



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

10. Jahrgang | Heft 2.2018



-  Neue Entscheidungen des BSG zur Vergütung: Wie geht es weiter?
-  Eckpunkte der zukünftigen Weiterbildung aus Sicht der DPTV
-  Psychologisch-psychotherapeutische Arbeit in Palliative Care



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach reichlicher Prüfung der Sachlage hat sich der Bundesvorstand der DPtV entschlossen, gegen das Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.10.2017 vorzugehen. Dieses Urteil hatte den Strukturzuschlag für rechters erklärt, was de facto die systematische Benachteiligung aller psychotherapeutischen Praxen bedeutet. Unser Justiziar Dr. Markus Plantholz hat für unsere DPtV-Musterklägerin eine Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht gegen dieses Urteil vorbereitet und am 03.04.2018 dort eingereicht. Auch der bvvp ist diesen Schritt gegangen.

Das Bundesverfassungsgericht ist die letzte gangbare Rechtsinstanz, um Honorargerechtigkeit für unseren Berufsstand einzufordern. Uns ist wohl bewusst, dass nur 1% aller eingereichten Beschwerden beim Bundesverfassungsgericht überhaupt angenommen und entschieden werden. Wir haben allerdings so viele handfeste Fakten zur Benachteiligung unseres Berufsstandes zusammengetragen und diese in einem Statement zusammengefasst, dass wir hier die Hoffnung haben, tatsächlich zum Zuge zu kommen.

Ebenfalls zu Beginn des 2. Quartals 2018 feierte die Psychotherapie-Richtlinie den ersten Geburtstag: Die reformierte Psychotherapie-Richtlinie ist nun seit einem Jahr in Kraft. Dies haben verschiedene In-

stitutionen zum Anlass genommen, eine erste Bilanz zu ziehen. So hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 12.04.2018 Zahlen veröffentlicht (<https://goo.gl/zmEcFE>), die belegen, dass die Psychotherapeuten das neue Therapieangebot von Psychotherapeutischer Sprechstunde und Psychotherapeutischer Akutbehandlung zeitnah und schnell in ihren Praxisalltag integriert hat. Somit haben wir, liebe Kolleginnen und Kollegen, den niedrighschwelligem Zugang für Patienten in psychotherapeutische Praxen erfolgreich umgesetzt. All diese Umstellungen haben viel Zeit und Energie gekostet. Nach den bisher bekannt gewordenen Abrechnungsergebnissen zeigen sich zwar leicht erhöhte Vergütungen, aber auch ein Anstieg der Fallzahlen. Die notwendige Erhöhung der Vergütung pro Zeiteinheit bleibt eine Dauerbaustelle für unsere Praxen.

Eine umfangreiche Studie zu den Wartezeiten legte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) am 11.04.2018 vor (<https://goo.gl/ADmVTH>). Auch hier wurde deutlich: Die Psychotherapeutenkammer hat die Reform gut und zeitnah umgesetzt. So konnte die Wartezeit zwischen der ersten Kontaktaufnahme mit der Praxis und dem Erstgespräch auf durchschnittlich 5,7 Wochen verkürzt werden. In einer Umfrage der BPtK von 2011 waren es noch 12,5 Wochen. Allerdings warten Patienten immer noch durchschnittlich 19,9 Wochen auf

einen Therapieplatz – wobei hier wieder ganz deutlich auf das Stadt-Land-Gefälle hingewiesen wird.

Beide Institutionen kommen zu dem Schluss, dass die Psychotherapie-Richtlinie seitens der PsychotherapeutInnen zufriedenstellend umgesetzt wurde, aber diese strukturellen Veränderungen die unzureichende Bedarfsplanung der vergangenen Jahrzehnte nicht abfedern können. Wir sind gespannt, wie die Ergebnisse unserer Wartezeitenstudie, für die wir Sie im März dieses Jahres noch einmal um Ihre Beteiligung gebeten haben, ausfallen werden. Die BPtK-Studie wurde in den Medien positiv rezipiert. So hat unter anderem „Spiegel Online“ auf Grundlage dieser Studie einen Artikel veröffentlicht, der auch auf Daten der Kostenerstattungs-Onlineumfrage der DPtV von 2017 zurückgreift (<https://goo.gl/EMQjSS>).

Wir begrüßen dieses große Interesse der Öffentlichkeit an diesem Thema sehr und hoffen, dass auch die neue Bundesregierung die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland noch ernster nimmt.

Herzlichst, auch im Namen des gesamten Bundesvorstandes
Ihre

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende
der DPtV

Sabine Schäfer, Dagmar Kumbier

Der **60-Minuten-Bericht** an den Gutachter

Tipps für Sterneköche zur Fast Food-Zubereitung

In diesem Beitrag werden pragmatische Ideen aufgezählt, wie der Bericht an den Gutachter nach den bestehenden Regelungen professionell und zeitsparend erstellt werden kann. Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) bietet dafür viele Erleichterungen an. Die Ideen sind nicht auf ein bestimmtes Psychotherapieverfahren beschränkt, sondern verfahrensübergreifend. Dabei werden auch legitime Hilfsmittel genannt. Mit dieser Ideensammlung soll auch das Ziel erreicht werden, sich der Arbeitszeit von 60 Minuten, die in der Gebührenordnung für einen Bericht nur zugrunde gelegt werden, schrittweise anzunähern.

Mit Blick auf das Gutachterverfahren bringt die neue Psychotherapie-Richtlinie erhebliche Verbesserungen mit sich, die noch nicht ausgeschöpft sein dürften.

Es fallen weniger Berichte an den Gutachter an:

- Die Beantragung einer Kurzzeittherapie (KZT) ist außerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraumes nach einer Richtlinien-therapie generell ohne Bericht möglich. Auch bei bestehender Berichtspflicht können Sie bei der Krankenkasse innerhalb der „Zwei-Jahres-Frist“ um Befreiung vom Gutachterverfahren anfragen. Die Krankenkasse kann jederzeit begründete Einzelfallentscheidungen fällen, d.h. einen KZT-Antrag auch ohne Bericht bewilligen. Begründungen könnten beispielsweise sein, dass sich die Diagnose gegenüber der Erstbehandlung geändert hat, dass nach nur wenigen Sitzungen ein Behandlerwechsel zu Ihnen stattgefunden hat oder es aufgrund eines benennbaren Ereignisses, z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, zu einem Rezidiv gekommen ist.

Was bedeutet die „Zwei-Jahres-Frist“?

In der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) findet sich dazu:

§ 11 Antragstellung

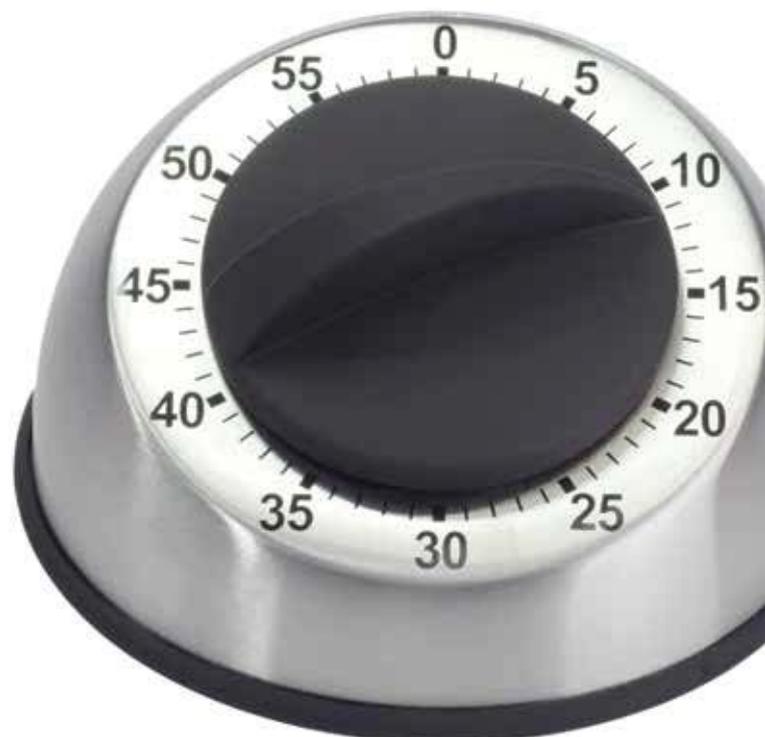
„(4) ... Die Krankenkasse hat den Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie einer Gutachterin oder einem Gutachter vorzulegen (Gutachterverfahren nach § 34 der Psychotherapie-Richtlinie). Das gleiche gilt, wenn nach Beendigung einer Therapie eine Kurzzeittherapie beantragt werden soll, es sei denn, dass zwischen der Beendigung der Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung ein Zeitraum von mehr als zwei Jahren liegt.“

§ 16 Rezidivprophylaxe

„(4) 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 in Anspruch genommenen Leistungen der Rezidivprophylaxe.“

- Bei einer Langzeittherapie (LZT) entfällt ein Bewilligungsschritt. Mit Beginn einer LZT können in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) und in der Verhaltenstherapie (VT) direkt 60 Therapieeinheiten, in der Analytischen Psychotherapie (AP) 160 Therapieeinheiten beantragt werden. Bei einer Verlängerung kann direkt ein Antrag bis zum Höchstkontingent gestellt werden (80 Therapieeinheiten in der VT, 100 in der TP, 300 in der AP).

- Kommt das Gutachterverfahren beim einem Fortführungsantrag zum Einsatz, muss dies von den Krankenkassen nachvollziehbar begründet werden.



Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen

In der Psychotherapie-Richtlinie ist dazu in § 29 festgelegt: „[...] Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen. [...]“ Dies wurde so einem DPtV-Mitglied vom Bundesversicherungsamt (BVA) in einem Schreiben vom 06.04.2018 bestätigt. Die Krankenkasse habe ein Ermessen auszuüben. Das bedeutet, sie muss bei einem Fortführungsantrag jeweils im Einzelfall entscheiden, ob und wenn ja bzw. warum ein Bericht an den Gutachter als erforderlich angesehen werde.

Das BVA ist eine Bundesoberbehörde des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Ihm sind u.a. die Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen unterstellt (<https://goo.gl/3HrSks>).

Bislang sieht es so aus, als würden viele Kassen keinen Bericht für den Fortführungsantrag fordern (vgl. Bundesmitgliederbrief 3.2017, S. 14 ff). Reichen Sie Ihre Fortführungsanträge zunächst einmal ohne Bericht ein. Wenn die Krankenkasse einen Bericht für notwendig erachtet, muss sie diesen „unverzüglich“ anfordern. Sie als Psychotherapeut/in sind dann gehalten, den Bericht „zeitnah“ nachzureichen. Beide Begriffe sind nicht näher definiert.

- Sehen Sie bei einer Patientin oder einem Patienten gegen Ende der Behandlung die fachliche Notwendigkeit, diese/n weiterhin therapeutisch zu begleiten, können Sie die *Rezidivprophylaxe* (s. Infokasten unten) dazu nutzen. Bei der Rezidivprophylaxe handelt es sich um die letzten genehmigten Therapieeinheiten einer bereits genehmigten LZT, die zeitlich gestreckt eingesetzt werden können. Mit der Eintragung des Datums der letzten Therapieeinheit und Angabe der insgesamt durchgeführten Therapieeinheiten auf dem PTV 12 beginnt der Zeitraum von zwei Jahren, in dem die Rezidivprophylaxe genutzt werden kann. Mit den Rezidivprophylaxe-Therapieeinheiten kann die Zwei-Jahres-Frist überbrückt werden. Danach kann in der Regel eine neue KZT ohne Gutachterverfahren beantragt werden.

- Wenn es fachlich begründet ist, können Sie bei einer akuten krankheitswertigen Problematik auch innerhalb der Zwei-Jahres-Frist schnell und unproblematisch eine psychotherapeutische Akutbehandlung anbieten. Die Begründung sollte in der Patientenakte dokumentiert werden.

Es gelten weiterhin die Paragraphen des 2013 modifizierten Patientenrechtgesetzes (vgl. DPtV-Broschüre von Dr. Markus Plantholz) und

in diesem Zuge auch entsprechend zu beachtende Fristen, die sowohl von den Gutachtern als auch von den Krankenkassen eingehalten werden müssen. Die Krankenkasse muss innerhalb von fünf Wochen einen Antrag mit Bericht an den Gutachter bescheiden und den Psychotherapeuten und Patienten schriftlich Rückmeldung geben. Diese im Patientenrechtgesetz (§ 13 Abs. 3a SGB V) verankerte Frist von fünf Wochen schließt die Frist für die Gutachter mit ein, nach der „zwischen dem Eintreffen der Unterlagen zur Begutachtung und der Absendung des Gutachtens in der Regel kein größerer Zeitraum als zwei Wochen vergehen“ dürfe (§ 12 Abs. 7 Satz 4 PT-V).

Es gibt allerdings auch zu beachtende Fristen für Psychotherapeuten. Um Unterbrechungen der Psychotherapie aufgrund des bürokratischen Aufwandes für den Bericht an den Gutachter zu vermeiden, soll hier ein *Umwandlungsantrag von KZT auf LZT* spätestens nach der 8. Therapieeinheit der KZT 2 gestellt werden. Das heißt „übersetzt“: spätestens nach der 20. Therapieeinheit der Kurzzeittherapie (PT-V § 11 Abs. 4). Darüber hinaus ist es ratsam – insbesondere bei hochfrequenten Psychotherapie-settings – den Antrag mindestens *vier Wochen vor Ende einer KZT-Einheit* zu stellen, um eine nahtlose Weiterbehandlung gewährleisten zu können.

Rezidivprophylaxe

Bereits im Antrag für eine Langzeittherapie kann auf dem PTV 2 angegeben werden, wie viele Therapieeinheiten für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. Ist der Einsatz zu Beginn noch nicht absehbar, kann die Rezidivprophylaxe bei jedem Bewilligungsschritt einer LZT beantragt werden. Auch bei der Anzeige des Endes einer Psychotherapie auf dem PTV 12 kann noch beantragt werden, einen Teil des genehmigten Kontingents in Rezidivprophylaxe-Therapieeinheiten umzuwandeln. Wie viele Therapieeinheiten des Kontingents für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden können, hängt von der Länge der Therapie ab. Bei Langzeittherapien von mindestens 40 bis 59 Therapieeinheiten können bei Erwachsenen maximal 8 Einheiten des bewilligten Kontingents für die Rezidivprophylaxe genutzt werden, bei einer längeren Behandlungsdauer maximal 16 Einheiten. Bei Kindern und Jugendlichen werden hier 10 bzw. 20 Therapieeinheiten gewährt. Die Rezidivprophylaxe-Therapieeinheiten können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Therapie genutzt werden.

Wie wird der Bericht an den Gutachter abgerechnet?

Wir beschränken uns hier auf die Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung, auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Laut der Gebührenordnungsposition (GOP) 35131 können für den „Bericht an den Gutachter bei Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der

analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie“ für einen LZT-Antrag 57,43 € (539 Punkte) abgerechnet werden. Sollten Sie einen Bericht für einen KZT-Antrag verfassen, können Sie die GOP 35130 abrechnen und erhalten dafür 28,33 €.

Laut Plausibilitätszeit sind für diese Leistung 60 Minuten hinterlegt. Jede Idee, die Ihnen hilft, die Zeit für das Berichteschreiben zu verkürzen, bringt Sie dieser, im EBM recht knapp bemessenen Zeitvorstellung, einen Schritt näher.

Tipp: Benutzen Sie einmal die Stoppuhr und schauen Sie, wie viel Zeit Sie real für das Verfassen des Berichtes benötigen. Köhlke (2008), Sievers (2011) und die DPTV (2014) erfassten in aufwändigen Studien zum Gutachterverfahren den Arbeitsaufwand für einen Bericht an den Gutachter nach der alten Richtlinie. Alle kamen dabei auf Durchschnittswerte von drei

bis vier Arbeitsstunden. Wie viel Zeit benötigen Sie?

Des Weiteren können Sie für die Fotokopien, die Sie dem Bericht an den Gutachter beilegen, je Seite 0,13 € gemäß GOP 40144 abrechnen. Dies wird oft von den Kolleginnen und Kollegen vergessen bzw. ist ihnen gar nicht bekannt.

Zu guter Letzt sollten Sie auch das Porto in Rechnung stellen, das sind in der Regel bei der Übermittlung eines Briefes im DIN A 5 oder DIN A 4-Format 1,45 € (GOP 40124).

Wie kann das gehen: Berichte schreiben in 60 Minuten und auf nur zwei Seiten?

Die neue Richtlinie ermöglicht es, die Berichte deutlich zu verschlanken. Im neuen Formular „PTV 3“, dem Leitfaden zum Erstellen von Berichten an Gutachter/innen, fin-

den sich dazu folgende Hinweise: *„Der Bericht soll sich auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblatts sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. [...] Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Relevante biographische Faktoren sollen im Rahmen [...] der Psychodynamik [...] dargestellt werden. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. 2 Seiten umfassen.“*

Das bedeutet: Der regelhaft antizipierte Umfang des Berichts ist reduziert worden, von bislang drei bis vier Seiten auf zwei Seiten. Die bislang standardmäßig geforderte biografische Anamnese entfällt. Biografische Daten sollen nur noch dort aufgeführt werden, wo diese zum Verständnis der Psychodynamik oder Verhaltensanalyse unmittelbar notwendig sind.

Auch wenn diese Verschlinkung als Erleichterung gedacht ist, können solche Veränderungen durchaus erst einmal als unbequem oder sogar als Zumutung empfunden werden. Denn sie nötigen uns dazu, gewohnte Abläufe des Schreibens zu verändern, etwas Eingepieltes anders zu machen und neu zu denken wie auch neu zu lernen. Das fordert zunächst Energie und Zeit. Beides ist in einem durchgetakteten Praxisarbeitsalltag rar.

Die Veränderungen beinhalten jedoch die Chance, die Art, wie wir Berichte schreiben, ökonomischer zu gestalten. Da die Honorierung der Berichte bzw. die Vergütung der Arbeitszeit unverändert schlecht ist, empfiehlt es sich, die Berichte sehr pragmatisch anzugehen.

Dazu könnte z. B. gehören, dass Sie herausfinden, dass ein Bericht Sie viel weniger Zeit kostet, wenn Sie ihn wie beim kreativen Schreiben „einfach so“, ohne Beachtung

Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblatts sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden

Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter PTV 3

Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungsantrag
Die Therapeutin oder der Therapeut erstellt den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter persönlich und in freier Form nach der in diesem Formblatt vorgegebenen Gliederung und verzichtet ihn mit Datum und Unterschrift. Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblatts sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. Gliederungspunkte mit einem Zusatz „VT“ sind nur bei einem Bericht zur Verhaltenstherapie, mit dem Zusatz „TP“ nur bei einem Bericht zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und mit dem Zusatz „AP“ nur bei einem Bericht zur analytischen Psychotherapie zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Relevante biographische Faktoren sollen im Rahmen des funktionalen Bedingungsmodells (VT) bzw. der Psychodynamik (TP, AP) dargestellt werden. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. zwei Seiten umfassen.

Bericht zum Erst- oder Umwandlungsantrag

- 1. Relevante soziodemographische Daten**
 - Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder
 - Bei Kindern und Jugendlichen: Angaben zur Lebenssituation, zu Kindergarten oder zu Schularzt, ggf. Schulabschluss und Arbeitsstelle, Geschwisterzahl und -position, zum Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen
- 2. Symptomatik und psychischer Befund**
 - Von der Patientin oder dem Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf; bei Kindern und Jugendlichen diesbezügliche Angaben von Eltern und Bezugspersonen, Informationen aus der Schule
 - Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
 - Psychischer Befund
 - Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten; bei Kindern und Jugendlichen Krankheitsverständnis der relevanten Bezugspersonen
 - Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren
- 3. Somatischer Befund/ Konsiliarbericht**
 - Somatische Befunde (ggf. einschließlich Suchtmittelkonsum)
 - ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
 - Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)
- 4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP)**
 - Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster
 - Funktionales Bedingungsmodell (VT): Verhaltensanalyse, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse)
- 5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung**
 - ICD-10-Diagnose/n mit Angabe der Diagnoseunsicherheit
 - Psychodynamische bzw. neuropsychologische Diagnose (TP, AP)
 - Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich
- 6. Behandlungsplan und Prognose**
 - Beschreibung der konkreten, mit der Patientin oder dem Patienten reflektierten Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen ggf. auch Beschreibung der Therapieziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
 - Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und -methoden; bei Kindern und Jugendlichen Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
 - Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
 - Kooperation mit anderen Berufsgruppen
 - Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der Bezugspersonen
- 7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag**
 - Bisherige Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen
 - Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
 - Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

Bericht zum Fortführungsantrag
(Bei mehreren Berichten zu Fortführungsanträgen sind die Berichte entsprechend fortlaufend zu nummerieren)

- 1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, der Veränderung der Symptomatik und des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen**
- 2. Aktuelle Diagnose/n gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren**
- 3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und -techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie**

Modell PTV 3 (J.2017)

von ausgefeilten Formulierungen, Rechtschreibung oder Seitenumfang herunterschreiben. Erst dann wird sortiert, gekürzt und sprachlich geglättet, dies ebenfalls in möglichst kurzer Zeit. Das bedarf vermutlich etwas Übung und Wiederholung. Sollten Sie eine Spracherkennungssoftware nutzen, so diktieren Sie möglichst „frei“ nach ihren Notizen. Mit etwas Übung, einigen Arbeitserleichterungen, einer pragmatischen Haltung und Mut zum eigenen Stil könnte es möglich sein, einige Berichte tatsächlich innerhalb von 60 Minuten zu schreiben.

Als Arbeitserleichterung beim Schreiben von Berichten könnten Sie beispielsweise ...

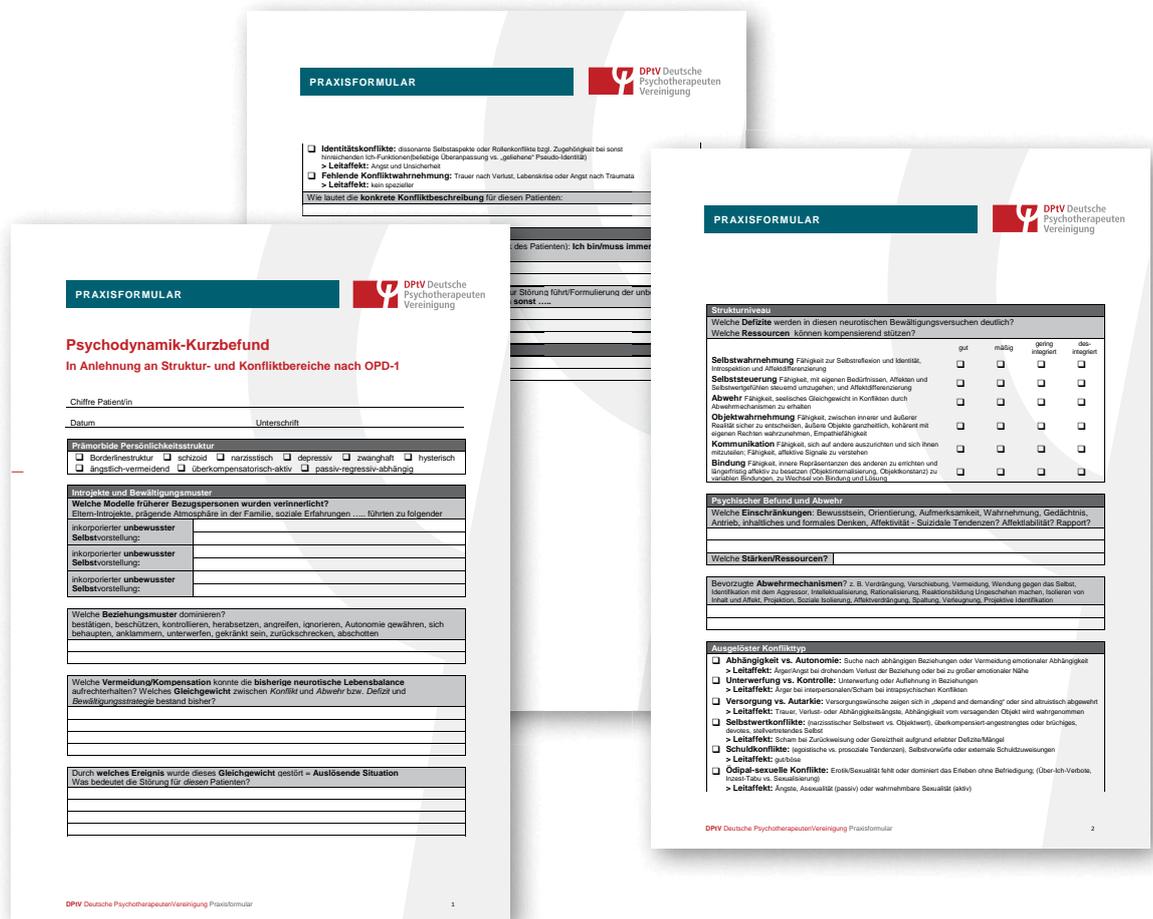
- Ihren Anamnesebogen so strukturieren, dass Sie die Antworten Ihrer Patientinnen und Patienten unverändert oder nahezu unverändert in den Bericht übernehmen können (beispielsweise die Beschreibung der Symptomatik, Übersicht zu Medikation und

Vorbehandlungen, eventuell auch die Ziele der Patienten)

- Ihren Patienten den Anamnesebogen auf einem USB-Stick mitgeben und darum bitten, den Anamnesebogen digital auszufüllen, ihn auf dem Stick wieder mitzubringen, so dass Sie die Antworten der Patienten direkt in Ihren Bericht hinüberkopieren können. *Cave:* Dafür müssen Sie zwingend auf Ihrem Computer ein aktuelles Virenschutzprogramm installiert haben und dieses beständig aktualisieren, damit Sie sicherstellen können, dass Sie sich mit dem USB-Stick, der Berührung mit dem Computer des Patienten hatte, keine Viren einfangen;
- soviel wie möglich nicht als Fließtext, sondern als Aufzählung mit Spiegelstrichen oder in Stichworten mit Kommata-Trennung formulieren, z.B. soziodemografische Angaben, Symptomatik, Therapieziele und Ihre Behandlungsplanung;

- den an der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) orientierten oder den an der Verhaltensanalyse nach Kanfer orientierten Psychotherapiekurzbeurteilung der DPTV nutzen, dem Bericht beifügen und im Text an den entsprechenden Stellen auf diesen Kurzbeurteilung verweisen. Diesen Kurzbeurteilung können Sie bereits in der Psychotherapeutischen Sprechstunde oder einer Probatorischen Sitzung erheben;
- direkt zu Beginn einer Behandlung einen LZT-Antrag stellen, wenn absehbar ist, dass eine LZT nötig sein wird. Wenn Sie mit einer KZT beginnen und dann einen Umwandlungsantrag von KZT in LZT stellen, müssen Sie hier zusätzlich zu den für eine LZT notwendigen Angaben den bisherigen Therapieverlauf darstellen;
- bei jeder einzelnen Angabe prüfen, ob diese für den Antrag wirklich notwendig ist. Es empfiehlt sich also sehr, die Gliede-

Mit etwas Übung, einigen Arbeitserleichterungen, einer pragmatischen Haltung und Mut zum eigenen Stil könnte es möglich sein, einige Berichte tatsächlich innerhalb von 60 Minuten zu schreiben





- rungspunkte auf dem PTV 3 als Prüfsteine zu nutzen, ob hier notwendige Informationen für diesen konkreten Antrag zu benennen sind;
- sich klarmachen, dass es in keiner Weise auf Eleganz oder Schönheit der Formulierung ankommt. Der Bericht ist ein reiner Gebrauchstext, der genau einmal gelesen wird! Er sollte kurz, plausibel und verständlich sein – mehr nicht;
- bei einem LZT-Antrag für Gruppentherapie einen gemeinsamen Gutachter für alle Patienten einer Gruppe wählen. Dies können Sie formlos bei der Krankenkasse beantragen:
„Sehr geehrte Mitarbeiter/innen der Krankenkasse xy, laut der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV und dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) sollen bei Gruppentherapien alle Pa-

tienten einer Gruppe von derselben Gutachterin/demselben Gutachter begutachtet werden. Diese Gruppe wird bisher begutachtet von (Name der Gutachterin/des Gutachters). Bitte leiten Sie beiliegenden Bericht an diese Gutachterin/diesen Gutachter weiter.“;

- Sie können die Krankenkasse ebenfalls formlos bitten, bestimmte Gutachter für die Begutachtung Ihres Antrages auszuschließen: *„Ich bitte Sie, Herrn/Frau xy aus persönlichen Gründen nicht als Gutachter/Gutachterin für den beiliegenden Antrag zu wählen.“* Die Krankenkasse muss Ihrem Wunsch allerdings nicht folgen. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Kasse Ihrem Anliegen folgt, wenn Sie dieses begründen, beispielsweise mit *„fehlender Passung im fachlichen Grundkonzept“* oder *„negativer Erfahrungen“*;

- Benötigte KZT-Anträge können insgesamt noch knapper sein und ebenfalls in freier Form verfasst werden.



Im Mitgliederbereich der DPfV-Homepage finden Sie im Downloadbereich <https://goo.gl/3Fp2D1>:

- unter „Formulare und Vorlagen“
Musterformulare zur Biografischen Anamnese, OPD und Verhaltensanalyse
- unter „Basics der Berufsausübung“
die DPfV-Informationen „Widerspruch und Bearbeitungsfristen“, als auch „Widerspruch, Teilwiderspruch, Obergutachten“

Der Antrag wurde abgelehnt, das Kontingent bei der Begutachtung gekürzt. Was nun?

Liegen die formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht vor, muss die Krankenkasse eine Ablehnung des Antrags fachlich begründen. Dies geht ausschließlich über die gutachterliche Stellungnahme und gilt bei allen Anträgen, also auch bei nicht gutachterpflichtigen Kurzzeittherapieanträgen.

Vereinzelt scheint es so zu sein, dass sich Gutachter oder Gutachterinnen nicht an der neuen PTV 3 orientieren, sondern beispielsweise einen längeren Bericht einfordern oder ihrem Gutachten eine Empfehlung zur erneuten Begutachtung und damit erneuten Berichtserstellung bei einer Verlängerung hinzufügen. Wir empfehlen Ihnen, dem selbstbewusst zu begegnen! Weisen Sie die Gutachter auf die Vorgaben des reformierten Leitfadens, dem PTV 3, hin und widersprechen Sie Auflagen, die diesen nicht entsprechen! Können Sie sich mit dem Gutachter nicht einigen, oder bietet er Ihnen keine Kommunikation an, dann leiten Sie für Sie nicht nachvollziehbare Gutachten gerne auch in anonymisierter Form an die DPtV weiter. Wir sammeln diese Fälle, um uns einen besseren

Überblick bezüglich der reformierten Begutachtung zu verschaffen und gegebenenfalls berufspolitisch reagieren zu können.

Aus der Psychotherapie-Vereinbarung:

§ 13 Entscheidung zur Leistungspflicht

„(3) Legt die Versicherte oder der Versicherte gegen die Ablehnung einer Kurzzeittherapie Widerspruch ein, kann die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen. Liegen die formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht bei Anträgen auf Langzeittherapie vor, muss die Krankenkasse vor der Ablehnung eines Antrags eine gutachterliche Stellungnahme einholen. Wurde ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme abgelehnt und legt die Versicherte oder der Versicherte Widerspruch gegen diese Entscheidung ein, kann die Krankenkasse ein Obergutachten einholen.“

Wurde ein Antrag nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme abgelehnt, ist es formal der Versicherte, der Widerspruch einlegen und ein Obergutachten bei seiner Krankenkasse fordern kann. Dafür können Sie noch einmal die GOP 35131 für den „Bericht an den Gutachter oder Obergutachter“ abrechnen, wenn Sie den Bericht mit der Ablehnung (und womöglich mit einigen ergänzenden Informationen) an den Obergutachter schicken.

Beachten Sie: Der Versicherte kann auch gegen Kontingentkürzungen, sogenannte Teilbefürwortungen, einen sogenannten Teil-Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einlegen. Auf diese Weise wird der Widerspruch nur auf den abgelehnten Teil des Bescheides, also auf das verringerte Kontingent, beschränkt.

Die Stellungnahmen des Gutachters sind Empfehlungen für die Krankenkasse. Ob und wie eine Krankenkasse dieser Empfehlung folgt, ist der Krankenkasse überlassen. Das bedeutet, ein klärendes Telefonat mit der Sachbearbeiterin oder dem Sachbearbeiter der Krankenkasse bzw. mit deren Vorgesetzten kann sich lohnen. Die Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen haben gezeigt, dass diese direkten Gespräche mit der Krankenkasse oft zu einem für die Versicherten günstigen Ergebnis kommen. Wenn wir eines wissen: Regeln können helfen, gute Lösungen für alle Beteiligten anzubahnen, doch das wahre Leben kann manchmal mit diesen Regeln nicht abgebildet werden. Für viele Situationen ist deshalb das Gespräch der Versicherten oder hilfsweise auch der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Krankenkasse der goldene Weg.

Fazit

Fast Food von Sterneköchen kann nahrhaft, gesund und schmackhaft sein. Allerdings müssen hier angesichts der zur Verfügung stehenden Zeit Abstriche beim Styling, bei den dekorativen Zugaben und ganz besonders auch bei den eigenen Ansprüchen gemacht werden. In dieser Analogie müssen Psychotherapeuten umdenken und ihre Ansprüche an ihre Berichte senken, wenn sie sich den 60 Minuten, für die diese Aufgabe ausgelegt ist, annähern wollen. In diesem Sinne wünschen wir den Kolleginnen und Kollegen Mut, zeiter sparende Maßnahmen zu ergreifen und einen für sich passenden ökonomischen Stil beim Schreiben von ihren Berichten an die Gutachter zu entwickeln und zu etablieren. 



Sabine Schäfer

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



Dagmar Kumbier

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Hamburg. Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin (TP), Fachbuchautorin bei Klett-Cotta und Rowohlt, Gründerin und Leiterin des Instituts für Integrative Teilarbeit. www.dagmar-kumbier.de

Literaturhinweise

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.



Literaturverzeichnis

zu

Sabine Schäfer, Dagmar Kumbier

Der 60-Minuten-Bericht an den Gutachter Tipps für Sterneköche in der Fast Food-Zubereitung

Psychotherapie **Aktuell**

Heft 2.2018

ISSN 1869-033

Köhlke, Hans-Ulrich: Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Tübingen 2000.

Sievers, Klaus: Belastungsdimensionen bei Psychologischen Psychotherapeuten. Berufszufriedenheit versus Administration und mangelnde Erholung, in: Psychotherapie Aktuell 4.2012, S. 11-17.

Lahme, Mechthild: Kürzungen des beantragten Stundenkontingentes bei Langzeittherapieanträgen – Auswertung der eingesandten Rückmeldungen der Gutachter, in: Bundesmitgliederbrief der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung 3.2017, S. 14-18.

Rabe-Menssen, Cornelia: Ergebnisse der Onlineumfrage zum Umgang der Krankenkassen mit Fortführungsanträgen, in: ebd., S. 14.

Gemeinsamer Bundesausschuss. Psychotherapie-Richtlinie. Stand 16. Februar 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung vom 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2), in Kraft getreten am 16.02.2017: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf (28.05.2018, 19.20 Uhr).

Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie – Vereinbarung) vom 9. Mai 2017, in Kraft getreten am 01. Juli 2017: http://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (28.05.2018, 19.20 Uhr).

Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Stand 2. Quartal 2018, erstellt am 04.04.2018, Arztgruppen-EBM, Psychotherapeut, ärztl./psycholog.: http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Psychotherapeut_20180401_V1.pdf (28.05.2018, 19.20 Uhr).



Sabine Schäfer

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



Dagmar Kumbier

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Hamburg. Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin (TP), Fachbuchautorin bei Klett-Cotta und Rowohlt, Gründerin und Leiterin des Instituts für Integrative Teilarbeit.

www.dagmar-kumbier.de