



Berlin, 12. Januar 2014

Anmerkungen zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom 27.11.2013

Das Papier benennt mehrere Versorgungsziele, zu denen die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung nachfolgend Stellung bezieht. Grundsätzlich wird der Ansatz eines gestuften und gegliederten Versorgungsangebots, das verschiedenen Bedarfen und Patientengruppen besser gerecht wird, begrüßt. Allerdings greifen die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen zum Teil zu kurz bzw. sie sind nicht geeignet, die angestrebten Versorgungsziele tatsächlich zu erreichen.

Versorgungsziel 1: Die Sicherstellung der Versorgung ist mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen.

Die DPtV geht nicht davon aus, dass die bestehenden Ressourcen an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen ausreichend sind. Erfreulicherweise hat in den letzten Jahren die Stigmatisierung psychischer Krankheiten erheblich abgenommen. In den Medien wird immer häufiger über psychische Krankheiten und ihre Behandlungsmöglichkeiten berichtet. Dies hat dazu geführt, dass Patienten deutlich früher als in vergangenen Jahrzehnten bestrebt sind, eine psychotherapeutische Behandlung in Erwägung zu ziehen. Etwa die Hälfte aller Psychotherapiepatienten wird inzwischen von Hausärzten überwiesen. Einem immer größeren Anteil von Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden, die somatoforme Störungen zugeordnet werden können, wird vom Hausarzt die Konsultation eines Psychotherapeuten empfohlen.

Mit dieser insgesamt positiven Entwicklung, die ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens ist, kann und konnte das Angebot an Psychotherapie bisher nicht Schritt halten. Es ist fraglich, ob die mit der Reform der Bedarfsplanung einhergehenden zusätzlichen 1000-1300 Psychotherapeutenplätze zukünftig den Bedarf decken können. Die bisherige sehr ungleiche Verteilung der Sitze auf die Regionen steht nicht in der Verantwortung der Psychotherapeuten, sondern sie ist ein Ergebnis der nicht vorhandenen Bedarfsplanung in der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz. Die Verringerung der Spreizung der Verhältniszahlen mit der Reform der Bedarfsplanung wird die sehr ungleiche Verteilung abmildern aber nicht grundsätzlich beheben.

Wir gehen davon aus, dass die Frage, ob die bestehenden Psychotherapeutensitze ausreichen, über kurz oder lang erneut diskutiert werden muss. Allerdings steht die Frage nicht auf der Tagesordnung, solange die neue Bedarfsplanung nicht umgesetzt ist.

Unabhängig davon halten wir strukturelle Reformen der bestehenden Strukturen für notwendig. Hier setzen auch die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes an.

Versorgungsziel 2: Patienten müssen genauer über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten informiert und beraten werden; zudem ist eine verbesserte Basisdiagnostik der Patienten erforderlich, um die geforderte Beratung entsprechend kompetent leisten zu können.

Diesem Versorgungsziel ist uneingeschränkt zuzustimmen. Die Einführung einer Sprechstunde zur ersten Orientierung ist sinnvoll, sie ist jedoch nicht für eine Krisenintervention geeignet, da diese eine differentialdiagnostische Abklärung voraussetzt. Im Rahmen der Sprechstunde ist diese nicht zu leisten. Die DPtV beschreibt den Sinn der Sprechstunde in ihrem Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung folgendermaßen: „Sprechstunde ist keine Psychotherapie, sie dient der Klärung des Zuweisungskontextes, der ersten Befunderhebung und einer ersten diagnostischen Einschätzung. Außerdem können weitere Maßnahmen mit dem Patienten erörtert werden.“

Versorgungsziel 3: Patienten mit psychischen Erkrankungen sollen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten erhalten.

Auch diesem Versorgungsziel ist uneingeschränkt zuzustimmen, jedoch ist der Vorschlag der Krankenkassen, die bisherige Kurzzeittherapie von der Antragspflicht zu befreien, kein Fortschritt. Alle berufserfahrenen Psychotherapeuten sind für die Kurzzeittherapie von der Gutachterpflicht beim Antrags- und Genehmigungsverfahren befreit. Das Antragsverfahren beschränkt sich hier somit auf das Ausfüllen von Formularen und das Warten auf die Genehmigung durch die Krankenkasse. Das Genehmigungsverfahren könnte in wenigen Tagen abgeschlossen sein, sofern die Krankenkasse den Antrag zügig bearbeitet. Die Abschaffung der Genehmigungspflicht würde also nur eine geringe Hürde beseitigen.

Allerdings möchten wir noch einmal explizit darauf hinweisen, dass unterschiedliche Erhebungen imposant zeigen, dass eine deutliche Mehrheit der Psychotherapeuten das Gutachterverfahren in seiner derzeitigen Form und nicht das Antrags-/Genehmigungsverfahren an sich, als DIE bürokratische Belastung einschätzen. Auch berufserfahrene Psychotherapeuten müssen z.Zt. in jedem Einzelfall einer notwendigen Langzeittherapie einen sehr zeitaufwändigen umfangreichen Bericht schreiben und diesen extern von Gutachtern bewerten lassen.

Eine weitere bürokratische Hürde und im Gegensatz zur reinen Antrags-/Genehmigungspflicht deutlich problematischer ist die Einholung des obligatorischen Konsiliarbericht durch einen Vertragsarzt. Hier kommt es zum Teil zu erheblichen Verzögerungen, die der Psychotherapeut nicht zu verantworten hat.

Die DPtV schlägt deshalb vor, den bisherigen Konsiliarbericht durch ein sinnvolles gegenseitiges Konsiliarverfahren zu ersetzen wie es das Modell der „Frühzeitigen diagnostischen Abklärung“ vorsieht.





Am Konzept des GKV-Spitzenverbandes ist zu bemängeln, dass es keine standardmäßige gründliche frühzeitige psychodiagnostische Abklärung (FDA) vorsieht. Die DPtV sieht die Abklärung als Grundlage jeglicher fachlichen Entscheidung und Empfehlung an:

„FDA ist konzipiert als Komplexleistung, bestehend aus der Einholung und Sichtung somatischer Befunde, der konsiliarischen Erörterung mit zuweisenden Ärzten oder Krankenhäusern, der Durchführung eines standardisierten Screeningverfahrens und gegebenenfalls indikationsbezogener Fragebögen, der psychodiagnostischen Testverfahren oder Leistungstests. Die Diagnostik endet mit einer Diagnose, gegebenenfalls differentialdiagnostischen Erwägungen, einer standardisierten Zusammenfassung in Form einer Mitteilung an den Patienten und den zuweisenden Arzt und einer Empfehlung der eventuell notwendigen Weiterbehandlung. Die diagnostische Abklärung kann auch nur als Auftragsleistung eines Arztes oder Psychotherapeuten verwendet werden, die der Abklärung für die Weiterbehandlung dient. Weil der Umfang der notwendigen Diagnostik sehr unterschiedlich und damit schwer abzuschätzen ist, ist ein Kontingent von ein bis drei Sitzungen vorgesehen.“

Versorgungsziel 4: Das Angebot an Psychotherapie muss zukünftig so strukturiert werden, dass Anreize zur Erbringung von Kurzzeittherapien nicht zur Vernachlässigung von Langzeittherapien führen.

Ebenfalls ist diesem Versorgungsziel uneingeschränkt zuzustimmen, jedoch ist das Bündel von Vorschlägen, die der GKV-Spitzenverband unterbreitet, nicht geeignet, das Ziel zu erreichen.

Erstens: Der Zweck der probatorischen Sitzungen wird in § 11 Abs.12 der Psychotherapievereinbarung folgendermaßen definiert: „Probatorische Sitzungen dienen ausschließlich dem Zweck festzustellen, ob ein Antrag und gegebenenfalls welcher auf Psychotherapie gestellt werden soll.“ Die Entscheidung für eine Psychotherapie gemäß Psychotherapierichtlinien ist sowohl für den Psychotherapeuten als auch für den Patienten von erheblicher Bedeutung. Eine vorschnelle bzw. nicht gründlich durchdachte Entscheidung zur Indikation wäre durch eine Kürzung auf maximal drei Sitzungen, wie es der GKV-Spitzenverband vorschlägt, nicht mehr gegeben. Das gestufte Modell der DPtV schlägt deshalb vor, die probatorischen Sitzungen an dem Ort zu belassen, für den sie gedacht sind, nämlich vor der Entscheidung zur Indikation für eine Psychotherapie nach der Psychotherapierichtlinie. Zweitens: der GKV Spitzenverband schlägt vor, die bisherige Kurzzeittherapie aufzuteilen in eine erste Phase von 12 Sitzungen und eine zweite von weiteren 10 Sitzungen, die durch eine Mindestwartezeit von 6 Wochen voneinander getrennt sein sollen. Der Sinn dieses Konzepts wird nicht erläutert, es ist anzunehmen, dass der Gedanke zu Grunde liegt, die Unterbrechung dazu zu nutzen, über Sinn und Zweck der Psychotherapie nachzudenken. Es gibt keinerlei empirischen oder intellektuellen Nachweis für die Sinnhaftigkeit einer solchen Therapieunterbrechung. Alle Erkenntnisse zeigen, dass Psychotherapeuten flexibel mit den ihnen zur Verfügung stehenden Therapiekontingenten umgehen, was bedeutet, dass die Sitzungen in Umfang und Frequenz den jeweiligen individuellen Erfordernissen des Patienten angepasst werden. Eine Zwangsunterbrechung wäre kontraproduktiv, würde die Chronifizierung von Krankheiten fördern und könnte auch stationäre Aufnahmen in diesem Zeitraum notwendig machen. Im Übrigen ist derartiges auch im somatischen Bereich nicht üblich. Patienten, die eine solche Zwangsunterbrechung nicht durchhalten oder hinnehmen wollten, wären gezwungen, Behandlungsstunden privat als IGeL-Leistungen zu finanzieren. Dies wiederum wäre für wirtschaftlich schlechter gestellte Patienten eine Benachteiligung.

Drittens: die Krankenkassen schlagen vor, das insgesamt zur Verfügung stehende Therapievolumen pro Patient auf grundsätzlich 50 Stunden zu begrenzen. Bekanntermaßen prüft der gemeinsame



Bundesausschuss derzeit, ob die Behandlungsumfänge der Richtlinienverfahren noch zeitgemäß und ob Modifikationen notwendig sind. Dabei wird eine Vielzahl von weltweit vorliegenden Therapiestudien einbezogen. Die DPtV hält es nicht für geboten, dem Ergebnis dieser Prüfung des GBA vorzugreifen.

Das gestufte Versorgungsmodell der DPtV sieht gegenüber den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes vor, ein psychotherapeutisches Akutversorgungsangebot (AV) neu einzuführen: „Akutversorgung kommt in dringlichen Fällen in Frage, z.B. um Patienten in akuten Krisen schnell behandeln zu können oder um Arbeitsunfähigkeit abzuwenden. Die Beurteilung der Dringlichkeit sollte den Psychotherapeuten im Austausch mit zuweisenden Stellen überlassen bleiben. Allgemeingültige objektive Kriterien dürften sich schwerlich finden lassen und die Diagnose allein rechtfertigt noch keine Dringlichkeit. Hier sind vielmehr unterschiedliche, komplexe Faktoren maßgeblich, wie z.B. das Vorliegen von Eigengefährdung, individueller Leidensdruck, Aktualität der Symptomatik und psychosoziale Gegebenheiten. Die Akutversorgung nach unserem Vorschlag sollte innerhalb von 14 Tagen nach Zuweisung eingeleitet werden und sie sollte einschließlich der FDA bis zu 15 Sitzungen umfassen. AV ist kein „Add on“, sondern die in der Phase der AV verwendeten Sitzungen werden auf die erste Phase einer gegebenenfalls folgenden Richtlinienpsychotherapie angerechnet.“

Versorgungsziel 5: Verbesserte Qualitätssicherung der Leistungserbringung durch eine höhere Transparenz des Versorgungsgeschehens insgesamt.

Wir stimmen ausdrücklich mit der Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes überein, dass das etablierte Gutachterverfahren in seiner derzeitigen Form modifiziert werden sollte. Gerade vor dem Hintergrund, dass eine deutliche Mehrheit der Psychotherapeuten das Gutachterverfahren insgesamt ablehnt und dieses im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband für zu bürokratisch, ressourcenbindend und wenig transparent hält.

Bei allen Modifizierungs- und Entbürokratisierungswünschen des GKV-Spitzenverbandes verwundern daher die zaghaften Vorschläge in diesem Bereich:

- Kürzung der für berufserfahrene Psychotherapeuten gutachterbefreiten Kurzzeittherapie auf 22 Sitzungen; d.h. Gutachterverfahren bereits nach 22 anstatt 25 Therapiesitzungen
- Kein Vorschlag zur Qualitätssicherung bzw. zum Genehmigungsverfahren mit einer für den medizinisch-somatischen Bereich vergleichbaren Stichprobenregelung
- Keine umfassende Aussetzung des Gutachterverfahrens für besonders förderungswürdige Leistungen, wie z.B. der Gruppenpsychotherapie

Die DPtV hat bereits eine Modifikation des Gutachterverfahrens entwickelt, das eine Entbürokratisierung über eine Verschlinkung sowie eine Stichprobenregelung vorsieht.

Es ist unbestritten, dass der Einsatz psychometrischer Instrumente zu Beginn einer Therapie und nach jedem Therapieabschnitt erheblich zur Qualitätssicherung beitragen kann. Es fragt sich nur, warum die Konsequenz nicht schon längst umgesetzt worden ist, den häufigeren Einsatz psychometrischer Verfahren zur therapiebegleitenden Beurteilung des Behandlungsverlaufs zuzulassen. Bislang ist in der Psychotherapievereinbarung der höchstens dreimalige Einsatz während der gesamten Behandlungsdauer erlaubt. Die völlig sachwidrige, mehrfache Beschränkung der psychodiagnostischen Möglichkeiten (nur 3 Durchführungen während der Psychotherapie, Höchstpunktzahl pro Quartal, nicht wirtschaftliche Vergütung mit höchstens 34 Euro pro Stunde) hätte schon längst aufgehoben werden müssen.



Versorgungsziel 6: Förderung der Gruppenpsychotherapie

Der GKV-Spitzenverband schreibt: „Im Rahmen der Beratungen im Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA wurden bereits verschiedene Flexibilisierungen ermöglicht: u.a. wurde die erforderliche Gruppengröße herabgesetzt und die Möglichkeit einer stärkeren Kombinierbarkeit von Gruppen- und Einzeltherapien bei bestimmten Verfahren geschaffen.“

Die Herabsetzung der Gruppengröße betrifft nur die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Insgesamt greifen die Maßnahmen, die im GBA beschlossen bzw. die noch beraten werden, aus Sicht der DPtV viel zu kurz.

Der Anteil an Gruppenpsychotherapien könnte deutlich erhöht werden, wenn

- bereits während des Erwerbs dieser Zusatzqualifikation nach der Psychotherapievereinbarung (§ 5 Abs. 5, § 6 Abs. 5, § 7 Abs. 4) die Leistungen innerhalb einer zweijährigen Qualifizierungsphase im Rahmen der GKV abgerechnet werden könnten.
- die Behandlungen in jedem Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie, auch während der Behandlung, durchgeführt werden könnten.
- das Gutachterverfahren für diese förderungswürdigen Leistungen ausgesetzt wird.
- flexible Gruppengrößen von 2 bis 10 Teilnehmern durch ein neues Vergütungskonzept ermöglicht würden.
- die Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei demselben und bei unterschiedlichen Psychotherapeuten optional (wie bereits in der Verhaltenstherapie) auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie möglich wäre. Dadurch würde eine größere Flexibilität in der Behandlung ermöglicht.

Abschließend gibt der GKV Spitzenverband in seinem Papier an, dass alle Maßnahmen kostenneutral durch Umschichtungen von Vergütungsanteilen ausgestaltet sein müssten.

Die DPtV hält einen deutlichen Anreiz für frühzeitige Interventionen und für die Diagnostik für notwendig. Die Vergütungen für die reguläre Richtlinienpsychotherapie oder für Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe (ein Modul, das der GKV-Spitzenverband nicht vorsieht) dürfen nicht gesenkt werden, wenn längerfristig psychisch Kranke bzw. chronisch Kranke nicht benachteiligt werden sollen.

Einsparungen sollten vor allem im Bereich der Bürokratie erfolgen, z.B. durch eine geeignete Stichprobenregelung beim Gutachterverfahren. Ein verpflichtendes Gutachterverfahren für jede Langzeitbehandlung bindet überproportional viele Kapazitäten und Ressourcen auf Behandler-/ Patienten- und Kostenträgerseite.

Im Ergebnis wird das Modell einer gestuften Versorgung zusätzliches Geld kosten. Angesichts der enormen Folgekosten psychischer Krankheiten durch AU-Zeiten, Krankenhausbehandlungen, medikamentöser Fehlbehandlungen und Frühberentungen ist die ambulante Psychotherapie immer noch eine sehr günstige Leistung. Dafür investiertes zusätzliches Geld ist gut investiertes Geld. Die Ankündigung kostenneutraler Reformmaßnahmen blockiert – leider - von Anfang an den Reformprozess, den beide Seiten, Kostenträger und Psychotherapeuten, gehen sollten.

