehe Kapitel 1.4.2).

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.3.3 Fokussierung auf Akutbehandlung in den Aus-, Weiter- und Fortbildungs-curricula

Akutbehandlung ist mit der Richtlinienreform als vollständig neuer Therapiebaustein eingeführt worden und verfolgt mit einer kurzfristigen Stabilisierung des Patienten eine etwas andere Zielsetzung als die KZT und LZT.

Es könnte den PT erleichtern, Akutbehandlung zielgerichtet einzusetzen und durchzuführen, wenn sie im Rahmen ihrer Aus- bzw. Weiterbildung bereits etwas über die Akutbehandlung gelernt hätten. So könnte der lange Abstand zwischen den Therapiesitzungen neben Kapazitätsengpässen ergänzend darin begründet liegen, dass die Akutbehandlung auch bei Patienten eingesetzt wird, für die eine Akutbehandlung nicht intendiert wäre. Eine stärkere Integration in die Aus- bzw. Weiterbildung könnte zu einer stärkeren Zweckorientierung beitragen.

Aktuell wird die Akutbehandlung bspw. in der geltenden Fassung der Approbationsordnung für PT nicht erwähnt. Eine lehrplanindividuelle Aufnahme der Akutbehandlung oder das praktische Erlernen der Durchführung einer Akutbehandlung im Rahmen von Famulaturen / Praktika ist denkbar und müsste geprüft werden. Für alle „Bestands-PT“ wäre ein Fortbildungsangebot notwendig, um über die Akutbehandlung zu sprechen. Diese Handlungsoption wird gemeinsam mit den anderen Optionen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung in Kapitel 5 konkretisiert.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.4 Richtlinien Therapie inkl. Rezidivprophylaxe

2.4.1 Kurzzeittherapie

Ziele der KZT-Reform:

Die Tragenden Gründe zur Reform geben als Hintergründe für die Reform der KZT an, dass aus Versorgungsanalysen deutlich wurde, dass ein relevanter Anteil der Patienten die Therapie innerhalb der ersten 12 Stunden abschließt. Zusätzlich kam der G-BA mit der Richtlinien-Reform den neuen Regelungen der Forderung des GKV-SV nach, das Antrags- und Gutachterverfahren zu vereinfachen (Entbürokratisieren).

Veränderungen durch die Reform:¹⁸

Ausgehend von diesen Erkenntnissen, wurde die KZT von vor der Reform 25 Stunden auf nach der Reform zweimal zwölf Stunden aufgesplittet. „Für Versicherte, die im ersten Abschnitt der Kurzzeittherapie (KZT 1) noch keine ausreichende Besserung erreichen konnten, besteht die Möglichkeit einer Fortsetzung der Behandlung, zunächst als KZT 2 oder bei weiterem Behandlungsbedarf auch durch Umwandlung der KZT als Langzeittherapie (LZT).“

Eine weitere Neuerung ist, dass für eine KZT nach der Reform grundsätzlich keine Gutachterpflicht mehr besteht, sondern nur noch für Langzeit- und Fortführungstherapien. Eine KZT wiederum muss nur noch beantragt werden.

Der Antrag selbst besteht bei einer KZT aus dem Formblatt PTV 1 und PTV 2 (§ 11 Psychotherapie-Vereinbarung). Eine KZT 1 kann frühestens zu Beginn der probatorischen Sitzungen, eine KZT 2 frühestens nach sieben durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 beantragt werden. Eine Überführung in eine LZT ist spätestens mit der achten Therapieeinheit der KZT 2 zu beantragen (§ 11 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung und § 29 Absatz 4 PT-RL)

Umsetzung der KZT in der PT-RL in § 29 Therapieansätze und § 34 Antragsverfahren

Status Quo und Projektergebnisse:

Ergebnisse der Psychotherapeutenbefragung:

Die PT wurden gefragt, ob durch die Zweiteilung der KZT nun mehr Patienten die Richtlinien-therapie nach 12 Therapiestunden beenden würden. Dies wurde mehrheitlich (82,9 % EPT und 78,4 % KJPT stimmen nicht zu; 10,7 % EPT und 14,5 % teils teils) verneint. Auf der anderen Seite habe sich, nach Angaben von 73,5 % der EPT und 58,1 % der KJPT (plus 9,4 % EPT, 15,4 % KJPT teils teils) der Aufwand für die Antragstellung durch die Zweiteilung der KZT erhöht. Uneinigkeit bestand bei EPT und KJPT darin, ob sich der bürokratische Aufwand durch den Wegfall eines Bewilligungsschrittes verringert habe. Es gibt eine leichte Tendenz zu „ja“.

¹⁸ Sofern nicht anders formuliert ist immer eine Durchführung in Einzeltherapie gemeint.

Ergebnisse der Routinedatenanalyse:

73,9 % der erwachsenen Patienten mit Erstkontakt hatten als erste Therapieleistung 2018 (74,2 % der Kinder und Jugendliche) eine KZT (2016 waren es noch 85,8 % Erwachsene, 76,4 % Kinder und Jugendliche).

Erwachsene Versicherte mit einer in Anspruch genommenen KZT 1 haben im Median 10 (Kinder und Jugendliche 13) Therapieleistungen KZT 1 erhalten. KZT 2 wurde im Median 7 Mal (Kinder und Jugendliche 9) durchgeführt. Betrachtet man die aggregierte Anzahl an Leistungen so haben Erwachsene im Median 11 (Kinder und Jugendliche 14) KZT Leistungen.

Vergleicht man die aggregierten KZT Therapieleistungen 2018 mit jenen im Prä-Zeitraum, so hat sich die Anzahl an KZT Leistungen im Median verringert (2016 13 Leistungen vs. 2018 11 Leistungen bei den Erwachsenen; 2016 18 Leistungen vs. 2018 14 Leistungen bei den Kindern und Jugendlichen). Kumuliert man alle im Beobachtungszeitraum erbrachten Leistungen bis zur KZT (ptS, Probatorik und KZT) verringern sich die Unterschiede. Inwiefern die Verringerung der Anzahl der KZT-Leistungen auf die Erreichung des Ziels der Zweiteilung oder mehr auf Limitationen durch den Beobachtungszeitraum, welcher ab der Indexdiagnose auf ein Jahr begrenzt war, zu interpretieren ist, ist diskutabel. Insbesondere bei der KZT 2 kann dies zu einer Unterschätzung der Patienten und der Anzahl der Therapieleistungen führen.

Zwischen zwei KZT-Terminen liegen bei Erwachsenen im Median circa zwei Wochen (Kinder und Jugendliche 11 Tage).

2.4.1.1 Aufhebung der Zweiteilung

Inwiefern die Zweiteilung der KZT ihr Ziel erreichen konnte, kann aus den Projektergebnissen nicht klar abgeleitet werden.

Durch die Zweiteilung ist jedoch ein höherer Bürokratieaufwand entstanden. Dieser könnte durch eine Aufhebung der Zweiteilung reduziert werden oder durch ein rein digitales Antrags- und Gutachterverfahren. Eine entsprechende Empfehlung ist auch im Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen ausgesprochen worden (Nr. 13: Abschaffung des 2-stufigen Antragsverfahrens bei der KZT). Es wird davon ausgegangen, dass 120.000 Stunden Bürokratieaufwand entfallen würden, was pro Jahr Kosten in Höhe von 8 Mio. € einspart. Die freiwerdenden Stunden liegen sowohl auf Seiten der PT, welche den Antrag stellen müssen,

als auch auf der Seite der Krankenkassen, welche sie prüfen müssen. Bei den PT könnten die freiwerdenden Kapazitäten z.B. für die Erbringung von Therapieleistungen genutzt werden.

Eine Aufhebung könnte zusätzlich noch weitere Vorteile haben. Gerade bei Kindern und Jugendlichen könnte eine Aufhebung der Zweiteilung sinnvoll sein. Bei Kindern und Jugendlichen unter 14 Jahren müssen die Sorgeberechtigten der Heranwachsenden in die Therapie einwilligen, was dazu führt, dass es zu einer Verzögerung der weiteren Therapie oder zu einem Therapieabbruch kommen kann. Die Verzögerungen können auf der einen Seite dadurch bedingt sein, dass im Falle einer Uneinigkeit zwischen den Sorgeberechtigten die Therapiefortführung von einer gerichtlichen Entscheidung abhängt. Auf der anderen Seite kann es daran scheitern, dass die Eltern sich nicht mehr um eine Weiterführung der Therapie nach KZT 1 bemühen. Die Aufhebung der Zweiteilung könnte zur Konsequenz haben, dass mehr Kinder und Jugendliche eine kontinuierliche Therapie erhalten.

Allerdings könnte die Aufhebung auch unerwünschte Effekte zur Konsequenz haben. So könnte sie dazu führen, dass weniger neue Behandlungen angefangen werden, wenn sich Therapielängen im Durchschnitt erhöhen, wodurch psychotherapeutische Kapazitäten länger gebunden werden.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.4.2 Rezidivprophylaxe

Ziele der Rezidivprophylaxe bei ihrer Einführung:

Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe wurden als „integraler und unverzichtbarer Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung“ angesehen. Als Bestandteil einer Therapie wird die Rezidivprophylaxe nicht als eigenes Modul der Behandlung angesehen, sodass sie regulatorisch der LZT zugeordnet wird. „Ziel ist es, einem Wiederauftreten von bereits behandelten psychischen Symptomen nach Therapieende vorzubeugen bzw. den Patienten dazu zu befähigen, ein erneutes Aufkommen der Symptomatik frühzeitig wahrzunehmen und die diesbezüglich in der Behandlung erlernten Strategien und Bewältigungsmechanismen anzuwenden.“

Umsetzung der Rezidivprophylaxe: Formulierung in der PTRL § 14 Rezidivprophylaxe

Status Quo und Projektergebnisse:

Die Psychotherapie-Vereinbarung regelt, dass Angaben zur zukünftigen Durchführung einer Rezidivprophylaxe bereits mit der Beantragung der Therapie im PTV2 getätigt werden müssen. Damit eine Rezidivprophylaxe nach einer LZT durchgeführt werden kann, muss die Beendigung letzterer bei der Krankenkasse angezeigt werden. „Die Zwei-Jahres Frist gemäß § 11 Abs. 4 Satz 7 beginnt mit der gemäß § 10 Abs. 5 angezeigten Beendigung der Langzeittherapie und gilt unabhängig von den in diesem Zeitraum im Anspruch genommenen Leistungen der Rezidivprophylaxe“ (§ 16 Absatz 4 Psychotherapievereinbarung).

Angaben zur Rezidivprophylaxe wurden im EVA PT-RL Projekt nur im Rahmen der Befragung der PT erhoben. Zwischen einer Indexdiagnose bis zum Beginn einer Rezidivprophylaxe liegt regelmäßig mehr als ein Jahr. Entsprechend konnte eine systematische Erhebung ihrer Anwendung im Rahmen der Routinedatenanalyse aufgrund des begrenzten Beobachtungszeitraums nicht erfolgen.

Leistungen, die im Rahmen der Rezidivprophylaxe (Einzeltherapie) erbracht werden, werden mit dem Zusatzkennzeichen „R“ (Rezidivprophylaxe) oder „U“ (Rezidivprophylaxe mit Bezugsperson) versehen, sodass sie mittlerweile identifiziert werden können.¹⁹ Seit 01.07.2020 gibt es zur Anzeige der Beendigung der LZT GOP, in denen unterschieden wird zwischen der Beendigung einer Therapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe (88130) und einer mit anschließender Rezidivprophylaxe (88131).

PT sahen die Rezidivprophylaxe bei Patienten mit chronischen oder schweren psychischen Erkrankungen besonders geeignet (EPT: 70 % und 64,7 % stimmen zu; 18,5 % und 22,2 % teils teils; KJPT: 61,3 % und 55,7 % stimmen zu; 27,7 und 29,8 % teil teils). Die Rezidivprophylaxe wird als sinnvolles Instrument zur Überbrückung der Zeit bis zur nächsten Richtlinientherapie erachtet (EPT: 55,1 % stimmen zu; 23,1 % teils teils; KJPT: 40,2 % stimmen zu; 32,2 % teils teils). Sie trage wesentlich zur Stabilisierung / zum Therapieerfolg bei (EPT: 59,5 % stimmen zu; 26,2 % teils teils; KJPT: 48,6 % stimmen zu; 33,9 % teils teils), könne aber auch in akuten Krisen

¹⁹ Es gibt noch weitere Ziffern, die jedoch in diesem Zusammenhang nicht weiter relevant sind.

eingesetzt werden, um diese bei Bedarf abzufangen (EPT: 52,9 % stimmen zu; 21,0 % teils teils; KJPT: 49,3 % stimmen zu; 23,1 % teils teils).

Obwohl die Rezidivprophylaxe formal als neuer Teil der Therapie eingeführt wurde, gaben 38,3 % der EPT (32,5 % der KJPT) an, bereits vor der Reform etwas Äquivalentes durchgeführt zu haben (zusätzlich EPT 29,0 % und KJPT 29,9 % teils teils).

Die PT gehen davon aus, dass die Rezidivprophylaxe von den Patienten gut angenommen wird (EPT: 68,8 % stimmen zu; 33,3 % teils teils; KJPT: 49,8 % stimmen zu; 35,7 % teils teils).

Als wesentlicher Grund, der die Anwendung der Rezidivprophylaxe erschwere, wurde von 62,7 % der Befragten EPT (71,1 % der KJPT) angegeben, dass die Rezidivprophylaxe die Anzahl der LZT-Stunden reduziere und es zusätzliche Kontingente brauche, die individuell für die Rezidivprophylaxe genutzt werden können.

2.4.2.1 Ausgliedern der Rezidivprophylaxe aus der LZT

Nachdem die Regelung, dass die Rezidivprophylaxe die Anzahl der LZT-Stunden reduziere, die Anwendung erschwert, könnte eine Änderung dieser Regelung förderlich wirken.

Die Konsequenz wäre, dass die Rezidivprophylaxe ein von der eigentlichen LZT getrenntes Stundenkontingent erhalten müsste. Es existieren zwei mögliche Ausgestaltungen:

1. Das Stundenkontingent der LZT bleibt unberührt. Die Stunden der Rezidivprophylaxe kommen ergänzend hinzu. Das Gesamtkontingent wird dadurch erhöht.
2. Das Stundenkontingent der LZT wird um das neue Stundenkontingent der Rezidivprophylaxe reduziert. Das Gesamtkontingent bleibt dadurch unverändert.

In beide Varianten würde das aktuell maximale Kontingent, welches für Rezidivprophylaxe verwendet werden darf, in das neue Kontingent überführt.

Es müsste geregelt werden, ob die Rezidivprophylaxe trotz eines separaten Kontingentes weiterhin gemeinsam mit der LZT beantragt werden müsste oder ob ein zusätzlicher Antrags-schritt eingeführt werden müsste, zu einem Zeitpunkt zu dem die Erbringung der Rezidivprophylaxe absehbar ist. Für eine damit eigenständige Therapieleistung würde auch ein separates Antragverfahren sinnvoll sein.

2.4.2.1.1 Separates Kontingent für Rezidivprophylaxe erhöht das Gesamtkontingent

Eine Untersuchung auf Grundlage von KBV-Daten hat gezeigt, dass die überwiegende Mehrzahl der LZT unterhalb des Maximums des ersten Kontingents der LZT (VT 94 Prozent, TP 68 Prozent, AP 79 Prozent) endet (Böker & Hentschel, 2023; Hentschel & Böker, 2023). Entsprechend ist eine weitere Erhöhung des Therapiekontingentes, auch bedingt durch die Möglichkeit, wenn nötig, die Therapie durch einen Fortführungsantrag zu verlängern, nicht notwendig. Insbesondere wenn durch das separate Kontingent für die Rezidivprophylaxe keine Erhöhung dieses Therapieelementes einhergeht.

2.4.2.1.2 Separates Kontingent für Rezidivprophylaxe erhöht das Gesamtkontingent nicht

Die Umsetzung dieser Option würde zu einer noch weiteren Strukturierung führen und im Vergleich zur vorherigen HO die Möglichkeiten, flexibel auf Patientenbedürfnisse zu reagieren, einschränken²⁰. Die Anzahl an möglichen LZT-Stunden würde gesenkt werden, da die Stunden der Rezidivprophylaxe abgezogen würden. Aufgrund der hohen Anzahl an LZT, die vor dem Maximum beendet werden, sollte dies lediglich eine kleine Herausforderung darstellen.

Die Handlungsoption 2.4.2.1.1 wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen. Es erfolgt keine Empfehlung für Handlungsoption 2.4.2.1.2.

2.4.2.2 Flexibilisierung der Rezidivprophylaxe

Eine stärkere Individualisierung des Angebots könnte nach Ansicht der PT zu einer patientenorientierteren Behandlung beitragen. Ein entsprechendes Argument wurde bereits von der Bundespsychotherapeutenkammer im Stellungnahmeverfahren der Richtlinienreform angemerkt. Sie argumentierte, dass sich der „erforderliche zeitliche Umfang der Rezidivprophylaxe [...] gerade nicht aus der Stundenzahl der erfolgten Behandlungen ableiten [lässt], sondern [...] bei dem Patienten individuell vor dem Hintergrund der spezifischen Fallkonstellation, der ggf. vorhandenen Residualsymptomatik und der Belastungsfaktoren einzuschätzen [ist].“

Denkbar wäre, dass eine Rezidivprophylaxe zwar in eine LZT (LZT-Gesamtkontingent bleibt unverändert) eingebettet ist, jedoch das Kontingent, das für Rezidivprophylaxe eingesetzt

²⁰ Dies jedoch auch vor dem Hintergrund, dass viele der RL-PT nicht das volle Kontingent ausschöpfen.

werden darf, innerhalb des LZT-Kontingentes nicht eingeschränkt wird. Die vorgeschlagene Änderung würde daher mit einer Streichung des § 14 Absatz 3 Satz 1-3 PT-RL einhergehen.

„(3) ¹Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. ²Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. ³Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. ⁴Sie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. ⁵Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.“

Dadurch könnte die Rezidivprophylaxe patientenindividueller auf deren Bedürfnisse zugeschnitten werden.

Um einen Überblick über die Durchführung von eigentlicher LZT vs. Rezidivprophylaxe zu erhalten, könnte dies im Rahmen des zu stellenden Antrags im PTV2 im Detail erläutert und die angestrebte Aufteilung zwischen den beiden Leistungen formuliert werden.

Nachteilig an diesem Vorschlag könnte sein, dass der Anreiz gesetzt wird, die LZT als solche möglichst zeitnah zu beenden. Dadurch, dass ab der offiziellen Beendigung der LZT die Zwei-Jahres Frist beginnt, könnte den Patienten damit die Möglichkeit geschaffen werden, häufiger eine Therapie in Anspruch zu nehmen.²¹ Die Zwei-Jahres Frist würde dann durch eine verhältnismäßig hohe Anzahl an Stunden der Rezidivprophylaxe überbrückt werden.

Erwogen werden könnte daher auch, dass bei Umsetzung der Handlungsoption die Zwei-Jahres Frist erst dann beginnt, wenn vom beantragten Stundenkontingent nur noch die Kapazitäten offen sind, die aktuell für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden dürfen (definiert in § 14 Absatz 3 Satz 1 bzw. 2 PT-RL).

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

²¹ Die Durchführung einer Therapie innerhalb der zwei Jahre ist zwar möglich, erfordert jedoch ein Gutachterverfahren.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Tabelle 5: Überblick Handlungsoptionen zur Rezidivprophylaxe

	Handlungsoption 2.4.2.1.1	Handlungsoption 2.4.2.1.2	Handlungsoption 2.4.2.2
Gesamtes Therapiekontingent	Steigt	<i>Unverändert</i>	<i>Unverändert</i>
Kontingent der LZT	<i>Unverändert</i>	Sinkt	<i>Unverändert</i>
Kontingent für Rezidivprophylaxe	<i>Unverändert</i>	<i>Unverändert</i>	Steigt (sofern erforderlich)
Flexibilität	Steigt (durch erhöhtes Gesamtkontingent)	Sinkt (stärkere Strukturierung)	Steigt deutlich (Verhältnis LZT: Prophylaxe patientenindividuell)
Bürokratie	Steigt (durch neuen Antragsschritt)	Steigt (durch neuen Antragschritt)	<i>Unverändert</i>

2.4.2.3 Durchführung der angekündigten Evaluation

In § 42 Absatz 2 PT-RL wird festgehalten, dass die Rezidivprophylaxe „innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung evaluiert“ wird. Zum jetzigen Zeitpunkt (Juni 2024) läuft die Evaluation noch nicht vor. Die Evaluation könnte noch weitere relevante Informationen beinhalten, welche für die Formulierung von Handlungsempfehlungen notwendig sein könnten, sodass im Rahmen des Projekts auf konkrete Empfehlungen verzichtet wird.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.5 Gruppentherapie

Im Rahmen des Projekts wurde an verschiedenen Stellen der Einsatz von Gruppentherapie in der ambulanten Psychotherapie untersucht. Seit der Reform der PT-RL, die in diesem Projekt im Vordergrund steht, haben sich die Rahmenbedingungen für die Durchführung einer Gruppentherapie nochmal deutlich verändert. Insbesondere durch den Beschluss vom 20. November 2020 (Inkrafttreten 18. Februar 2021) zur „Förderung der Gruppentherapie, Vereinfachungen im Gutachterverfahren und weitere Änderungen“ wurde das Einsatzspektrum von Gruppentherapie erweitert. Diese Änderungen konnten im Projekt EVA PT-RL jedoch noch nicht untersucht werden, sodass keine Daten vorliegen, die sich auf die aktuelle Ausgestaltung der Gruppentherapie beziehen.

Auf der anderen Seite gibt es Projekte, die ebenfalls vom Innovationsfonds gefördert werden, die sich spezifisch mit der Gruppenpsychotherapie beschäftigen und somit deutlich repräsentativere Empfehlungen formulieren können. Hier ist beispielsweise das bereits abgeschlossene

Projekt „BARGRU - Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ und das noch laufende Folgeprojekt „BARGRU-II – Barrieren bei Gruppenpsychotherapeuten trotz modifizierter PT-RL gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie in der GKV“ zu nennen.

Es wäre denkbar, die Projektergebnisse in Bezug auf die Gruppentherapie mit den Forschenden dieses Projekts zu teilen.

2.5.1 Verpflichtung qualifizierter Gruppenpsychotherapeuten Gruppentherapie zu erbringen

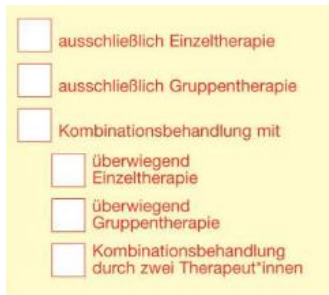
Eine Verpflichtung derjenigen PT, die eine Weiterbildung zur Gruppentherapie haben, auch Gruppentherapie zu erbringen, kann dazu führen, dass mehr Gruppentherapie durchgeführt wird.

Es besteht jedoch die realistische Gefahr, dass bei Einführung einer verpflichtenden Regelung PT, die aus unterschiedlichen Gründen trotz Weiterbildung keine Gruppentherapie durchführen, ihre Abrechnungsgenehmigung zurückgeben, um sich dieser Verpflichtung zu entziehen. Außerdem stellt eine Verpflichtung ein Hindernis bei der Bereitschaft neue PT zu der Zusatzqualifikation zu motivieren dar, da sich welche dann gegen die Absolvierung der Zusatzqualifikation entscheiden könnten. Dieses Hindernis würde bei den PT, die nach neuer Aus- und Weiterbildung in die Versorgung eintreten, nicht mehr bestehen. Diese erlangen die Befähigung zur Erbringung der Gruppentherapie noch bevor sie Vertragspsychotherapeuten werden. Entsprechend der Ergebnisse des Projekts BARGRU existieren Umstände, die einer Gruppenpsychotherapie entgegenstehen, die von den PT nicht beeinflusst werden können (z.B. terminliche Flexibilität der Patienten). Denkbar wäre entsprechend die formulierte Handlungsoption von „Verpflichtung zur Erbringung“ in „Verpflichtung zum zur Verfügung stellen“ ähnlich der ptS (§10 Absatz 13 PT-RL) zu ändern. So würde sich das zu bewertende Kriterium dahingehend verändern, dass PT lediglich dazu verpflichtet werden würden, dass Gruppentherapien verpflichtend angeboten werden und nicht, dass die tatsächliche Erbringung von gruppentherapeutischen Leistungen bewertet wird. Ein verpflichtendes Gruppentherapieangebot muss jedoch nicht mit der Erbringung der eigentlichen Leistung einhergehen.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.5.2 Ergänzung des PTV 11 um Gruppentherapie

Eine Ergänzung des PTV 11 um das Therapiesetting (Einzel- und Gruppentherapie) könnte dahingehend erfolgen, dass eine den Angaben des PTV 2 ähnelnde Kästchenstruktur eingefügt wird.



- ☐ ausschließlich Einzeltherapie
- ☐ ausschließlich Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung mit
 - ☐ überwiegend Einzeltherapie
 - ☐ überwiegend Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Abbildung 11: Ausschnitt PTV 2

So könnten die Angaben von Versorgungselement und Therapiesetting, wie auch beim PTV 2, miteinander kombiniert werden. Um nicht zu detailliert zu werden, wären Ankreuzmöglichkeiten für Einzel- oder Gruppentherapie, sowie Kombinationsbehandlung möglich, von denen der PT alles seiner Einschätzung nach Sinnhafte ankreuzen könnte.

Da dies jedoch dazu führen würde, dass das PTV 11 von der gesamten Formatierung her angepasst werden müsste, wäre eine Empfehlung zur Ergänzung lediglich eines Kästchens „Gruppentherapie“ geeignet. Sofern dies nicht angekreuzt wird, kann davon ausgegangen werden, dass eine Einzeltherapie indiziert bzw. vom Patienten gewünscht ist. Die Partner des Bundesmantelvertrags sind die passenden Adressaten für diese Handlungsoption.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.5.3 Nachqualifizierung mit der Erlaubnis der Erbringung von Gruppentherapie in den eigenen Räumlichkeiten

Die Psychotherapeutenbefragung des EVA-PT-RL-Projektes ergab, dass 57,7 % der Befragten keine Qualifikation zur Abrechnung von Gruppentherapie besitzen; 3,6 % absolvierten zum Zeitpunkt der Befragung eine entsprechende Nachqualifizierung. Eine Umsetzung dieser Nachqualifizierung in der eigenen Praxis ist neben dem laufenden Praxisbetrieb dadurch erschwert, dass die praktische Qualifikation mit erheblichem Aufwand an Aus- und Weiterbildungsinstituten absolviert werden muss (Vgl. §8 Psychotherapie-Vereinbarung i.V.m. §28

Psychotherapeutengesetz n.F.). Die Institute lehren wiederum verfahrensspezifisch die Gruppentherapieverfahren, was lange Anfahrtswege für die PT bedingen kann.

Die gesetzlichen Regelungen führen aktuell dazu, dass die psychotherapeutischen Gruppenleistungen im Rahmen der Qualifikationsphase nicht in der eigenen Praxis durchgeführt werden können, da eine Abrechnung über die GKV nicht möglich ist. Es könnte eine Regelung gefunden werden, nach der die „Nachqualifizierungsfälle“ bis zum Erreichen der vollständigen Qualifikation mit einer vorläufigen Abrechnungsgenehmigung in der eigenen Praxis abgerechnet werden können und als Teil der Qualifikation anerkannt werden. Zur Sicherstellung der Behandlungsqualität sollte die theoretische Qualifizierung vorab vollständig erbracht und bereits mit der Selbsterfahrung begonnen worden sein (1/3 der notwendigen Stunden absolviert). Zusätzlich sollte bei der Ausbildungsstätte vorab ein Supervisor benannt sein, der die Behandlung der Patient*innen unter regelmäßiger Supervision betreut.

Die Realisierung der rechtlichen Grundlage für die Erlaubnis liegt in der Verantwortung der Partner des Bundesmantelvertrags.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.6 Therapieelementübergreifende Optionen

2.6.1 Schaffung der Möglichkeit die Leistungsbegrenzung bei Jobsharing und Anstellung aufzuheben

Zur Bewältigung von regionalen Versorgungsengpässen und zur Erweiterung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebotes wäre es denkbar, dass die Durchführung der ptS und Akutbehandlung sowie Gruppenpsychotherapie unter bestimmten Bedingungen außerhalb der Leistungsbegrenzung bei Anstellung und Jobsharing erlaubt wird.

Bei Anstellung von PT oder Gründung einer Jobsharing Gemeinschaftspraxis ist eine Begrenzung des Leistungsumfangs der Praxis auf dem Vorjahresniveau der jeweiligen Praxis vorgesehen (KBV, 2024c; KVNO, 2024). Die Leistungsbegrenzung wird praxisindividuell unterschiedlich als Punktzahlvolumen oder Eurogrenze durch die regionale KV ausgewiesen.

Aufgehoben werden könnte die Leistungsbegrenzung z.B.:

- zur Erweiterung des Angebotes ptS und damit zur Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung sowie Förderung von orientierenden und differenzialdiagnostischen ptS,
- zur Förderung der psychotherapeutischen Akutbehandlung, die eine zeitnahe Versorgung im Krisenfall ermöglicht,
- zum Ausbau der gruppenpsychotherapeutischen Angebote, um die psychotherapeutischen Kapazitäten optimal zu nutzen.

Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass KVen individuell entsprechend ihrer Versorgungssituation entscheiden können, ob sie bestimmte in der Patientenbehandlung notwendige Versorgungselemente aus der Leistungsbegrenzung ausgliedern, um damit das Angebot zu erhöhen. Sofern eine grundsätzliche Förderung von Gruppentherapie gewünscht ist, könnte dies für Gruppentherapien flächendeckend, deutschlandweit umgesetzt werden.

Einschränkend muss hier hinzugefügt werden, dass sich Jobsharing insbesondere in gesperrten Planungsbereichen etabliert. Eine Ausweitung von Kapazitäten in bereits nach Bedarfsplanung übertensorgten Gebieten, steht den oben genannten Vorteilen gegenüber.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

2.6.2 Kopplung der Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Versorgungsaspekte

Die Kriterien zur Vergabe eines Versorgungsauftrags in gesperrten Planungsbereichen sind in § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V geregelt. „Sofern mehrere Bewerbungen von Interessenten vorliegen, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes auch tatsächlich fortführen wollen (Abs. 4 S. 4; siehe hierzu BSG 20.3.2013 – B 6 KA 19/12 R Rn. 29 ff.; vgl. auch Arnold/Poetsch MedR 2013, 773), hat der Zulassungsausschuss nach pflchtgemäßem Er-messen unter Berücksichtigung der in Abs. 4 S. 5 aufgelisteten (dieser Katalog ist freilich nicht abschließend; s. BSG 20.3.2013 – B 6 KA 19/12 R; Ladurner Ärzte-ZV § 103 Rn. 85) und prinzipiell gleichrangigen (s. BT-Drs. 17/6906, 75; Gerds/Arnold GuP 2014, 176 (180); Ertl NZS 2016,

12 (14); Hauck/Noftz/Geiger § 103 Rn. 113; vgl. allerdings auch BSG 27.6.2018 – B 6 KA 33/17 R Rn. 33 f. zur vorrangigen Berücksichtigung der berufl. Eignung) Auswahlkriterien eine Nachfolgeentscheidung zu treffen.“ (Becker/Kingreen, 2022).

§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V ermöglicht es, besondere Versorgungsbedürfnisse (z.B. Angebot von Gruppentherapie) bei der Auswahlentscheidung zu berücksichtigen. Hierfür muss bereits in der Ausschreibung der KV definiert werden, welche besonderen Versorgungsbedürfnisse im individuellen Fall zu berücksichtigen sind. Betrachtet man die aktuellen Ausschreibungen in gesperrten Planungsbereichen wird deutlich, dass dort keine besonderen Versorgungsbedürfnisse festgelegt wurden, sodass sie entsprechend bei der späteren Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht mitberücksichtigt werden können.

Eine stärkere Nutzung von § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V sollte angestoßen werden. Der Zulassungsausschuss könnte z.B. die Möglichkeit erhalten selbständig besondere Versorgungsbedürfnisse zu definieren und diese im Auswahlverfahren zu berücksichtigen. Dazu sollte in §103 Abs. 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V geregelt werden, dass neben den KVen auch der Zulassungsausschuss die besonderen Versorgungsbedürfnisse definieren kann. Zum Beispiel im Rahmen der Förderung der Gruppentherapie könnte der Zulassungsausschuss die Möglichkeit erhalten, Leistungserbringer mit der entsprechenden gruppentherapeutischen Qualifikation unter Nutzung des Kriteriums bevorzugt nachzubersetzen.

Relevant wäre in diesem Zusammenhang nur, dass die jeweiligen Bewerber vor ihrer Bewerbung von diesen besonderen Versorgungsbedürfnissen wissen und diese nicht erst rückwirkend vom Zulassungsausschuss festgelegt und kommuniziert werden.

Es sollte diskutiert werden, inwiefern in ausgewählten Fällen die besonderen Versorgungsbedürfnisse über die anderen Kriterien gestellt werden dürfen. Insbesondere die Relevanz der anderen Kriterien, wie die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung (Nummer 8) sollte beachtet werden. Denkbar wäre also eine Priorisierung gegenüber Nummer 2 (Approbationsalter) oder Nummer 3 (Dauer der ärztlichen Tätigkeit).

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

2.6.3 Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahren

Gemäß § 92 Abs. 6a SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, "sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach §136a Abs. 2a SGB V eingeführt hat."

Im Januar 2024 hat der G-BA die Einführung des Qualitätssicherungsverfahrens zur Erprobung in NRW (KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe) beschlossen. Die Erprobungsphase soll 2025 beginnen und 6 Jahre andauern. Ein deutschlandweiter Einsatz kann entsprechend nicht vor 2031 umgesetzt werden.

Aus verschiedenen Seiten kommt Kritik an der Entscheidung des Gesetzgebers, dass das QS-Verfahren das Antrags- und Gutachterverfahren ablösen soll. Insbesondere in der unterschiedlichen Zielsetzung der beiden Instrumente werden Probleme gesehen. „Das einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren ist insbesondere auf die Messung und Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte des Therapieverlaufs (Prozessqualität) ausgerichtet und soll der kontinuierlichen Qualitätsförderung und Unterstützung einer leitliniengerechten Versorgung dienen. Demgegenüber wird im Rahmen des Antragsverfahrens für Richtlinienpsychotherapie durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind. Wird ein gutachtenpflichtiger Antrag gestellt, ist zudem eine fachliche Beurteilung unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Leistungserbringung vorgesehen (vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung). Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie, wird keine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie durchgeführt“ (AOK-Bundesverband, 2023, S. 141).

Anstatt das Antrags- und Gutachterverfahren abzuschaffen, wird eine Digitalisierung empfohlen, um die Prozesse zu vereinfachen und den Aufwand für Beteiligte zu verringern. So könnte der Genehmigungsprozess verkürzt und entbürokratisiert werden.

Der Vorschlag zur Beibehaltung und Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens wird vom Konsortium des Eva PT-RL Projekts befürwortet, da sich durch eine Abschaffung negative Konsequenzen, insbesondere für aktuell bereits benachteiligte Gruppen, ergeben könnten. Es besteht die Gefahr, dass ohne ein Antrags- und Gutachterverfahren, was die Sicherheit über das Therapiekontingent gibt und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausschließt, gerade Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf schwieriger Zugang finden können. Aus Angst vor

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen könnten dadurch bevorzugt Patienten mit leichteren Erkrankungen bzw. geringerem Therapiebedarf ein Angebot auf eine RL-T erhalten.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

3 Erhöhung der Transparenz über die Versorgungs- und Beratungsangebote

Es besteht eine Vielzahl an Versorgungsoptionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem. Das Angebot aus stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen führt zu einer vielseitigen Versorgung, die auf unterschiedlichste Bedarfe reagieren kann. Die Kehrseite dieser Vielseitigkeit ist jedoch eine damit einhergehende Komplexität (Simon, 2021). Selbst für diejenigen, die sich beruflich mit der Thematik beschäftigen, erscheinen existierende Strukturen intransparent und teilweise schwer verständlich. Da Informationsasymmetrien bestehen, kann die Komplexität des Gesundheitsversorgungssystems für Patienten überfordernd wirken. Vor allem für Patienten mit psychischen Erkrankungen ist dies problematisch. Der Zugang zur Versorgung wird bereits durch intrinsische Faktoren (z.B. Krankheitssymptome) erschwert. Zusätzlich wirken extrinsisch weitere Faktoren, die dazu führen können, dass Patienten nicht die für sie bestmögliche Versorgung erhalten. Einer dieser von außen wirkenden Faktoren ist die Problematik, dass das Versorgungssystem oftmals intransparent und kompliziert erscheint. So ist die Identifikation von Versorgungsoptionen dadurch erschwert, dass die Menge an abrufbaren Informationen zwar umfangreich jedoch auch stark fragmentiert ist.

Auch die möglichen Zugangswege in diese Versorgungsangebote sind nicht einfach zu überblicken. Während der Zugang zum Hausarzt noch weitestgehend unkompliziert möglich ist, kann (G-BA, 2024a). Die Befragung im EVA PT-RL Projekt zeigt jedoch, dass nicht allen Patienten diese Zeiten bekannt sind und regelmäßig auch außerhalb der Erreichbarkeitszeiten angerufen wird. Nach Psychotherapeutenangaben würden nur 9,7% der Patienten innerhalb dieser Zeiten anrufen. Eine weitere Möglichkeit der Terminvereinbarung ist die TSS. 2021 kannten jedoch lediglich etwas über 30% der Versicherten die ärztliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 über die auch die TSS erreicht wird, obwohl es sich um eine wichtige Möglichkeit handelt, um in der Versorgung anzukommen (KBV, 2021b).

Die Ergebnisse der EVA-PT-RL Befragung liefern Anhaltspunkte dafür, dass auch bei manchen Leistungserbringenden die Änderungen der Reform nicht vollumfänglich verinnerlicht sind. So werden zwar die eingeführten Verpflichtungen nach eigenen Angaben der PT weitestgehend eingehalten, ein Umdenken hinsichtlich des Verständnisses ihrer Rolle in der Versorgung

scheint jedoch nicht stattgefunden zu haben. Nur 15,7 % der Befragten gaben an, dass dies bei ihnen geschehen sei.

Die Befragungen des EVA-PT-RL Projekts enthalten weitere Hinweise auf bestehende Informationsdefizite im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung. So wussten nicht alle Patienten, dass die ptS nicht gleichbedeutend mit dem Beginn einer Richtlinien-therapie ist und berichteten, dass sie erst im Rahmen der ptS selbst vom Unterschied erfahren haben.

Die gerade skizzierten Informationsdefizite wurden an anderer Stelle im Dokument (u.a. Kapitel 2.1.1) im Detail vorgestellt und erläutert. Zusätzlich wurden dort weitere Verbesserungspotenziale in Bezug auf den Informationsstand identifiziert, die in die folgenden Handlungsoptionen einfließen.

Eine unvollständige Informationsgrundlage kann negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Entsprechend sollte das Ziel verfolgt werden die Informationslage bei den Beteiligten zu verbessern. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen. Die Maßnahmen haben zum Ziel, dass möglichst niedrigschwellig eine Erhöhung des Informationsstands erreicht wird. Die dadurch entstehende Transparenz kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.

3.1 Erarbeitung eines Glossars zur Erläuterung relevanter Begriffe

Um einen niedrigschwelligen Zugang zum Versorgungssystem zu ermöglichen, könnte ein Glossar erarbeitet werden, in dem alle relevanten Versorgungselemente dargelegt werden. Bei einem Glossar handelt es sich um eine Liste von Begriffen mit beigefügten Erklärungen und inhaltlichen Verknüpfungen (Duden, 2024). Interessierte Personen und Patienten können sich so einen Überblick über das Versorgungssystem verschaffen. Dabei sollten alle Angebote der Regelversorgung aufgeführt werden sowie Informationen über mögliche Zugangswege. Wenn eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vermutet wird oder bereits diagnostiziert ist, könnte das Glossar als erster Anhaltspunkt für eine tiefergreifende Recherche dienen, um im Rahmen des Shared-Decision-Making eine reflektierte Therapieentscheidung zu treffen (Elwyn et al., 2012). Aber auch für Angehörige von Betroffenen, kann das Glossar Hilfestellung bieten, an wen sie sich bei Bedarf wenden können.

Neben Versorgungsmöglichkeiten könnten übergeordnete Informationen, z.B. über Beratungsangebote wie den sozialpsychiatrischen Dienst oder Online-Terminsysteme, hilfreich für Patienten sein.

Das Glossar würde die Option schaffen, dass im undurchsichtigen System Transparenz geschaffen wird und Aufklärung stattfinden kann. Versorgungselemente würden bekannter und könnten bei Bedarf weiter recherchiert werden. So könnte auch eine Sensibilisierung für Bausteine geschaffen werden, die aktuell noch nicht ihren vollen Nutzen entfaltet haben.

Bedacht werden müssen Limitationen eines übergeordneten deutschlandweiten Glossars. Entsprechend können z.B. keine detaillierten Kontaktmöglichkeiten beschrieben, sondern lediglich auf die betreffenden Stellen hingewiesen werden.

Das Glossar sollte, um eine hohe Patientenorientierung aufzuweisen, von einschlägigen Patientenvertretungen erarbeitet werden. Dabei sollte die Expertise von KBV und GKV-SV einbezogen werden. Berufsverbände sollten zur Beratung hinzugezogen werden. Um auch benachteiligte Gruppen zu adressieren, wäre eine Übersetzung in Englisch und leichter Sprache sowie weiteren Sprachen wünschenswert. Zusätzlich sollte es barrierefrei zugänglich sein.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

3.2 Informationskampagne zur TSS

Eine KBV-Versichertenbefragung aus dem Jahr 2021 ergab, dass lediglich 32 % der Befragten die 116117 kannten (KBV, 2021b). Aus den Ergebnissen des EVA PT-RL Projekts lässt sich ebenfalls ableiten, dass die Bekanntheit der TSS auch bei Patienten mit psychischen Erkrankungen nach wie vor niedrig ist. Selbst bei Patienten, die bereits eine Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, kannte nur ungefähr die Hälfte die TSS. Es ist jedoch anzumerken, dass es einen Zuwachs der Bekanntheit seit ihrer Einführung gibt (statista, 2024c). Nichtsdestotrotz wird der Versorgungsnutzen der TSS noch durch ein niedriges Informationsniveau reduziert.

Während bei den Leistungserbringenden die TSS als Institution zwar durchaus bekannt ist, bestehen hier Informationsdefizite hinsichtlich der Möglichkeiten, die die TSS bietet. Exemplarisch ist hier die Chance auch kurzfristig freiwerdende Termin noch zu füllen oder die Terminbuchung stellvertretend für den Patienten zu nennen.

Da sich die Informationsbedarfe von Patienten und Leistungserbringenden voneinander unterscheiden sollten zwei Informationskampagnen erarbeitet werden. Die TSS stellt ein übergeordnetes Angebot für Patientengruppen unabhängig ihrer Erkrankung bzw. Symptome dar und schließt damit diverse Fachgruppen der Leistungserbringenden ein. Entsprechend sollten alle

Fachbereiche, deren Termine über die TSS vermittelt werden, in eine Kampagne einbezogen werden, um nicht mehrere fachgruppen- bzw. erkrankungsspezifische Kampagnen planen und umsetzen zu müssen. So würde die Entfaltung des bestehenden Potenzials der TSS sinnvoll gefördert werden.

Da die TSS über die KVen organisiert ist, könnten beide Kampagnen von der KBV in Zusammenarbeit mit den Landes-KVen organisiert werden.

Auf der einen Seite ist für die Leistungserbringenden von besonderer Relevanz, dass die Vorteile der TSS - wie der bestehenden monetären Anreize - vermittelt werden. Auch sollten die positiven Aspekte aus Perspektive der Patienten thematisiert werden (Erweiterter Bewertungsausschuss, 2022). Ebenfalls sollte auf die Option hingewiesen werden, dass kurzfristig freigewordene Termine an die TSS gemeldet werden können, wodurch eine hohe Auslastung der Kapazitäten erreicht werden kann. Dadurch, dass das Wissen über Vorteile der TSS bei den Leistungserbringenden gefestigt wird, könnte das Volumen der gemeldeten Termine insgesamt erhöht werden. Dies hätte wiederum zur Konsequenz, dass sich die Chance für einen Vermittlungserfolg erhöht, wenn Patienten Termine über die TSS suchen.

Da die Patienten von den Möglichkeiten der TSS direkt profitieren, sollte bei der Informationskampagne für Patienten vor allem die Bekanntheit der TSS erhöht werden. Bei der patientenbezogenen Informationskampagne könnte auf die bereits durchgeführte Aufklärungskampagne der KBV zum Notdienst „116117 – Die Nummer mit den Elfen“ von August 2019 bis Dezember 2021 aufgesetzt werden (Korzilius, 2019).

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

3.3 Erarbeitung von Informationsmaterial für die hausärztliche Versorgung

Im Rahmen der ptS erhalten Patienten das PTV 10. In diesem Informationsblatt „Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“ (PTV 10) erhalten sie generelle Informationen zur Psychotherapie, der Funktionsweise, den unterschiedlichen Therapieverfahren, den organisatorischen Rahmenbedingungen sowie einzelnen Versorgungsbausteinen wie der Akutbehandlung (KBV, 2020c).

Ein ähnliches Dokument könnte für die Versorgung in der hausärztlichen Versorgung konzipiert werden. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung oder bei einer bereits gesicherten

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Diagnose mit bestehendem weiterführenden Versorgungsbedarf könnte das Dokument übergeben werden, zum Beispiel im Rahmen der PSG.

Das Informationsblatt sollte dabei auf nicht mehr als zwei Seiten wichtige Informationen bündeln.

Das PTV-10 beschreibt die Grundzüge der psychotherapeutischen Versorgung. Der Schwerpunkt dabei liegt auf den Rahmenbedingungen sowie einer inhaltlichen Einführung, worum es sich bei einer Psychotherapie handelt. Die Bausteine werden skizziert sowie die verschiedenen Therapieverfahren vorgestellt. Während die Beschreibung der verschiedenen Richtlinientherapieverfahren für die hausärztliche Versorgung zu detailliert erscheint, könnten Inhalte zu den telefonischen Erreichbarkeitszeiten ergänzt werden. Es sollte beschrieben werden, dass es sich bei einer ptS nicht um eine Richtlinientherapie handelt und das Ziel der ptS erklärt werden. Die Projektergebnisse lassen vermuten, dass dieses Wissen nicht bei allen Patienten vorliegt. Zusätzlich könnte der Nutzen erhöht werden, wenn Informationen zu bestehenden Strukturen ergänzt würden. Vor allem Informationen zum Übergang in die ambulante psychotherapeutische Versorgung und Unterstützungsangebote in diesem Kontext, wären in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Relevanz. Auch sollten Möglichkeiten beschrieben werden, um mit den verschiedenen Versorgungsangeboten in Kontakt zu treten. Hier sind vor allem die TSS und die KV-Websites von Relevanz.

Um tendenziell benachteiligte Gruppen bestmöglich zu erreichen, sollte das Dokument barrierefrei umgesetzt werden. So können Menschen mit Beeinträchtigungen des Sehvermögens berücksichtigt werden (Bundesfachstelle Barrierefreiheit, 2024). Damit die Inklusion von Menschen mit Intelligenzminderung ermöglicht wird, sollte das Formular auch in leichter Sprache verfügbar sein. Zusätzlich würde das neue Informationsblatt für die hausärztliche Versorgung Mehrwert bringen, wenn es in anderen Sprachen als Deutsch zur Verfügung stehen würde. Die Übersetzungen und Anpassungen sind mit einmaligem Aufwand verbunden, allerdings könnten so tendenziell benachteiligte Gruppen auch profitieren.

Als Adressat werden hier die Bundesmantelvertragspartner benannt, die ihrerseits mit den entsprechenden Berufsverbänden und als Patientenvertretung z.B. der Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit zusammenarbeiten könnten.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

3.4 Bündelung von Informationen zu regionalen Versorgungsangeboten

Ungefähr die Hälfte der PT für die Versorgung Erwachsener gab an, dass sie Patienten, die im Anschluss an eine ptS für eine Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie weitervermittelt werden müssen, unterstützen, indem Sie eine Liste mit PT ausgeben. Daraus lässt sich ableiten, dass punktuell Listen mit regionalen Angeboten bereits existieren, zumindest solche in denen nahe PT aufgeführt sind. Ob diese Listen von hoher Qualität oder vollständig sind, lässt sich allerdings nicht beurteilen. Ebenfalls lässt sich nicht einschätzen, ob auch Angebote außerhalb der GKV integriert sind.

Um Patienten bei der Suche nach dem optimalen Versorgungselement zu unterstützen, könnten qualitätsgesicherte Listen auf kommunaler Ebene erstellt und regelmäßig geupdated werden. Diese könnten dann allen relevanten Stakeholdern zur Verfügung gestellt werden (z.B. über die in Kapitel 3.5). Da es sich um eine Dienstleistung der öffentlichen Gesundheitsversorgung handelt und diese auf regionaler Ebene umgesetzt werden müsste, erscheint eine Erarbeitung durch die Gesundheitsämter sinnvoll (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2024).

Bei der Ausgestaltung sollte berücksichtigt werden, dass möglichst alle Versorgungsangebote dargelegt werden. Informationen zu den folgenden drei Bereichen wären dabei besonders wichtig: Beratungsangebote, Angebote innerhalb der GKV-Regelversorgung und Angebote außerhalb der GKV-Regelversorgung. Die Listen sollten Kommunikationswege und deren Modalitäten beinhalten, z.B. durch aktuelle Erreichbarkeitszeiten und gültige E-Mail-Adressen.

Die Erarbeitung solcher Listen auf regionaler – z.B. kommunaler - Ebene hat verschiedene Vorteile. Individuelle Lösungen einzelner Leistungserbringer sind mit hohem personellem Aufwand verbunden, da die Listen regelmäßig überprüft und gepflegt werden müssen. Der Aufwand könnte durch eine übergeordnete Liste reduziert werden. Gleichzeitig kann bei der Erstellung auf zum Teil schon bestehende Daten zurückgegriffen werden (z.B. Psychotherapeuten-suche / Arztsuche der KVen). Bei Angeboten außerhalb der GKV könnte das Maß der Vollständigkeit dadurch erhöht werden, dass sich Anbieter selbst beim Betreiber der Liste melden können.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

3.5 Erarbeitung einer Website mit gebündelten Informationen

Der wohl niedrigschwelligste Weg, um sich mit den möglichen Versorgungsoptionen im Bereich psychischer Erkrankungen zu beschäftigen, ist das Internet. Über 90% der über 14-Jährigen in Deutschland besitzt ein Smartphone (statista, 2024d). Das Internet ist allgegenwärtig und hat einen festen Platz in unserer Gesellschaft eingenommen. Auch im Bereich der mentalen Gesundheit bietet das Internet eine Vielzahl an Informationen und Möglichkeiten. Das Angebot ist sehr umfangreich. Vor allem Menschen mit sozialen Ängsten können von im Internet verfügbaren Informationsangeboten profitieren und passende therapeutische Möglichkeiten und Selbsthilfegruppen finden. Allerdings kann es, wie oben bereits beschrieben, zur Schwierigkeit werden die passenden Informationen zu finden. Vor allem für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann dies problematisch sein, da Symptome wie Antriebslosigkeit bei der Suche hinderlich sind. Es besteht eine Vielzahl an seriösen Informationsangeboten. Auf Bundesebene existiert beispielsweise gesund.bund.de - eine Website, die vom Bundesministerium für Gesundheit betrieben wird. Ziel dieser Website ist es zuverlässige und verständliche Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen zu vermitteln (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2024). Die Ausrichtung der Website ist generalistisch. Dies hat zur Konsequenz, dass die mentale Gesundheit nur einen Teilaspekt ausmacht. Aspekte, die mit der Thematik verbunden sind, lassen sich an unterschiedlichen Stellen finden, was die Orientierung erschweren kann.

Eine Option, um Patienten einen einfachen Zugang zu relevanten Informationen zu ermöglichen, ist die Erarbeitung einer gepoolten Website, die ausschließlich den Themenbereich der mentalen Gesundheit und der Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen thematisiert.

Eine solche Website hätte verschiedene Vorteile. Einer davon ist, dass genauer auf die Versorgung psychischer Erkrankungen abgezielt werden kann, da sich die Bedürfnisse dieser Patienten von denen von Menschen mit somatischen Erkrankungen unterscheiden. Dementsprechend sind andere Informationen und deren Aufbereitung notwendig. Eine Erarbeitung durch das BMG könnte zweckmäßig sein. Hier könnte das Referat 524 „Nationales Gesundheitsportal“, welches ebenfalls für die Website gesund.bund.de zuständig ist, die passende Stelle sein. Die Website sollte Symptome und Symptommuster beinhalten und diese mit möglichen Erkrankungen verknüpfen. Dies könnte dazu führen, dass sich Patienten leichter Hilfe suchen und

ihre Beschwerden durch persönliche Beratung besser einordnen können. Relevante Informationen zum Versorgungssystem können grundsätzlich in zwei Bereiche untergliedert werden, wobei beide Aspekte in die Website implementiert werden sollten.

Auf der einen Seite werden Informationen zu den bestehenden Versorgungsangeboten benötigt, damit das für die individuelle Situation relevante Angebot identifiziert werden kann. Hier könnte das beschriebene Glossar mit allen zur Verfügung stehenden Versorgungsoptionen implementiert werden, damit sich potenzielle Patienten einen Überblick über die Versorgungslandschaft verschaffen können. Auch die unterschiedlichen Versorgungsbausteine der PT-RL und (teil-)stationäre Angebote sollten aufgeführt werden.

Auf der anderen Seite sollten Beratungs- und Kommunikationswege in die Website integriert werden. Eine möglichst umfangreiche Darlegung aller möglichen Anlaufstellen an einem Ort hätte den Vorteil, dass Rechercheaufgaben für Betroffene wegfallen würden. Durch die gepoolte Website könnte auf alle relevanten Stellen verwiesen werden. Eine Verlinkung oder Integration bereits bestehender Angebote wäre von großer Wichtigkeit, da sonst Parallelstrukturen aufgebaut werden würden. Wichtig wäre u.a. eine Verlinkung der TSS mit eTerminservice. Auch auf die Praxissuchen der KVen oder das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis sollte verwiesen werden. Des Weiteren könnten Angebote, die außerhalb der GKV-Regelversorgung liegen, aufgeführt werden. So könnte eine Verknüpfung mit der NAKOS-Datenbank Patienten auf die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen hinweisen. Viele weitere Angebote, die nicht Teil der GKV-Versorgung sind, werden allerdings durch eine starke regionale Prägung definiert. Nur wenn qualitätsgesicherte Informationen auf regionaler Ebene (s.o.) erarbeitet werden würden, wäre eine Kopplung sinnvoll. Dem Nutzen steht der Aufwand für die Erarbeitung und Instandhaltung gegenüber. Es wird erwartet, dass der Nutzen den Aufwand übersteigt. Wie hoch der Erfüllungsaufwand wirklich ist, müsste von entsprechenden Stellen kalkuliert werden.

Auf die Website könnte an verschiedenen Stellen verwiesen werden. So könnte sie in das neu zu entwickelnde Informationsblatt für die hausärztliche Versorgung (4.3 Erarbeitung von Informationsmaterial für die hausärztliche Versorgung) implementiert oder auf sie im Rahmen der PSG aufmerksam gemacht werden. Auch während eines Erstgesprächs in der psychotherapeutischen Versorgung oder während eines stationären Aufenthalts könnte auf das Angebot hingewiesen werden.

Eine gepoolte Website kann ihren potenziellen Nutzen nur entfalten, wenn möglichst viele Menschen die Informationen abrufen können. Eine Barrierefreiheit sollte angestrebt werden. Damit die Inklusion von Menschen mit Intelligenzminderung ermöglicht wird, sollte die Website auch in leichter Sprache verfügbar sein. Zusätzlich würde es einen Mehrwert bringen, wenn andere Sprachen als Deutsch zur Verfügung stehen würden. Die Übersetzungen und Anpassungen sind mit einmaligem Aufwand verbunden, allerdings könnten so tendenziell benachteiligte Gruppen profitieren.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

3.6 Sozialpsychiatrischer Dienst

Allgemein:

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind eine Anlaufstelle für Menschen mit psychischen und altersbedingten psychiatrischen Erkrankungen sowie für ihre Angehörigen und bieten diesen eine Unterstützung. Das übergeordnete Ziel der Sozialpsychiatrischer Dienste besteht in der Beratung, Begleitung und Vermittlung von Hilfsangeboten. Weitergehend übernehmen die Sozialpsychiatrischen Dienste Aufgaben, wie Notfallhilfen, Vor- und Nachsorge (nach einem stationären Aufenthalt) und die Vernetzung und Steuerung der Hilfsangebote (betanet, 2021). In besonderen Fällen sind auch Hausbesuche möglich, wenn die betroffene Person einverstanden ist.

Organisation:

Die Vielzahl an Aufgaben bedingt es, dass ein multiprofessionelles Team in den Sozialpsychiatrischen Diensten zusammenarbeitet. Dieses Team kann von Sozialpädagogen, Psychologen und Psychiatern bis hin zu Pflegekräften und Ergotherapeuten reichen. Die genaue Ausgestaltung der Sozialpsychiatrischen Dienste ist den Bundesländern überlassen, was zu der Entwicklung von diversen Systemen in den unterschiedlichen Regionen geführt hat. Neben der Personalausstattung unterscheiden sich die Sozialpsychiatrischen Dienste auch in ihrer Trägerschaft (öffentlicher/kommunaler, staatlicher und freier Träger) sowie ihrer Spezialisierung hinsichtlich der Sozialarbeit (Deutscher Bundestag, 1990). Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind Teil

des öffentlichen Gesundheitsdienstes und infolgedessen in vielen Fällen den Gesundheitsämtern angegliedert, wobei die Angebote und deren Zuständigkeit stark regional variieren.

Möglichkeiten der Unterstützung:

Die Aufgabendefinition lässt sich von den Gesetzen über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG) ableiten. Zu den Kernaufgaben gehört die niederschwellige Beratung und Begleitung. Die Beratung kann telefonisch oder persönlich stattfinden und beinhaltet verschiedene Schritte. Neben der Informationsaufnahme und Indikationsstellung für eine Beratung, erfolgt die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Erstkontakts sowie der Folgekontakte mit den (wenn erforderlich) begleitenden Aktivitäten (Teichert & Tinnemann, 2020). Daraufhin folgt die Begleitung des Betroffenen. Diese wird so lange durchgeführt, bis eine dafür zuständige und geeignete Stelle die Betreuung übernimmt oder kein Hilfebedarf mehr besteht. Die Beratung und Begleitung sollen in enger Zusammenarbeit mit den in der Region bestehenden Angeboten durchgeführt werden. Durch die niederschwellige Beratung und Begleitung, kann Betroffenen frühzeitig geholfen werden, die Folgen einer unbehandelten psychischen Erkrankung zu verhindern. Weitergehend ist es möglich, durch die Intervention der Sozialpädiatrischen Dienste, einen vollstationären Aufenthalt zu verhindern. Sozialpädiatrische Dienste unterstützen Patienten auch bei der Überleitung von einer stationären Versorgung in eine ambulante Anschlussversorgung. Im Folgenden ist dargestellt, welche Schritte in der Beratung durchlaufen werden können.

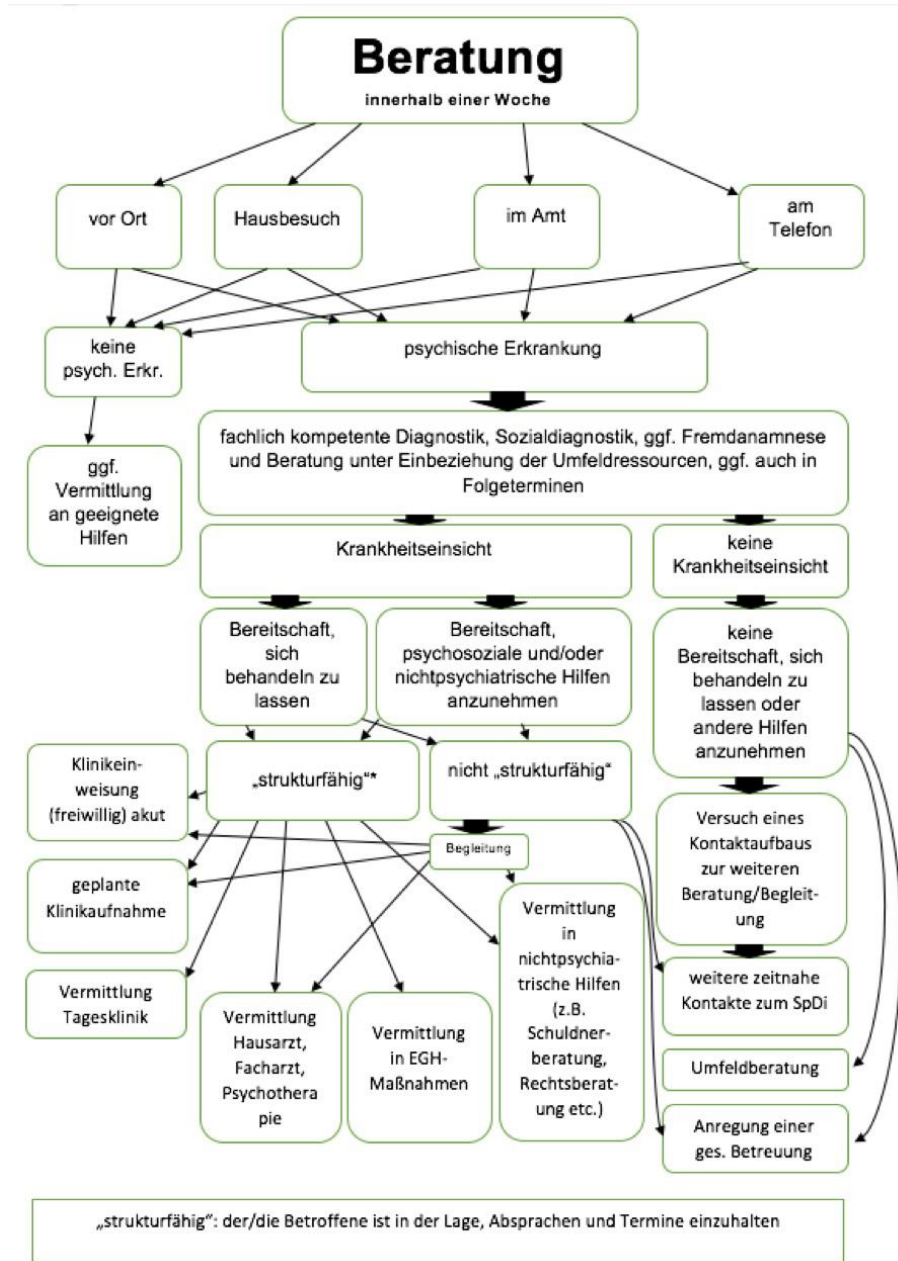


Abbildung 12: Empfehlungen sozialpsychiatrischer Dienst

(Teichert & Tinnemann, 2020).

Die Krisenintervention und Notfallhilfe stellt eine weitere Aufgabe der Sozialpädiatrischen Dienste dar, für welche eine qualifizierte Notfallbereitschaft notwendig ist. Die Anforderungen an diese Notfallhilfe sind in Form von allgemeinen Standards festgelegt (Albers et al., 2018). Bedingt durch die Durchführung der besagten Kriseninterventionen sind die Sozialpsychiatrisch Dienste auch für die Planung und Koordination von Hilfen sowie die Mitwirkung bei der Unterbringung von Betroffenen zuständig.

Die Planung und Koordination von Hilfen kann institutionszentriert oder personenzentriert stattfinden, abhängig von dem jeweiligen Bedarf. Um eine wohnortsnahe und bedarfsge-rechte Versorgung gewährleisten zu können, ist es von besonderer Bedeutung, dass die Sozialpädiatrischen Dienste mit diversen Leistungserbringern, den Kostenträgern und anderen kommunalen sozialen Diensten vernetzt sind. Aus diesem Grund haben die Sozialpädiatrischen Dienste die Aufgabe, im Auftrag der Kommune für eine regionale Planung der Angebotsentwicklung und eine Vernetzung der verschiedenen Akteure zu sorgen (Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste, 2012). Im Vordergrund stehen dabei die gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen sowie die Interessenvertretungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen (Teichert & Tinnemann, 2020). Zur optimalen Vernetzung soll ein jährlich aktualisiertes Verzeichnis der Hilfsangebote im regionalen Netzwerk zur Verfügung gestellt werden, was eine Einbindung aller relevanten externen und internen Systempartner ermöglicht. Die Netzwerkarbeit soll zudem durch eine kontinuierliche Arbeit in den Verbundgremien z.B. durch themenbezogene Veranstaltungen und Fachtagungen geprägt sein. Neben der Vernetzung stellt die Steuerung der Behandlungen eine Kernaufgabe der Sozialpädiatrischer Dienst dar. „Ziel ist die regionale Planung der Angebotsentwicklung und die Optimierung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung fachlicher und finanzieller Gesichtspunkte“ (Teichert & Tinnemann, 2020). Zu diesem Zweck sollen die Sozialpädiatrische Dienste dysfunktionale Schnittstellen im Versorgungssystem vermeiden bzw. überbrücken, Anzeichen von Unter- und Fehlversorgung erkennen und mit den anderen Akteuren des Verbundes Gegenmaßnahmen entwickeln (Teichert & Tinnemann, 2020).

3.6.1 Untersuchung der Versorgungssituation

Die sozialpsychiatrischen Dienste sind ein niedrighschwelliges Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen. Da sie zumeist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind, obliegen sie fast immer dem Verantwortungsbereich der Kreise und kreisfreien Städte. Die Interpretation der Aufgaben ist heterogen. Diese Individualität erschwert die Formulierung von Handlungsoptionen und -empfehlungen. Um die Ableitung von passgenauen Handlungsoptionen in diesem Bereich zu ermöglichen, bedarf es einer vollumfänglichen Abbildung des Status Quo. Die unterschiedlichen Angebote müssten nach einheitlichen

Maßstäben evaluiert werden. Zwar existieren bereits Untersuchungen, die einzelne Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes untersuchen, allerdings sind diese zum Teil veraltet und/oder von niedriger wissenschaftlicher Qualität. Das abrufbare Informationsniveau ist als lückenhaft zu bewerten, wodurch sich ein bestehender Bedarf an Forschung ableiten lässt (Obert, 2001).

Eine Einteilung der potenziellen Untersuchung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität könnte dienlich sein, um die unterschiedlichen Angebote miteinander vergleichbar zu machen. Durch die Vergleichbarkeit wäre es möglich, dass Best-Practice-Strukturen erkenntlich zu machen. Diese könnten als Vorbild dienen, damit andere Angebote angepasst und verbessert werden können.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

3.6.2 Unterstützung bei der Überleitung des Patienten in notwendige Versorgungsstrukturen

Die Kernaufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes umfassen: Beratung/Begleitung, Kriseninterventionen, Planung/Koordination von Hilfen im Einzelfall und Koordination und Steuerung. Durch die individuellen Hilfebedarf der Patienten ergeben sich auch unterschiedliche Wege in der Unterstützung, die zweckmäßig sind. Grundsätzlich lässt sich der Hilfebedarf in zwei Bereiche eingliedern, in denen die sozialpsychiatrischen Dienste den Versorgungsprozess unterstützen können.

Zum einen gibt es Menschen, die Leistungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung benötigen. In diesem Bereich erscheint das Potenzial des sozialpsychiatrischen Dienstes durch seine begrenzten Kapazitäten auf Patienten mit schweren Indikationen oder anderem besonderem Hilfebedarf (z.B. hervorgerufen durch eine geistige Behinderung) begrenzt zu sein. In den „Fachlichen Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste“ wird ein Personalbedarf von 0,5 – 1,0 Vollzeitäquivalenten pro 100.000 Einwohner bei den sozialpsychiatrischen Diensten geschätzt. Eine regelmäßige Kooperation zwischen PT und dem sozialpsychiatrischen Dienst könnte allerdings dazu führen, dass bei einem gewissen Patientenkollektiv mit hohem Hilfebedarf Versorgungsprobleme, insbesondere im Bereich der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, reduziert

werden. Um die die Regelmäßigkeit solcher Kooperationen zu erhöhen, erscheint die Förderung von (regionalen) Netzwerken zweckmäßig. Eine weiterführende Erläuterung erfolgt dementsprechend in Kapitel 4.

Bei Patienten, bei denen zwar eine Intervention sinnvoll ist, diese aber nicht in der Regelversorgung lokalisiert sein sollte, könnte eine verstärkte Einbindung der sozialpsychiatrischen Dienste bei der Vermittlung in Angebote außerhalb der Regelversorgung erfolgen. Vor allem einige der benachteiligten Gruppen könnten davon profitieren. Laut den oben benannten fachlichen Empfehlungen soll ein jährlich aktualisiertes Verzeichnis der Hilfsangebote im regionalen Netzwerk zur Verfügung stehen. Wenn dem PT selbst keine Kapazitäten zur Verfügung stehen, um Patienten in passende Angebote zu lotsen oder ihm das notwendige Wissen fehlt, könnte er auf den sozialpsychiatrischen Dienst verweisen. Durch das vorhandene Netzwerk kann so eine Vermittlung in das passende Angebot erfolgen. Da die Kapazitäten der sozialpsychiatrischen Dienste niedrig sind, sollte dieser Weg nicht pauschal genutzt, sondern verstärkt bei Personen eingesetzt werden, die einer benachteiligten Gruppe zugehörig sind.

Mit den Gesundheitskiosken und den sozialpsychiatrischen Diensten bestehen theoretisch zwei verschiedene Institutionen, die die Patienten bei der Überleitung zwischen Versorgungsbausteinen unterstützen können. Aufgrund der aktuell nur punktuell existierenden Gesundheitskioske wären die sozialpsychiatrischen Dienste zum jetzigen Zeitpunkt als Lotse zu präferieren. Sie haben deutschlandweit etablierte (wenn auch unevaluierte) Strukturen.

Zukünftig sollte darauf geachtet werden, dass nicht so viele Strukturen parallel existieren und das System damit für die Patienten aber auch die Leistungserbringenden weiter verkomplizieren.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

4 Kommunikation zwischen LE

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine starke Fragmentierung geprägt. So existiert ein stationärer Sektor, der anderen Paradigmen unterliegt als die ambulante Versorgung, die selber ebenfalls noch weiter untergliedert ist. Zusätzlich existiert noch ein breit gefächertes Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb der GKV-Regelversorgung.

Die Ergebnisse im EVA PT-RL Projekt, aber auch andere Forschung in diesem Themenfeld, deuten jedoch auf bestehende Defizite in Bereich der Kommunikation hin (Gaebel et al., 2013).

In der EVA-PT-RL Routinedatenanalyse hatten 2016 13,2% der Erwachsenen, deren Depressions-Diagnose bei einem Hausarzt gestellt wurde, einen Erstkontakt. Nach der Reform 2018 konnte dieser Anteil auf 17,5% angehoben werden. Welche Gründe diesem Anteil an Erstkontakten zugrunde liegen wurde in Kapitel 1 erläutert. Ein möglicher Grund kann in Herausforderungen bei der Überleitung der Patienten aus der hausärztlichen in die psychotherapeutische Versorgung liegen.

Im Rahmen des EVA-PT-RL Projektes wurden die Hausärzte hinsichtlich der Kommunikation zu PT befragt. Betrachtet man die Ergebnisse fällt auf, dass unabhängig vom Anlass und davon, ob sich der Patient in psychotherapeutischer Behandlung befindet oder nicht, überwiegend keine Kommunikation stattfindet. Mehr als 80% der Hausärzte gaben bei jedem der sieben abgefragten Anlässe an, dass ein Austausch nie oder selten stattfindet. Ein vergleichbares Antwortverhalten zeigte sich bei der Befragung der Kinder- und Jugendmediziner. Als Kommunikationsmittel überwiegt der telefonische Kontakt und / oder der zur Verfügung gestellte Arztbrief.

Um abschätzen zu können, wie die Hausärzte die aktuelle Kommunikation empfinden, wurden sie nach ihrer Zufriedenheit mit dieser befragt. Hier gaben nur 11,4 bzw. 16,2% der Hausärzte (21,6 bzw. 21,8% Kinder- und Jugendärzte) an, zufrieden mit der Kommunikation während und nach der Weiterleitung zu sein. Die Zufriedenheit mit der patientenbezogenen Beratung durch den PT bei z.B. Verdacht auf eine psychische Erkrankung lag höher bei 30,4% (38,8% der Kinder- und Jugendärzte). Entsprechend wurde auch die Aussage „Der direkte fallbezogene Austausch zu behandelnden Psychotherapeut*innen funktioniert gut.“ von lediglich 11,9% (6,8% der Kinder- und Jugendärzte) als zutreffend bewertet.

Der Aussage, dass die Reform dazu beigetragen hat, dass sich die Kooperation und Kommunikation zwischen hausärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern verbessert habe, stimmten nur 5,2% der Hausärzte (8,5% der Kinder- und Jugendmediziner) zu.

Es bestehen unterschiedliche Optionen die Allokation von Versorgungsleistung zu optimieren. Einige dieser Möglichkeiten wurden an anderer Stelle bereits ausführlich beschrieben, sodass an dieser Stelle ausschließlich auf das Potenzial von verbesserter Kommunikation eingegangen wird.

Auf der einen Seite kann Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern bei bestehender Vernetzung dazu beitragen, dass Patienten leichter zwischen den Versorgungsbausteinen wechseln können (Hausarzt – PT, PT – PT, Hausarzt/PT – stationäre Versorgung). Eine Intensivierung der Kooperation verschiedener Leistungserbringer könnte dazu führen, dass der Zugang zur notwendigen Versorgungsleistung erleichtert wird. Wenn Leistungserbringer in einer geografischen Nähe im regelmäßigen Austausch miteinander stehen, können die etablierten Pfade die optimale Allokation von Patienten unterstützen. Da Kontakte bei einer notwendigen Weiterleitung nicht neu hergestellt werden müssen, sind sie auch mit einem niedrigeren Aufwand verbunden. Somit würde wiederum begünstigt werden, dass Weiterleitungen häufiger stattfinden. Außerdem könnte durch die regelmäßige Abstimmung auch gefördert werden, dass zum richtigen Adressaten gelotst werden kann, da bestehende Spezialisierungen und Präferenzen bekannt sind und kommuniziert werden.

Auf der anderen Seite erhöht Kommunikation z.B. in Form eines fallbezogenen Informationsaustauschs die Versorgungsqualität.

Die folgenden Maßnahmen haben zum Ziel die Vernetzung zwischen Leistungserbringern zu intensivieren.

4.1 Weiterführende Forschung zur Kommunikation zwischen Leistungserbringern

Grundsätzlich scheint eine verstärkte Vernetzung und ein intensiverer Austausch von Leistungserbringern sinnvoll zu sein, da so die Versorgungsqualität erhöht werden kann. Die Einschätzungen der Hausärzte zur Kommunikation und zum fallbezogenen Austausch wurden oben beschrieben und weisen von deren Perspektive aus Verbesserungspotenzial auf.

Die Gründe wodurch der aktuelle Status Quo zu erklären ist, sind mannigfaltig. Von Relevanz könnten fehlende wirtschaftliche Anreize zu verstärkter Kommunikation und eine hohe berufliche Belastung der relevanten Leistungserbringer sein. Allerdings besteht weiterführender Forschungsbedarf dahingehend, welche weiteren Gründe dem flächendeckenden Zusammenschluss von Leistungserbringern entgegenstehen. Die Basis dafür wäre eine Darstellung des aktuellen Status Quos. In diesem Zusammenhang sollte untersucht werden, welche Kommunikation- und Austauschbedarfe bei den PT, Hausärzten und stationären Versorgern gesehen werden, wo Differenzen (zwischen den Gruppen und zum Status Quo) bestehen und wie darauf aufbauend diese Prozesse optimiert werden können.

Mögliche Ansatzpunkte für eine intensivere Kommunikation können die in Kapitel 4 beschriebenen interdisziplinären Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen sein. Daneben können fachübergreifende Netzwerke als ein Mittel zur Verbesserung der Kommunikation dienen. Hierzu existiert bereits eine Vielzahl an anerkannten Praxisnetzen. Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung werden Netzwerke insbesondere im Bereich der KSV-Psych Richtlinie gefördert. Da diese noch im Etablierungsprozess sind, sollte zunächst deren Evaluation abgewartet werden, bevor weitere Empfehlungen in diesem Bereich erfolgen.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

4.2 Förderung von Qualitätszirkeln

Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit, dass sich Leistungserbringer fachlich austauschen, das eigene Handeln reflektieren und dadurch neues Wissen generieren (KBV, 2020d). Diese finden auf freiwilliger Basis und zu Themen statt, die selbst von den Leistungserbringern gewählt werden können. Die Zirkel bestehen dabei meist aus einem festen Kreis an Mitwirkenden. Die Frequenz, in der sich Qualitätszirkel zusammenfinden, ist individuell. Eine mindestens quartalsweise Frequenz wird von den KVen vorgegeben. Genauere Modalitäten können auf der Website der KBV nachgelesen werden und werden in den Qualitätszirkel-Leitlinien/Richtlinien der KVen konkretisiert (KBV, 2024d). Neben der beruflichen Fortbildung, für welche die Teilnehmenden Fortbildungspunkte erhalten (s.o.), hat der Austausch ebenfalls zur Konsequenz, dass sich Kontakte und Netzwerke bilden können (Breidenbach, 2019). Im Rahmen eines Qualitätszirkels werden Behandlungsfälle oder Probleme des Praxisalltags thematisiert. Die eigene

ärztliche Tätigkeit wird beleuchtet und kritisch hinterfragt. Im Jahr 2022 nahmen insgesamt 185.298 Ärzt*innen und PT*innen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon partizipierten rund 60.000 an Qualitätszirkeln (KBV, 2024e). Allerdings sind die Zahlen rückläufig. Im Jahr 2018 waren es noch über 67.000 Teilnehmende (KBV, 2019). Die Gründe dafür sind vielfältig und sollten an anderer Stelle genauer untersucht werden. Ein relevanter Grund kann in der COVID-19-Pandemie liegen.

Es ist möglich, dass unterschiedliche Fachdisziplinen an einem Qualitätszirkel mitwirken. Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit die (fachübergreifende und/oder fallbezogene) Kommunikation und den Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern zu verbessern. Außerdem können sie die Versorgungsorientierung fördern. Es bestand und besteht also Potenzial für eine flächendeckendere Implementierung.

Jeder von den KVen anerkannte Qualitätszirkel wird von einem Moderator geleitet, welcher ebenfalls die Organisation übernimmt. Um Moderator zu werden, muss eine ein- bis andertägige Ausbildung absolviert werden. Da der Hauptteil des Aufwands zur Umsetzung der Qualitätszirkel bei den Moderatoren der Gruppen liegt, erscheinen Maßnahmen, welche die Attraktivität dieser Rolle fördern, besonders sinnvoll zu sein, um mehr Qualitätszirkel zu etablieren. Die Musterfortbildungsordnung Psychotherapie sieht aktuell einen zusätzlichen Fortbildungspunkt für die Übernahme der Moderation vor, um einen Anreiz zu setzen diese Rolle zu übernehmen. Zusätzlich bieten KVen monetäre Aufwandsentschädigungen. Jede KV regelt die Förderung selbst. So erhalten Moderatoren in Niedersachsen 100 € (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen [KVN], 2023), während in Berlin 150 € pro Sitzung bezahlt werden (KVN, 2023).

Die überwiegende Anzahl an Qualitätszirkeln ist fachgebietsspezifisch. Berufsgruppen-, fachgebiets- oder sektorübergreifende Zirkel sind selten (Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz [KV RLP], 2022). Gerade die interdisziplinären Qualitätszirkel wären jedoch zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Fachdisziplinen sinnvoll und sollten explizit gefördert werden. Dies könnte z.B. dadurch erreicht werden, dass die KVen die Qualitätszirkel zunächst selbst organisieren, sodass zu Beginn kein Moderator notwendig ist. Ein Mitglied des Zirkels könnte später den fachgebietsübergreifenden Qualitätszirkel übernehmen und ihn so verstetigen.

Möglich wäre auch ein Abbau von Qualitätszirkel-Richtlinie/Leitlinie gegebenen (bürokratischen) Hürden. Insbesondere die notwendige Ausbildung könnte hemmend auf die Gründung von Qualitätszirkeln wirken. Einige KVen (z.B. Baden-Württemberg) bieten PT mit abgeschlossener Zusatzqualifikation Gruppentherapie die Möglichkeit auch ohne die Ausbildung einen Qualitätszirkel gründen zu können (KVBW, 2023). Vergleichbare Regelungen sollten deutschlandweit umgesetzt werden.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

4.3 Etablieren von Fallkonferenzen

Die zuvor vorgestellte Option (Handlungsoption 4.2 Förderung von Qualitätszirkel) fördert den fachgruppenübergreifenden Austausch. In diesem Rahmen kann auch über ausgewählte (schwierige) Fälle diskutiert werden. Aufgrund der geringen Frequenz, der Größe der Gruppe und der Ausrichtung auf die vertragsärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgung ist der Qualitätszirkel jedoch kein geeignetes Setting für den fallbezogenen Austausch. Um diesen zu fördern, könnte die Durchführung von Fallkonferenzen unterstützt werden. In diesem Rahmen würde eine patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen stattfinden. Ähnliche Leistungen sind bereits im EBM für andere Krankheitsbilder angelegt (z.B. 37320 (KBV, 2024f), 37720 (KBV, 2024g), 37120 (KBV, 2024h)), so dass eine Überführung in die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit vergleichsweise wenig Aufwand möglich wäre. Wichtig wären jedoch die genauen Voraussetzungen, nach welchen die EBM-Ziffer abgerechnet werden darf, zu definieren. Bei den bereits bestehenden Ziffern für Fallkonferenzen sind diese auf ausgewählte Versorgungsbereiche beschränkt (z.B. 37320 auf die palliativ-medizinische Versorgung und 37120 auf die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen).

Adressaten der Handlungsoption sind die Bundesmantelvertragspartner.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

5 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die ambulante spezialisierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt über Vertragspsychotherapeuten oder ausgewählte Vertragsärzte (z.B. mit Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie).

Sie benötigen zur Ausübung ihrer heilkundlichen Tätigkeiten eine Approbation (§ 95a, Abs. 1, SGB V). Die Erteilung dieser wird durch entsprechende Approbationsordnungen geregelt. Eine Approbation als Arzt wird durch den bestandenen dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung am Ende eines Medizinstudiums erlangt (Approbationsordnung für Ärzte [ÄAppro], 2023). Die Regelungen zur Erteilung der Approbation als EPT bzw. KJPT ist in § 2 PsychThG geregelt (Psychotherapeutengesetz [PsychThG], 2020). Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung 2019 sind Änderungen in diesem Paragraphen einhergegangen (Bundesministerium der Justiz [BMJ], 2019). Nach der Approbation absolvieren Ärzte eine Facharzt-Weiterbildung in einem Gebiet ihrer Wahl, wie z.B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, welche die Weiterbildung in mindestens einem Psychotherapieverfahren laut PT-RL enthält. Die PT erlernen nach der Approbation in der Weiterbildung ebenfalls ein spezifisches Psychotherapieverfahren, welches laut PT-RL für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist.

Neben der Aus- und Weiterbildung der Leistungserbringer ist für Vertragsärzte und -PT der Bereich der Fortbildungen verpflichtend, deren regelmäßiges Absolvieren von den KVen kontrolliert wird.

Im Folgenden werden die Potenziale zur Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung aufgegriffen und in konkrete Handlungsoptionen überführt.

Neben ärztlichen und psychologischen PT kann auch nicht-heilkundlich tätiges Personal in den Praxen tätig sein.

Wie oben beschrieben, haben aktuell nur ca. 1/3 der Praxen entsprechendes Personal angestellt, was neben anderen Faktoren, dadurch begründet werden kann, dass MFA nicht die notwendigen und passenden Qualifikationen mitbringen, um den Anforderungen der psychotherapeutischen Versorgung zu begegnen. Wie dieser Herausforderung in der MFA Aus- und Fortbildung begegnet werden kann, wird ebenfalls in diesem Kapitel thematisiert.

5.1 Psychotherapeuten

5.1.1 Evaluation der neuen Weiterbildungen

Die ersten Studierenden haben die neuen Bachelor- bzw. Masterstudiengänge bereits absolviert. Es ist eine Evaluierung der Studiengänge in §7 der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgesehen (Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten [PsychThApprO], 2023). Für die Aufgaben ist die nach Landesrecht für Gesundheit zuständige Stelle des Landes verantwortlich, in dem die jeweilige Hochschule ihren Sitz hat. Es handelt sich also um eine Evaluation auf Landesebene.

Zum aktuellen Zeitpunkt hat nahezu kein PT nach seinem Studium die Weiterbildung begonnen. Dadurch ist die Empfehlung von Handlungsoptionen in diesem Bereich zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich (BPtK, 2023). Eine Bewertung dahingehend, ob die PT adäquat auf versorgungsrelevante Aspekte, wie Versorgungselemente nach PT-RL, vorbereitet werden, um ihre vom Gesetzgeber zugeschriebene Rolle erfüllen zu können, kann entsprechend aktuell nicht vorgenommen, sollte aber zukünftig angestoßen werden. Anders als bei den Ausbildungen ist bei den Weiterbildungen bisher keine Evaluation vorgesehen. Diese sollte jedoch zu gegebener Zeit geplant werden.

Ein denkbarer Evaluationsinhalt wäre der folgende:

In der Musterweiterbildungsordnung der BPtK sind unter Handlungskompetenzen die neuen Versorgungsbausteine und die Koordinierung von Komplexleistungen (ptS, Akutbehandlung, Koordinierung von Komplexleistungen und die weiteren vertragspsychotherapeutischen Leistungen) aufgeführt und dementsprechend Teil der Weiterbildungsordnungen der zuständigen Landespsychotherapeutenkammern (Psychotherapeutenkammer NRW, 2022b). Inwiefern die Lehre im Bereich dieser Handlungskompetenz ausreicht oder ob eine Anpassung notwendig ist, scheint relevant, um die Auswirkungen der Reform überprüfen zu können. Hierbei kann untersucht werden, inwiefern die zu erfüllende Rolle vermittelt wird.

Diese Handlungsoption wird von Teilen des Eva Pt-RL Konsortiums empfohlen.

5.1.2 Fortbildung „Versorgungslehre“

Das SGB V verpflichtet alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und PT zu einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Innerhalb von einem zyklischen fünf

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Jahreszeitraum müssen mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Laut (Muster-)Fortbildungsordnung entspricht 1 Punkt einer 45-minütigen Fortbildungseinheit. Zuständige Institutionen sind die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern für die psychologischen PT und die Landesärztekammern für die ärztlichen PT. In der Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer werden Fortbildungsziele (§1) und -inhalte (§2). Fortbildungen dienen gemäß §1 Musterfortbildungsordnung für Psychotherapeuten der Erhaltung, Aktualisierung und Entwicklung der fachlichen Kompetenz durch berufsbegleitende Aneignung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Entwicklung. § 2 definiert als relevante Fortbildungsinhalte: Theorie und Praxis der Psychotherapie, einschließlich der Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung, Prävention und Rehabilitation, sowie der Fachgebiete der angrenzenden wissenschaftlichen Disziplinen. Die Fortbildungsangebote haben also nicht nur wissenschaftsbezogene Ausrichtungen, auch organisatorische Aspekte werden thematisiert (z.B. Fortbildung: „Praxisabgabe - Schritt für Schritt“). In Anlage 1 der Muster-Fortbildungsordnung werden Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung definiert.

Die Muster-Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer sieht für Ärzte vergleichbare Regelungen und Fortbildungsveranstaltungen vor, welche von den Landesärztekammern konkretisiert werden.

PT und Ärzte, die ihre Aus- und Weiterbildung vor der Reform absolviert haben, werden ein höheres Informationsbedürfnis hinsichtlich der neuen Versorgungselemente haben, als es bei den jenen der Fall ist, die nach der Reform ins System gelangt sind. Für sie wäre eine Informationsbereitstellung (z.B. zu den neuen Versorgungsbausteinen und Empfehlungen für deren Umsetzung) in Form von Fortbildungen, die sie bei selbst empfundener Relevanz absolvieren können, sinnvoll.

Bei einer Übersichtsrecherche der Fortbildungsangebote der Landespsychotherapeuten- und -ärztekammern konnten keine Fortbildungen identifiziert werden, welche spezifisch das genannte Thema behandeln. An dieser Stelle könnten Berufsverbände, Fachverbände, die Kammern selber, die KVen oder andere Institutionen ansetzen und Angebote konzipieren. Fortbildungsangebote könnten dabei unterstützen, dass bestehende Hürden und Hemmnisse bei der Umsetzung der neuen Therapieelemente überwunden werden und PT ihre gesetzlich gedachte (Versorgungs-)Rolle bestmöglich erfüllen. Es sollten die neuen Versorgungselemente

sowie die lotsende Rolle in Angebote innerhalb sowie außerhalb des GKV-Versorgungssystems bedacht werden.

Ein variables Angebot von Fortbildungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Zeitumfängen wäre hilfreich, um bei möglichst vielen PT das Interesse an diesen Inhalten zu wecken. So könnten z.B. neben ausschließlich wissenschaftlichen Fortbildungen auch solche, die die psychotherapeutische Tätigkeit reflektieren (§3 Muster-Fortbildungsordnung), geeignet sein (BPtK, 2022). Zusätzlich könnten die Fortbildungen in verschiedenen Kategorien gemäß Anlage 1 Musterfortbildungsordnung angeboten werden. Neben Vorträgen (A) oder Kongressen/Tagungen (B), wären auch Seminare, Qualitätszirkel oder kammerseitig geregelte curriculare Fortbildungen (C, H) denkbar. Auch das Selbststudium durch Fachliteratur (E) könnte genutzt werden, was jedoch zum aktuellen Zeitpunkt bereits möglich ist.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

5.2 Medizinische Fachangestellte

Der staatlich anerkannte Ausbildungsberuf der medizinischen Fachangestellten (MFA) gehört zu den am häufigsten ausgeübten Ausbildungsberufen in Deutschland (aerzteblatt, 2022). MFA haben ein vielfältiges und heterogenes Aufgabenspektrum. Zuständige Stelle für die Ausbildung von MFA sind die Landesärztekammern. Die Ausbildung zum MFA dauert drei Jahre. Sie erfolgt als duale Ausbildung, in einem Ausbildungsbetrieb und einer Berufsschule. In der Verordnung über die Berufsausbildung zum MFA aus dem Jahr 2006 werden die Inhalte der Ausbildung beschrieben (BÄK, 2006). Grundsätzlich lässt sich der Tätigkeitsbereich in drei Bereiche untergliedern: medizinisch, bürokratisch und organisatorisch. Es handelt sich um eine generalistische Ausbildung, die auf eine Vielzahl an Tätigkeiten vorbereitet. Nach abgeschlossener Ausbildung können MFA u.a. in Arztpraxen, Krankenhäusern, Gesundheitszentren und Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. MFA arbeiten allerdings zumeist in der ambulanten Versorgung und unterstützen dort Ärzte.

Nach abgeschlossener Ausbildung haben MFA die Möglichkeit, weiterführenden Qualifikationen, sogenannte Fortbildungen, zu erwerben (BÄK, 2024a). Es gibt zahlreiche Fortbildungen für verschiedenste Themenbereiche. Sie unterscheiden sich in inhaltlicher Ausrichtung und Fortbildungsumfang.

5.2.1 Sensibilisierung der Auszubildenden für psychische Erkrankungen

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland ist steigend. Seit dem Jahr 2006 ist ein stetiger Anstieg in der Häufigkeit der gestellten Diagnosen aus dem Kapitel für psychische und Verhaltensstörungen zu verzeichnen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es sich bei der Zunahme der Erkrankungen um einen langfristigen Trend handelt. Im Zeitverlauf hat eine Sensibilisierung für diese Erkrankungen stattgefunden (Die Techniker [TK], 2023).

Aus der Perspektive der MFAs hat dies zur Konsequenz, dass sie in der haus- und fachärztlichen Versorgung regelmäßigen Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen haben (werden). Diese Personen sind Teil eines besonderen Patientenkollektivs, das Sensibilität und Feingefühl im Umgang erfordert. In der aktuellen Verordnung über die Berufsausbildung zum MFA wird unter §4 das Berufsbild der MFAs definiert (BÄK, 2006). Die Verordnung stammt aus dem Jahr 2006, ein Zeitpunkt zu dem deutlich weniger Menschen eine diagnostizierte psychische Erkrankung hatten. Der Umgang mit Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, wird in der Verordnung nicht erwähnt. An dieser Stelle scheint Optimierungspotenzial zu bestehen. Krankheitslehre über die relevantesten Erkrankungen sowie den Umgang mit diesen und ggf. grundlegende Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung könnten vermittelt werden. Die Bundesärztekammer bzw. der Bundesärztesrat müsste eine Anpassung in die Wege leiten, um die Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA anzupassen. Darauffolgen würde eine Umsetzung der Landesärztekammern. Die zuständigen Gremien sollten dabei überprüfen, ob sich in den letzten 18 Jahren weitergehender Anpassungsbedarf ergeben hat und diesen ebenfalls in die Verordnung überführen. Adressaten dieser Handlungsoption sind die BÄK und die BPTK in Zusammenarbeit mit Verband Medizinischer Fachberufe e.V.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt, haben psychotherapeutische Praxen mehrheitlich kein Personal. Da die fehlende Fokussierung auf psychische Erkrankung ein möglicher Grund für die Nicht-Einstellung sein kann, könnte der Einbezug der Erkrankungen entsprechend dabei unterstützen, dass der Einsatz von MFA auch in psychotherapeutischen Praxen attraktiv ist.

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

5.2.2 Fortbildung „Psychotherapeutische Versorgung“ für MFA

Die Bundesärztekammer entwickelt Musterfortbildungscurricula für MFA. Diese werden von den Landesärztekammern umgesetzt. Bei Betrachtung der aktuellen Angebote fällt auf, dass keine generalistische Fortbildung für die Versorgung psychisch Erkrankter existiert. Allerdings bestehen Fortbildungen in thematisch verwandten Bereichen. So gibt es Fortbildungen für die „Suchtmedizinische Versorgung“ (BÄK, 2015) und „Neurologie und Psychiatrie“ (BÄK, 2024b). Beide Fortbildungen setzen den Fokus auf die Krankheitslehre der jeweiligen Indikationsbereiche. In der Fortbildung zur suchtmmedizinischen Versorgung werden lediglich vier der 60 Stunden darauf verwendet, die Kooperation im suchtttherapeutischen Netzwerk zu schulen. Weiterhin existiert eine Fortbildung mit Schwerpunkt auf „Patientenbegleitung und Koordination“ (BÄK, 2024c). Zwar liegt hier der Fokus auf der Betreuung von chronischen Erkrankungen, zu denen psychische Erkrankungen zumeist gehören, allerdings ist das Spektrum chronischer Erkrankungen breit. Eine generalistische Ausrichtung auf chronische Erkrankungen hat zur Konsequenz, dass psychische Erkrankungen nur einen kleinen Anteil der vermittelten Inhalte ausmachen können.

Zusätzlich handelt es sich bei der Versorgung von psychischen Erkrankungen um eine komplexe Thematik.

Dementsprechend erscheint es notwendig, dass die Thematik vollumfänglich in einer auf sie ausgerichteten Fortbildung aufgegriffen wird. Nur so kann eine Erschließung des Themenfeldes erreicht werden. Zusätzlich kann durch einschlägig fortgebildetes Personal ihr Einsatz in psychotherapeutischen Praxen erhöht werden. Ein möglicher Name für die Fortbildung könnte „Psychotherapeutische Versorgung“ sein. Es sollte ein Modul „Krankheitslehre“ in das Curriculum implementiert werden, in welchem die prävalentesten psychischen Erkrankungen detailliert thematisiert werden. Diese umfassen u.a. Angststörungen, Affektive Störungen, Substanzabhängigkeit, Zwangsstörungen und somatoforme Störungen (RKI, 2021). Hier könnten Synergien mit der bestehenden Fortbildung zur „Neurologie und Psychiatrie“ hergestellt werden, welche ebenfalls in 30 Stunden psychiatrische Krankheitsbilder erläutern. Es handelt sich hierbei um einen Krankheitsbereich mit heterogenen Erkrankungen, die sich stark voneinander unterscheiden. Die resultierenden Versorgungsbedarfe verhalten sich entsprechend. Die Fortbildung sollte MFA darauf vorbereiten, indem der Umgang mit entsprechenden Patientengruppen thematisiert wird und Versorgungsansätze vermittelt werden.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

Außerdem erscheint es sinnvoll, dass „Kommunikation und Gesprächsführung“ im Rahmen der Fortbildung vermittelt wird. Vor allem die Kommunikation am Telefon ist wichtig, da in psychotherapeutischen Praxen häufig der erste Kontakt über ein Telefonat hergestellt wird. Aber auch im Umgang mit Krisensituationen sollte die MFA geschult sein. In Handlungsoption 1.2.1 - Einstellung von Praxispersonal durch Psychotherapeuten - wurde vorgeschlagen, dass Praxispersonal dafür eingesetzt werden könnte, um die festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten bestmöglich zu erfüllen. Die hier vorgeschlagene Fortbildung könnte als Vorbereitung dienen.

Des Weiteren sollte thematisiert werden, wie Patienten in ihrem Versorgungsprozess bestmöglich unterstützt werden können. Dabei könnten die verschiedenen Versorgungsbausteine der PT-RL aufgegriffen und darüber hinaus die Rolle von Angeboten, die außerhalb der Regelversorgung liegen, behandelt werden (Modul „Versorgungslehre“).

Es handelt sich um ein breites Themenfeld, weshalb ein Stundenumfang von 120h – genauso wie bei Neurologie und Psychiatrie – zweckmäßig wirkt. Die genaue Ausgestaltung von Lerninhalten ist Teil weiterführender Arbeiten. In zuständigen Gremien sollten die genauen Modalitäten erarbeitet werden.

Adressat für die Handlungsoption ist die BÄK / BPtK in Zusammenarbeit mit dem Verband Medizinischer Fachberufe.

Eine Schaffung einer inhaltlich äquivalenten Fortbildung für weitere Berufsgruppen würde dazu führen, dass auch andere Berufsgruppen und aktuelle Praxismitarbeiter von ambulanten PT optimal auf die Versorgung vorbereitet werden könnten (z.B. Kaufmann im Gesundheitswesen oder Bürofachkräfte).

Diese Handlungsoption wird vom Eva PT-RL Konsortium gemeinschaftlich empfohlen.

Literaturverzeichnis

1. aerzteblatt. (2022). *MFA-Ausbildung rangiert bei Berufsanfängerinnen erstmals auf Platz 1*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131562/MFA-Ausbildung-rangiert-bei-Berufsanfaengerinnen-erstmal-auf-Platz-1>
2. Albers, M., Elgeti, H., & Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland. (2018). *Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste*. 1. Auflage. https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/app/download/5807970403/Fachliche+Empfehlungen_Albers+u.a..pdf
3. AOK-Bundesverband. (2023). Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 15.11.2023 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG). https://www.bundestag.de/resource/blob/975996/1fb99133a9ba8e053c48b9125efbcd22/20_14_0163-2-_AOK-Bundesverband_DigitalG.pdf
4. Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppro). (2023). Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 7. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 148) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
5. Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThAppro). (2023). Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 448), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 25. Mai 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 139) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/BJNR044800020.html>
6. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 8. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 152) geändert worden ist.
7. Augurzy, B., Decker, S., Leber, R., & Mensen, A. (2021). BARMER Krankenhausreport 2021: Krankenhausinfektionen während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020. In *bifg, Schriftreihen zur Gesundheitsanalyse*, 30. <https://www.barmer.de/resource/blob/1031882/ff2b0b22a57702364f9e208ced270f86/barmer-krankenhausreport-2021-band-30-bifg-data.pdf>

8. Beck, A. & Heinz, A. (2013). Alkoholbezogene Aggression: Soziale und neurobiologische Faktoren. In Deutsches Ärzteblatt Int., 110(42), 711–715. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0711>
9. Becker, U., Kingreen, T., Huster, S., & Münkler, L. (2022). Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung: Inhalt und Umfang der Sicherstellung. In SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar, 8. C.H.BECK. ISBN 978-3-406-78500-9
10. Becker, U., Kingreen T., SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung: 8. Auflage 2022. https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fkomm%2FBeckerKingKoS-GBV_8%2FSGB_V%2Fcont%2FBeckerKingKoSGBV.SGB_V.p103.glc.glll.htm
11. betanet. (2021). Sozialpsychiatrischer Dienst. <https://www.betanet.de/sozialpsychiatrischer-dienst.html>
12. Böker, U. & Hentschel, G. (2023). Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. In Deutsches Ärzteblatt PP, 3, 104–106. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=230190>
13. Borg-Laufs, M., Gahleitner, S.B., & Hungerige, H. (2018). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim Basel. ISBN 978-3-621-28 616-9
14. Breidenbach, T. (2019). 15 Jahre Qualitätszirkel-Konzept der KBV. In KBV Klartext, 3. https://www.kbv.de/media/sp/KBV_klartext_2019_3_QZ-Artikel.pdf
15. Bucher, H.-P. (2008). Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050. Statistisches Amt des Kantons Zürich. https://www.raonline.ch/pages/edu/pdf6/zhstat_alter7050.pdf#page=4
16. Bühring, P. (2013). Männer und Psychotherapie: Spezifische Angebote für Männer. In Deutsches Ärzteblatt PP, 2013(7), 299. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=142795>
17. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2019). Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland. <https://www.bamf.de/DE/Themen/Forschung/Veroeffentlichungen/Migrationsbericht2019/PersonenMigrationshintergrund/personenmigrationshintergrund-node.html>
18. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO). (2019). Wenn die Seele krank ist – PSYCHOTHERAPIE im höheren Lebensalter.

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2019/BAGSO_Ratgeber_Wenn_die_Seele_krank_ist.pdf

19. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. 2022.
<https://doi.org/10.6101/AZQ/000505>
20. Bundesärztekammer (BÄK). (2006). Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. In Bundesgesetzblatt, 1(22), 1097–1108. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MFA_Verordnung_05052006.pdf
21. Bundesärztekammer (BÄK). (2015). Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Suchtmedizinische Versorgung“. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/Curriculum_Suchtmedizin.pdf
22. Bundesärztekammer (BÄK). (2023). 127. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/127.DAET/2023-05-31_Beschlussprotokoll.pdf
23. Bundesärztekammer (BÄK). (2024a). Fortbildungsangebote der Ärztekammern für Medizinische Fachangestellte nach den Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA/Fortbildungsangebote_AErztekammern_MFA_2024_Stand_Juli_2024.pdf
24. Bundesärztekammer (BÄK). (2024b). Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte: Neurologie und Psychiatrie. <https://www.fortbildung-mfa.de/musterfortbildungscurricula/neurologie-und-psychiatrie>
25. Bundesärztekammer (BÄK). (2024c). Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte: Patientenbegleitung und Koordination. <https://www.fortbildung-mfa.de/musterfortbildungscurricula/patientenbegleitung-und-koordination>
26. Bundesfachstelle Barrierefreiheit. (2024). Barrierefreie PDF. https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Fachwissen/Informationstechnik/Barrierefreie-PDF/barrierefreie-pdf_node.html

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

27. Bundesministerium der Justiz (BMJ). (2019). Gesetz zur Reform der Psychotherapeuten-
ausbildung. In Bundesgesetzblatt Teil 1, 40.
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzei-
ger_BGBl&jumpTo=bgbl119s1604.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl11
9s1604.pdf%27%5D__1723721893673](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzei-
ger_BGBl&jumpTo=bgbl119s1604.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl11
9s1604.pdf%27%5D__1723721893673)
28. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2016). Familien mit Mig-
rationshintergrund: Analysen zur Lebenssituation, Erwerbsbeteiligung und Vereinbarkeit
von Familie und Beruf. [https://www.bmfsfj.de/re-
source/blob/93744/3de8fd035218de20885504ea2a6de8ce/familien-mit-migrationshin-
tergrund-data.pdf](https://www.bmfsfj.de/re-
source/blob/93744/3de8fd035218de20885504ea2a6de8ce/familien-mit-migrationshin-
tergrund-data.pdf)
29. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2024). Antworten zu Ihren Gesundheitsfra-
gen. <https://gesund.bund.de>
30. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur. (2018). Mobilität in Deutsch-
land – MiD. Ergebnisbericht. [https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/G/mid-er-
gebnisbericht.pdf?__blob=publicationFile](https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/G/mid-er-
gebnisbericht.pdf?__blob=publicationFile)
31. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2010). Reformbedarf in der psychotherapeu-
tischen Versorgung von Migranten. BPtK-Standpunkt. [https://api.bptk.de/uplo-
ads/20100614_B_Pt_K_Standpunkt_Reformbedarf_i_d_psychth_Versorg_v_Migran-
ten_029ddc50bc.pdf](https://api.bptk.de/uplo-
ads/20100614_B_Pt_K_Standpunkt_Reformbedarf_i_d_psychth_Versorg_v_Migran-
ten_029ddc50bc.pdf)
32. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2022). Muster-Fortbildungsordnung der Bun-
despsychotherapeutenkammer. [https://api.bptk.de/uploads/Muster_Fortbildungsord-
nung_d09adb8d36.pdf](https://api.bptk.de/uploads/Muster_Fortbildungsord-
nung_d09adb8d36.pdf)
33. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2023). Ausreichende Finanzierung der psy-
chotherapeutischen Weiterbildung gesetzlich regeln. Resolution verabschiedet vom 42.
DPT. [https://api.bptk.de/uploads/Resolution_Ausreichende_Finanzierung_der_psycho-
therapeutischen_Weiterbildung_gesetzlich_regeln_898c646413.pdf](https://api.bptk.de/uploads/Resolution_Ausreichende_Finanzierung_der_psycho-
therapeutischen_Weiterbildung_gesetzlich_regeln_898c646413.pdf)
34. Bundessozialgericht (BSG). (1995). Urteil vom 10.05.1995 – 1 RK 20/94. [https://de-
jure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BSG&Datum=10.05.1995&Akten-
zeichen=1%20RK%2020/94](https://de-
jure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BSG&Datum=10.05.1995&Akten-
zeichen=1%20RK%2020/94)

35. Bundessozialgericht (BSG). (2006). Beschluss in dem Rechtsstreit Az: B 6 KA 33/05 B.
<https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BSG&Datum=19.07.2006&Aktenzeichen=B%206%20KA%2033/05%20B>
36. Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste. (2012). Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und Sozialraum-bezogenen Psychiatrie! <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/app/download/5785003294/2012-11Thesen+zu+Kernaufgaben+der+SpDi.pdf>
37. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2024). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/>
38. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). (2022). Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Alter. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/150599/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund-nach-alter/>
39. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2019). Positionspapier: Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/5311574f4e6d020a1a6d42eb14b430e6724eb36a/2019-09-12_Positionspapier_Referat_GeistigeBehinderung_fin.pdf
40. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2018). Dossier. Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf
41. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (2019). Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.3_Entlassmanagement/DKG_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf
42. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV). (2021). Report Psychotherapie. 2. Auflage, primeline print Berlin GmbH.

https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

43. Deutscher Bundestag. (1990). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht. „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich" auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie" der Bundesregierung. Drucksache 11/8494. <https://dserver.bundestag.de/btd/11/084/1108494.pdf>
44. Deutscher Bundestag. (2015). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Drucksache 18/4095. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf>
45. Deutscher Bundestag. (2017). Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung: Anspruch und Kostenübernahme. <https://www.bundestag.de/resource/blob/514142/d03782888dd292a2ed12cffd271d8ecb/WD-9-021-17-pdf-data.pdf>
46. Deutscher Bundestag. (2024). Ausarbeitung: Zur Suizidprävention in Deutschland und Europa. <https://www.bundestag.de/resource/blob/999850/6dd0d36038aef145b85d98170a682cdf/WD-9-088-23-pdf.pdf>
47. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf
48. Die Techniker (TK). (2023). Gesundheitsreport: Arbeitsunfähigkeiten. <https://www.tk.de/resource/blob/2146912/44b10e23720bf38c1559538949dd1078/gesundheitsreport-au-2023-data.pdf>
49. Duden. (2024). Glossar. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Glossar>
50. Eller, N. & Berg, M. (2023). Schwer erreichbare psychisch erkrankte Menschen und deren psychotherapeutische Versorgung. Möglichkeiten der Psychotherapieausbildung im Abbau von Zugangsbarrieren zur ambulanten Psychotherapie von hard to reach Klient:innen. In Psychotherapie Forum 27, 3–8. <https://doi.org/10.1007/s00729-023-00219-x>

51. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. In *J GEN INTERN MED*, 27, 1361–1367.
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
52. Erweiterter Bewertungsausschuss. (2022). Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 zur extra-budgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2023. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_eba79.pdf
53. Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., & Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. In *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 272–284.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>
54. Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V). (2024). Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 254) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
55. Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen: Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. In *Deutsches Ärzteblatt Int.*, 110(47), 799–808. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0799>
56. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2016a). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf
57. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2016b). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie vom 16. Juni 2016. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4087/2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_Aenderung-2016-06-16_TrG.pdf
58. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2021). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer

psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7945/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_TrG.pdf

59. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2022). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Anpassung der Verhältniszahl für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8446/2022-04-21_BPL-RL_Anpassung_Kinder-und-Jugendpsychiater_TrG.pdf
60. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2024a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3422/PT-RL_2024-01-18_iK-2024-04-12.pdf
61. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2024b). Komplexversorgung: Koordinierte Versorgung für schwer psychisch Erkrankte. <https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/komplexversorgung-koordinierte-versorgung-schwer-psychisch-erkrankter/>
62. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2024c). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL). https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10348/2024-03-21_KJ-KSVPsych-RL_Erstfassung_TrG.pdf
63. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2024d). E2-PSY – Evaluation des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V von (teil-)stationär-psychiatrisch behandelten Menschen. Projektbeschreibung. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/e2-psy-evaluation-des-entlassmanagements-nach-39-absatz-1a-sgb-v-von-teil-stationaer-psychiatrisch-behandelten-menschen.613>
64. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). (2024). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Sterbefälle, Fälle je 100000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-3-Steller, Art der Standardisierung. <https://www.gbe->

bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=85088768&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=594&p_ansnr=19361639&p_version=4&D.000=3738&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.972=1000619&D.011=44302

65. Popugosh, B. (2023). Flüchtlingsströme und gemischte Migration: Bewältigung einer drohenden humanitären und wirtschaftlichen Krise. Springer Gabler Cham.
<https://doi.org/10.1007/978-3-031-21268-0>
66. Greiner, W., Batram, M., Hasemann, L., & Witte, J. (2020). Kinder- und Jugendreport 2019 Baden-Württemberg. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern.
<https://www.dak.de/dak/download/report-2227710.pdf>
67. Grobe, T.G. & Szecsenyi, J. (2023). BARMER Arztreport 2023. Kindergesundheit – Frühgeburtlichkeit und Folgen. In Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse, 39. <https://www.barmer.de/resource/blob/1156100/e5c8425259ad58e177b7d5bbf6c8eef8/barmer-arztreport-2023-data.pdf>
68. Grobe, T.G., Steinmann, S., & Szecsenyi, J. (2020). BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – Veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? In Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 21. <https://www.barmer.de/resource/blob/1026240/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/barmer-arztreport-2020-band-21-bifg-data.pdf>
69. Grotluschen, A. & Buddeberg, K. (Hrsg.). (2020). LEO 2018: Leben mit geringer Literalität. wbv Publikation. <https://doi.org/10.3278/6004740w>
70. Häßler, F. (2015). Intelligenzminderung. In: Möller, HJ., Laux, G., Kapfhammer, HP. (eds) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer Reference Medizin.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_81-1
71. Hegedüs, A. I. (2020). Patient*innen im Übergang von der stationären psychiatrischen Versorgung in das häusliche Umfeld: Beurteilung und Anwendbarkeit von begleitenden Interventionen für Patient*innen im Übergangsprozess (Dissertation). Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. <https://d-nb.info/122991725X/34>
72. Hentschel, G. & Böker, U. (2023). Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen. In DPTV Hintergrund 1.2023.

https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/DPTV_Hintergrund/DPTV-Hintergrund_1.2023.pdf

73. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES). (2012). Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/9_Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf
74. Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQTiG). (2021). Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf
75. Kahraman, B. (2008). Die kultursensible Therapiebeziehung: Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Psychosozial Verlag. ISBN: 978-3-8980-6767-6
76. Kalitzkus, V., Wilm, S., & Matthiessen, P. F. (2009). Narrative Medizin – was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? In Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 85(2), 60–66. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65019>
77. Karbach, U. (2021). Abrechnung: Tipps für Hausärzte: Behandlung und Abrechnung psychosomatischer Erkrankungen. <https://www.arzt-wirtschaft.de/abrechnung/tipps-fuer-hausaerzte-behandlung-und-abrechnung-psychosomatischer-erkrankungen>
78. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2014). Gutachten Kodierqualität. <https://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=16643>
79. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund). (2018). Tabellenband: Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf
80. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2019). Qualitätsbericht 2019. Berichtsjahr 2018. https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2019.pdf
81. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2020a). Formulare für die Psychotherapie. <https://www.kbv.de/html/27068.php>

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

82. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2020b). 116117-Mustercurriculum. Qualifizierung neuer Mitarbeitender im Telefondienst der 116117-Servicecenter. Fassung 1.0.
https://www.kbv.de/media/sp/116117_Mustercurriculum_Mitarbeitende_Callcenter.pdf
83. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2020c). Mustersammlung.
https://www.kbv.de/media/sp/02_Mustersammlung_PT.pdf
84. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2020d). Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. https://www.kbv.de/media/sp/KBV_QS-Richtlinien.pdf
85. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2021a). Tätigkeit der Terminservicestellen. Evaluationsbericht 2021 gem. § 75 Abs. 1a Satz 19 SGB V. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/22-06-24_Evaluationsbericht_2021_TSS.pdf
86. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2021b). Gesundheitsdaten. Bekanntheitsgrad der ärztlichen Bereitschaftsdienstnummer 116 117. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/41738.php>
87. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023a). Arztzahlstatistik 2022: Frauenanteil erstmals über 50 Prozent – Arztzeit weiter knappe Ressource.
https://www.kbv.de/html/1150_62510.php
88. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023b). Bedarfsplanung: Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung
<https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>
89. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023c). Gesundheitsdaten: Versorgungsgrade in den Planungsbereichen. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>
90. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023d). Gesundheitsdaten: Immer mehr Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten Teilzeit.
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php>
91. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023e). Gesundheitsdaten: Trend zur Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung hält an. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php>

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

92. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023f). Gesundheitsdaten: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>
93. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024a). Psychotherapie: Das ambulante Versorgungsangebot. <https://www.kbv.de/html/26956.php>
94. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024b). Terminvermittlung. <https://www.kbv.de/html/terminvermittlung.php>
95. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024c). Kooperationen: Jobsharing. <https://www.kbv.de/html/14352.php>
96. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024d). Qualitätszirkel (QZ): Wichtiges Instrument der Qualitätsförderung. <https://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php#:~:text=Qualitätszirkel%20sind%20in%20den%20Qualitätssicherungs,Anerkennung%20und%20Förderung%20der%20Qualitätszirkel.>
97. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024e). Qualitätsbericht 2023. Berichtsjahr 2022. https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2023.pdf
98. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024f). 37320 – Fallkonferenz. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/37320_2904620752754514805536.html
99. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024g). 37720 – Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/37720_2904048287491132098144.html
100. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024h). 37120 – Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/37120_2903611856145446092320.html
101. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024i). Erklärung zur digitalen Barrierefreiheit. <https://eterminservice.de/barrierefreiheit>
102. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVWB). (2023). Leitlinien für die Anerkennung, Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (QZ-Leitlinien) vom 15.10.2019 in der Fassung vom 4.Juli 2023. <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=7>

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen

103. Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin). (2024). Terminservice der KV.
<https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aerztlicher-bereitschaftsdienst/terminservice-der-kv>
104. Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV Bremen). (2024). Terminservicestelle.
<https://www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/terminservicestelle>
105. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN). (2023). Grundsätze zur Förderung von Qualitätszirkeln. https://www.kvn.de/internet_media/%C3%9Cber+uns/Organisation/Vertreterversammlung/Anlage+2+_+Entsch%C3%A4digungsordnung+der+KVN-p-35266.pdf
106. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO). (2017). Terminservicestelle Psychotherapie. https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/tss/ablauf_pp.pdf?v=1592820671
107. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP). (2022). Qualitätsbericht 2022: Gesicherte Qualität in der ambulanten Versorgung. <https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=3030&to-ken=8d90ddd92808c884a3165da75ffb176f57e43c0e>
108. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). (2022). Terminservicestelle (TSS). <https://www.kvwl.de/tss>
109. Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). (2024). Terminservicestelle (TSS): Wissenswertes für die Praxis. <https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/terminservicestelle-fuer-praxen>
110. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO). (2018). Kultursensibilität im Gesundheitswesen. Modulhandbuch für eine kompetenzorientierte, wissenschaftsba- sierte und multiprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildung in den therapeutischen und pflegerischen Gesundheitsfachberufen. [https://www.mags.nrw/system/files/me- dia/document/file/modulhandbuch_kultursensibilitaet_im_gesundheitswesen.pdf](https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/modulhandbuch_kultursensibilitaet_im_gesundheitswesen.pdf)
111. Kienzl, P. (2020). Was Menschen davon abhält, eine Therapie zu beginnen. In Best of ze.tt. [https://www.zeit.de/zett/2020-02/was-menschen-davon-abhaelt-eine-therapie-zu- beginnen?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.zeit.de/zett/2020-02/was-menschen-davon-abhaelt-eine-therapie-zu-beginnen?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)

112. Korzilius, H. (2019). Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst: Werbung für die 116117. In Deutsches Ärzteblatt, 116(35-36), A1522–A1523. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=209433>
113. Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. In Neuroscience and biobehavioral reviews, 69, 313–332. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>
114. KVNO. (2024). Informationen zum Jobsharing. https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/beratung/niederlassungsberatung/info_jobsharing.pdf?v=1707895555
115. Lampert, T., Kroll, L.E., Hapke, U., & Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. In Public Health Forum, 22(1), 6.e1–6.e4. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.014>
116. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen. (2018). Urteil vom 23.01.2018 – L 4 KR 147/14. <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=LSG%20Niedersachsen-Bremen&Datum=23.01.2018&Aktenzeichen=L%204%20KR%20147/14>
117. Lange-Asschenfeldt, C. (2018). Hohes Suizidrisiko direkt nach der Entlassung. In InFo Neurologie, 20, 14. <https://doi.org/10.1007/s15005-018-2462-8>
118. Linden, M., Zänker, I., Solvie, J., & Rose, M. (2021). Ambulante Versorgung: Erreichbarkeit von Psychotherapeuten. In Deutsches Ärzteblatt Int., 118(5), A-252/B-220. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/217638/Ambulante-Versorgung-Erreichbarkeit-von-Psychotherapeuten>
119. Mantell, P., Schwegler, C., & Woopen, C. (Hrsg.). (2023). Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe: Interdisziplinäre Perspektiven auf aktuelle Herausforderungen. Springer, Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65515-3>
120. Martin, M. (2022). Dolmetschen in Psychotherapie und Psychiatrie: Sprachbarrieren überwinden. In Deutsches Ärzteblatt, 199(47), A-2090/B-1726. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228563/Dolmetschen-in-Psychotherapie-und-Psychiatrie-Sprachbarrieren-ueberwinden>
121. Martsenkovskyi, D., Karatzias, T., Hyland, P., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M., Cloitre, M., Ho, Grace W.K., Lorberg, B., & Martsenkovsky, I. (2023). Parent-Reported Posttraumatic Stress Reactions in Children and Adolescents:

Findings From the Mental Health of Parents and Children in Ukraine Study. In Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.

<https://dx.doi.org/10.1037/tra0001583>

122. Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen. (2024). Schulpsychologie. <https://www.schulministerium.nrw/schule-bildung/bildungsthemen/schulpsychologie>
123. Munz, D. (2022). Armut gefährdet psychische Gesundheit. <https://observer-gesundheit.de/armut-gefaehrdet-psychische-gesundheit/>
124. Niemeyer, H. & Knaevelsrud, C. (2023). Sozioökonomischer Status entscheidet über Zugang. In Deutsches Ärzteblatt PP, 2023(5), 243. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=230994>
125. Obert, K. (2001). Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns : Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. 1. Auflage. Psychiatrie-Verl., Bonn.
<https://doi.org/10.1486/9783884142646>
126. OWID. (2024). Migrationshintergrund. <https://www.owid.de/artikel/316456>
127. Parzeller, M., Wenk, M., Zedler, B., & Rothschild, M. (2007). Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. In Deutsches Ärzteblatt, 104(9), 576–586. <https://www.uk-essen.de/fileadmin/Unfallchirurgie/Aufklaerungsgespraech.pdf>
128. Peters et al. (2023). „Peters KV-HdB II/Hencke/Degener-Hencke, 100. EL August 2023, SGB V § 75“
129. Peters, M., Becker, T. & Jeschke, K. (2024). Ältere PatientInnen in der psychotherapeutischen Praxis – eine Replikationsstudie. In Psychotherapie, 69, 122–128.
<https://doi.org/10.1007/s00278-023-00700-7>
130. Plan International Deutschland e.V. (2023). Spannungsfeld Männlichkeit: So ticken junge Männer zwischen 18 und 35 Jahren in Deutschland. https://www.plan.de/fileadmin/website/04._Aktuelles/Umfragen_und_Berichte/Spannungsfeld_Maennlichkeit/Plan-Umfrage_Maennlichkeit-A4-2023-NEU-online_2.pdf
131. Psychotherapeutengesetz (PsychThG). (2020). Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), das durch Artikel 17 des Gesetzes vom 19. Mai 2020

(BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html

132. Psychotherapeutenkammer NRW. (2022a). Bericht der Kommission „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ bei der 6. Sitzung der 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen am 21. Mai 2022. https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/downloads/03_themenschwerpunkte/Bericht_Kommission_Intelligenzminderung_final.pdf
133. Psychotherapeutenkammer NRW. (2022b). Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/meldungen/2023/WBO_PT/Weiterbildungsordnung_fuer_Psychotherapeutinnen_und_Psychotherapeuten_vom....pdf
134. Robert Bosch Stiftung. (2021). Studie: Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf
135. Robert Koch Institut (RKI). (2021). Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten – Handeln: Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. <https://doi.org/10.25646/8831>
136. Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., & Hurrelmann, K. (2021). Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Folgebefragung. In *Deutsches Ärzteblatt Int.*, 118, 723–729. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0310>
137. Schepker, R. & Kölch, M. (2023). Die Versorgungslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland: Strukturen, Herausforderungen und Entwicklungen. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(7), 745–751. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03724-1>
138. Schramm, A. (2016). Diagnosekodierung in der Praxis. Ambulante Kodierqualität und Risikostrukturausgleich. Springer Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13053-4>
139. Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. In *Curr Psychiatry Rep* 18(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>

140. Shepherd, G., Astbury, E., Cooper, A., Dobrzynska, W., Goddard, E., Murphy, H., & Whitley, A. (2023). The challenges preventing men from seeking counselling or psychotherapy. In *Mental Health and Prevention*, 31, 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200287>
141. Simon, M. (2021). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Auflage 7. hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86147-000>
142. Sonnemoser, M. (2012). Soziale Schicht und Psychotherapie: Kluft zwischen den Lebenswelten. In *Deutsches Ärzteblatt PP*, 2012(9), 412–413. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=129363>
143. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). (2022). GKV-Versichertenbefragung: Mehr Orientierung bei Therapieplatzsuche gewünscht. Zugrundeliegende Datenbasis. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2022_2/20221124_PM_3_Psychotherapie_Orientierung_Daten_Website.pdf
144. statista. (2024a). Verteilung der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland nach sozialen Lagen im Jahr 2018. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1207806/umfrage/soziale-klassen-in-deutschland-nach-migrationshintergrund/>
145. statista. (2024b). Anteil der Internetnutzer nach Altersgruppen in Deutschland in den Jahren 1997 bis 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36149/umfrage/anteil-der-internetnutzer-in-deutschland-nach-altersgruppen-seit-1997/>
146. statista. (2024c). Haben Sie bereits von Termin-Servicestellen zur Facharzt-Vermittlung gehört? <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/706945/umfrage/bekanntheit-von-termin-servicestellen-zur-facharzt-vermittlung-in-deutschland/>
147. statista. (2024d). Anteil der Smartphone-Nutzer in Deutschland nach Altersgruppe im Jahr 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/459963/umfrage/anteil-der-smartphone-nutzer-in-deutschland-nach-altersgruppe/>
148. Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Krankenhäuser: Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html>

149. Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. (2024). Rat für Angehörige von Menschen mit Depression. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/rat-fuer-angehoerige>
150. Teichert, U. & Tinnemann, P. (2020). Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste. In Der Sozialpsychiatrische Dienst, Version 1.0. <https://doi.org/10.61163/aacp-4461>
151. Ulrich, S.M., Renner, I., Lux, U., Walper, S., & Löchner, J. (2023). Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotential: Eine Zielgruppe für psychosoziale Unterstützungsangebote? In Gesundheitswesen, 85(05), 436–443. <https://doi.org/10.1055/a-1867-4415>
152. Wicht, A., Lechner, C., & Rammstedt, B. (2018). Wie steht es um die Digitalkompetenz deutscher Erwachsener? Eine empirische Analyse mit dem Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC). In Mensch und Gesellschaft im digitalen Wandel. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. https://www.researchgate.net/publication/328312159_Wie_steht_es_um_die_Digitalkompetenz_deutscher_Erwachsener_Eine_empirische_Analyse_mit_dem_Programme_for_the_International_Assessment_of_Adult_Competencies_PIAAC
153. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). (2021). Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Zi-Papier 17. https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-Paper_17-2021_Personalsituation.pdf
154. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). (2022). Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. Zi-Papier 23. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_23-2022_MFA_Ausbildung_update.pdf
155. Zierteis, M. (2020). Die Psychiatrische Institutsambulanz als intersektorale Versorgungsform zur Verkürzung und Vermeidung von stationären Aufenthalten?. In: Hahn, U., Kurscheid, C. (Hrsg.) Intersektorale Versorgung, 439-458. Springer Gabler, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29015-3_31
156. Zoellner - Née Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F., & Ravens-Sieberger, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In Monatsschrift Kinderheilkunde, 165(5), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>