






**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie **Aktuell**

8. Jahrgang | Heft 3.2016



-  Reformierte Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet
-  Aktuelle Rechtsfragen beim Jobsharing
-  Betriebliche Psychotherapie und Prävention

# Teil 1: Hintergründe und berufspolitische Einordnung

**Viele Hoffnungen werden mit der Reform der nun seit fast 50 Jahren bestehenden Psychotherapie-Richtlinie verbunden. Es ist dabei nicht alles Gold, was glänzt. Die Reform bedeutet dennoch einen wichtigen Fortschritt mit einigen Verbesserungen.**

Die reformierte Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) wurde nach zähen und langwierigen Verhandlungen am 16.6.2016 vom Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verabschiedet.

Um es vorweg zu nehmen: Glücklicherweise kann mit den Ergebnissen niemand sein. Aber zufrieden, wenn man die Entstehung und Hintergründe dessen kennt. Es ist ein typischer Kompromiss zwischen zwei weit auseinanderliegenden Positionen. Eine erste Bewertung des Beschlusses haben die Psychotherapeutenverbände DPtV, bvvp und VAKJP in einer gemeinsamen Pressemitteilung „Neue Psychotherapie-Richtlinie: Licht und Schatten“ direkt am 16.6.2016 vorgenommen.

Die neue Richtlinie markiert eine bedeutende Wende in der gesundheitspolitischen Geschichte der Psychotherapie: Die Prozesse im Unterausschuss Psychotherapie standen zum ersten Mal in ständiger Abstimmung mit den in der KBV vertretenen Psychotherapeuten, insbesondere mit dem Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie. Vieles konnten wir Psychotherapeuten in langwierigen Diskussionen im Unterausschuss (UA) verdeutlichen und in unserem Sinne regeln. Dass nicht alle unsere Zielpunkte erreicht wurden, ist dem erwähnten Kompromiss geschuldet, in dem alle Verhandlungspartner und ihre Interessensgruppen von ihren Positionen abrücken mussten.

Wichtig ist, dass wir uns zum jetzigen Zeitpunkt sehr klar sind: Die Reform ist noch längst nicht abgeschlossen! Sie ist nach wie vor im Prozess. Es müssen noch weitere

ergänzende Regelungen in der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) an die reformierte PT-RL angepasst und einige sogar neu geregelt werden. Die DPtV wird weiterhin hart für die Interessen unserer Kolleginnen und Kollegen kämpfen! Auch, um eines Tages dort anzukommen, wo wir sein wollen und müssen: Bei Regelungen, die dem psychotherapeutischen Versorgungsbedarf wirklich entsprechen und die den Psychotherapeuten real ihre alltägliche Arbeit erleichtern.

Zu beachten ist auch: Der Gemeinsame Bundesausschuss ist kein Gremium, in dem über Geld verhandelt wird. Verhandelt werden hier die Strukturen und gegebenenfalls Inhalte der psychotherapeutischen Arbeit. Honorarverhandlungen sind die genuine Aufgabe des Bewertungsausschusses. Dieser ist laut § 87 Absatz 5b SGB V gesetzlich gehalten, spätestens nach sechs Monaten die Bewertung für

neue Leistungen in der GKV (z.B. Sprechstunde und Akutbehandlung) zu erarbeiten. Neben den Honoraren müssen hier die neuen EBM-Ziffern samt ihrer Legenden (Leistungsbeschreibungen), Bewertungen und Abrechnungsbestimmungen verhandelt und beschlossen werden. Es ist auch möglich, dass sich wie so oft, KBV und GKV-Spitzenverband nicht einigen können, so dass der Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden muss.

Auch hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Möglichkeit, den Beschluss vom 16.6.2016 zu beanstanden. Wir haben bereits am 1.7.2016 das BMG gebeten, bezüglich der geteilten Kurzzeittherapie, der mangelnden Verbesserungen und Erleichterungen für die Gruppentherapie und der fehlenden Erhaltungstherapie Nachbesserungen vom G-BA zu dem Beschluss zu fordern. Die Chancen dafür, dass sich das BMG fachlich einmischen wird, dürften allerdings aus Erfahrung gering sein. Der Prozess ist also in vollem Gange, und wir alle arbeiten weiter an unseren Zielen.

---

Die Prozesse im Unterausschuss Psychotherapie standen zum ersten Mal in ständiger Abstimmung mit den in der KBV vertretenen Psychotherapeuten

---

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BFA PT KBV	Beratender Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
BSG	Bundessozialgericht
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
PT-V	Psychotherapie-Vereinbarung
SGB	Sozialgesetzbuch
TfP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
UA	Unterausschuss

Bis die Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarung tatsächlich einsatzbereit sind, werden noch einige Verhandlungsrunden stattfinden, allerdings müssen alle Regelungen bis zum Inkrafttreten der reformierten Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 getroffen sein.

### Ein Blick zurück – Warum wollten wir Psychotherapeuten die PT-RL modernisieren?

Die Psychotherapie-Richtlinie stammt aus den Sechzigerjahren. Bis auf die der Aufnahme der Verhaltenstherapie als Krankenkassenleistung in den Achtzigerjahren wurde die Psychotherapie-Richtlinie immer mal wieder nur an kleineren Stellen verändert. Allerdings reichten diese Änderungen nicht, um den offensichtlichen Bedürfnissen einer guten, modernen, ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gerecht zu werden. Unsere Kolleginnen und Kollegen in der DPTV kritisieren seit vielen Jahren, dass die PT-RL für eine angemessene und moderne Versorgung wie auch gemessen an unseren Behandlungskompetenzen nicht ausreichend und zu unflexibel ist. Diese kritischen Rückmeldungen unserer Kolleginnen und Kollegen haben wir im Verband gesammelt und ausgewertet.

Um nur einige Kritikpunkte an der PT-RL hier noch einmal zu nennen:

- Es gibt für chronisch erkrankte Patienten keine regelhafte niederfrequente Erhaltungstherapie in der PT-RL. Eine notwendige niederfrequente Weiterbehandlung dieser Patientengruppe nach einer erfolgreichen Psychotherapie ist deshalb nur mit hohem bürokratischen Aufwand und geringer Vergütung für den Psychotherapeuten möglich.
- Weiter können Patienten erst dann mit einem Psychotherapeuten sprechen, wenn für einen frei werdenden Therapieplatz eine probatorische Sitzung ange-

boten werden kann. Es fehlte die Möglichkeit einer niedrigschwelligen frühzeitigen ersten Abklärung und einer Akutbehandlung.

- Auch werden insgesamt nur wenige Gruppentherapien für die Versorgung angeboten. Dies liegt u.a. an den Erfordernissen einer besonderen Infrastruktur für Gruppentherapie in der Praxis. Auch ist sie organisatorisch und bürokratisch schwerer zu handhaben als die Einzelbehandlung. Das Gutachterverfahren wird insbesondere hier als aufwendige und bürokratische Hürde wahrgenommen. Weiter ist die Erlangung der Abrechnungsgenehmigung recht aufwendig für einen bereits tätigen Vertragspsychotherapeuten.
- Psychodiagnostik ist bisher ausschließlich mit den äußerst schlecht honorierten Leistungen der Testdiagnostik des EBM-Abschnitts 35.2 möglich.
- Die überbordende Bürokratie macht den Kolleginnen und Kollegen schon immer zu schaffen, insbesondere der immense Aufwand bei allen berichtspflichtigen Anträgen. Diese sind sehr aufwendig und werden für die Honorierung im EBM nur mit einer Arbeitsstunde hinterlegt, obwohl die Kollegen im Schnitt hier vier bis sechs Stunden benötigen.
- Die Kolleginnen und Kollegen mit einer Fachkunde in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie fordern schon seit langem eigene Gutachter/innen für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP). Hier benötigt ein/e Gutachter/in bisher die Fachkunde in TfP und Analytischer Psychotherapie, um TfP-Berichte begutachten zu können.

Um unsere Existenz in der Versorgung zukünftig zu sichern, müssen wir uns fachlich breiter aufstellen und unser Angebot an die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen anpassen. Hier sind unsererseits innovative Versorgungsangebote gefragt. Krankenkassen und Ärzteverbän-

de stricken ihrerseits immer mehr Modelle und Selektivverträge, in denen genuin psychotherapeutische Versorgung durch fachfremde Behandlergruppen oder auch in unterschiedlicher Form „online“ absolviert werden können. Ohne heilkundliche und fachspezifische Kompetenzen halten wir dies für problematisch. Ein aktuelles Beispiel ist die Jena-PARADIES-Studie, in der ein Programm entwickelt wurde, bei dem Hausärzte, die eine kurze Schulung durchlaufen, in vier Sitzungen Expositionsbehandlungen bei Patienten mit Panikstörungen durchführen, unterstützt durch ihr Praxispersonal, das telefonischen Kontakt mit den Patienten hält. Das selbsterklärte Ziel dieses Programms ist die wirksame und kosteneffektive Behandlung von Patienten mit Panikstörungen in der hausärztlichen Versorgung. Umfassende psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungen lassen sich aber nicht einfach in einer hausärztlichen Praxis substituieren!

Wenn die PT-RL Bestand im System der GKV haben soll, muss sie modernisiert werden: Sie sollte sowohl die gesamten Kompetenzen eines ambulant arbeitenden Psychotherapeuten als auch die modernen Erfordernisse einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abbilden. Das heißt, sie muss um zusätzliche psychotherapeutische Behandlungsmodule erweitert werden.

Da selbst kleinere sinnvolle Änderungen in der PT-RL aufgrund des sehr aufwendigen und langwierigen bürokratischen Verhandlungsprozesses schwierig sind, hat sich die DPTV in vielen Bundesländern für Selektivverträge als Erprobungsfelder für Neuerungen eingesetzt. Selektivverträge haben einen starken Innovationsimpuls, sollen und können allerdings den Kollektivvertrag keinesfalls ersetzen. *„Neue Versorgungsprojekte dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die Bedingungen der Grundversorgung im Kollektivvertrag verschlechtert*

---

Wenn die PT-RL im System der GKV Bestand haben soll, muss sie modernisiert werden

---

oder beeinträchtigt werden“, dies haben wir schon 2009 im DPtV-Programm deutlich festgehalten. Eine Verschlechterung im Sinne eines Flickenteppichs unterschiedlichster und für die Patientinnen und Patienten nicht mehr durchschaubarer Angebotsformen würde aber eintreten, wenn ein immer größerer Teil der psychotherapeutischen Versorgung über Selektivverträge abgewickelt würde.

Wir sind sehr froh, diesen Innovationsprozess aktiv angestoßen zu haben. Unser „Modell einer gestuften ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung“ (Abb. 1) entstand aus den über mehrere Jahre gewonnenen Erkenntnissen unserer täglichen Praxis. Es orientierte sich an Praktikabilität, reibungsloser Durchführung sowie den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der psychisch erkrankten Patienten. Bereits in Heft 4.2013 stellten wir es in dieser Zeitschrift vor.

In der gleichen Ausgabe der Psychotherapie Aktuell stellte der GKV-Spitzenverband die „Zukünftige Strukturierung – ambulante Psychotherapie“ (Abb. 2) vor.

### Welche „Player“ sind an der Reform der Psychotherapie-Richtlinie beteiligt?

Bei der Etablierung von gesetzlichen Bestimmungen, die über demokratische Prozesse in ihrem Ergebnis für alle Versicherten im GKV-System gelten sollten, sind verschiedene „Player“ beteiligt. Einmal die Politik, weiter alle politisch organisierten Verbände der „Leistungserbringer“ (Fachverbände, Institute, Ärzteguppierungen, Berufsverbände), die der „Kostenträger“ (vdek e.V., AOK Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e.V, Knappschaft, SVLFG) und die Verbände der Patientenvertreter.

Die Regierungsparteien haben die in der PT-RL verankerten Missstände aufgegriffen und in ihrem Koalitionsvertrag ein entsprechendes

Gesetzesvorhaben vereinbart. Im späteren Gesetz vom 23.7.2015 zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurden die Maßgaben präzisiert (vgl. § 92 Abs. 6a Satz 3 SGB V):

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Wir danken an dieser Stelle unseren Ansprechpartner/innen in der Politik, die viele unserer Anliegen aufgegriffen und im Gesetzestext platziert haben.

Die Ausgangsposition war demnach erst einmal ganz gut. Diese Stichpunkte im Gesetzestext gaben uns die Möglichkeit, die Module aus unserem Stufenmodell als innovative Erweiterung der PT-RL in die Beratungen der KBV und auch des G-BA einzubringen und zu beraten.

Die DPtV zielt immer darauf ab, dass Neuerungen möglichst von der ganzen Psychotherapeuten-schaft getragen und deren Umsetzung kritisch ventiliert und begleitet werden. Insofern waren nun unzählige demokratische Diskussions- und Abstimmungsprozesse notwendig, um sich mit anderen Verbänden auf eine Position für den Beratenden Fachausschuss Psychotherapie (BFA PT) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu einigen.

Bei diesen Prozessen kamen unterschiedliche Interessen, insbesondere auch Partialinteressen von Fachverbänden, Ärzteguppierungen und nicht zuletzt auch die der Befürworter des Gutachterverfahrens zum Tragen. Letztendlich wurde nach ausführlichen Beratungen

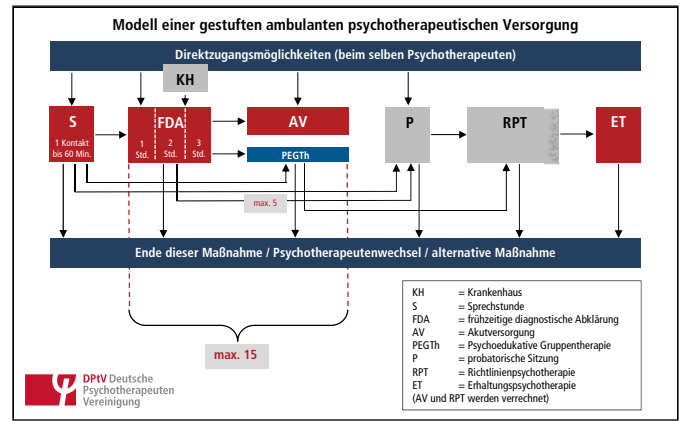


Abbildung 1

das Modell der DPtV mit wenigen Änderungen von den Mitgliedern des BFA PT als Modell der KBV übernommen.

Der KBV-Vorstand hat ebenfalls fast alle Beratungsergebnisse des BFA akzeptiert und sie in ein Positionspapier zur letzten Bundestagswahl eingearbeitet. Sie fanden schließlich sehr komprimiert Eingang in die oben erwähnte gesetzliche Vorschrift zu § 92 Abs. 6a SGB V.

### Wie funktioniert der Gemeinsame Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschluss-gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Psychothera-

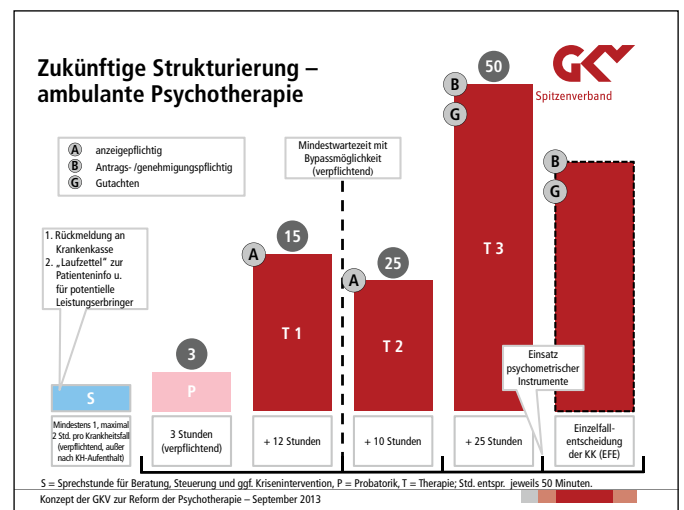


Abbildung 2

Können die „Bänke“ sich im Unterausschuss nicht auf einen gemeinsamen Beschluss einigen, werden die dissidenten Beschlussentwürfe in das Entscheidungsgremium, dem Plenum des G-BA, zur Abstimmung gegeben

peuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Im G-BA beraten sich die vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems zu neuen Leistungen im deutschen Gesundheitswesen: Die Repräsentanten der Kassenärztlichen (KBV) und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV). Auch die Patientenvertretung ist in allen Beratungen mit beteiligt, allerdings nicht stimmberechtigt.

Die „Player“ einer Gesetzesreform werden hier organisiert in Abstimmungsprozesse geführt. Der Ablauf jeder Beratung einer Neuerung ist in der Geschäfts- und Verfahrensordnung festgelegt. Egal, ob ein neues Verfahren oder ein Medikament für eine Zulassung im GKV-System beraten wird, es wird nach diesen Ordnungen geprüft. Der G-BA wird auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt, die dort beratenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

**Beschlussgremium: Das Plenum des G-BA**

Stimmrecht im Plenum haben fünf Mitglieder der „Leistungserbringer“ (DKG, KBV, KZBV) und fünf Mitglieder des GKV-SV. Bei Angelegenheiten, die per se nur die KBV oder nur die KZBV oder nur die DKG betreffen, stimmen die anderen „Leistungserbringer“ in der Regel mit demjenigen, der hier sein Anliegen vorträgt.

Die Beschlüsse für die finale Abstimmung im Plenum werden von seinen Unterausschüssen vorbereitet. Diese können dafür auch temporär zu speziellen Themen Arbeitsgruppen bilden. In allen Gremien des G-BA finden sich die Repräsentanten der Spitzenorganisationen. Eine Ausnahme in dieser sehr vereinheitlichten Organisationsstruktur stellt der Unterausschuss (UA) Psychotherapie dar. Er ist neben dem Unterausschuss für

Zahnärzte der einzige Ausschuss, der allein für eine Berufs- bzw. Facharztgruppe zuständig ist. Uns war die Etablierung dieses Unterausschusses damals wichtig, damit überhaupt die Chance besteht, dass Besonderheiten der Psychotherapie bei allen Entscheidungen berücksichtigt werden.

Im UA Psychotherapie lassen die Vertreter/innen der „Leistungserbringer“ der DKG und der KZBV ihre aktive Mitgliedschaft ruhen. Das bedeutet, dass sich hier die sogenannte „Bank der Leistungserbringer“ nur aus KBV-Vertreter/innen zusammensetzt. Dies sind drei ärztliche Psychotherapeuten und drei Psychologische bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die Psychotherapie zuständige KBV-Mitarbeiter. Weiter sitzen auf der Bank der Krankenkassen ebenfalls sechs Repräsentanten und zusätzlich ohne Stimmrecht, aber immer sehr präsent in der Diskussion, die Patientenvertreter.

Können die „Bänke“ sich im Unterausschuss nicht auf einen gemeinsamen Beschluss einigen, werden die dissidenten Beschlussentwürfe in das Entscheidungsgremium, dem Plenum des G-BA, zur Abstimmung gegeben. Die Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer haben das Recht zur Stellungnahme und zur persönlichen Anhörung vor einem Beschluss. Die Rechtsaufsichtsbehörde des G-BA ist das BMG, welches die Möglichkeit hat, Beschlüsse des G-BA zu beanstanden.

Insofern ist es mit einem großen Risiko behaftet, mit dissidenten Beschlüssen ins Plenum zu gehen. Beschlossen wird hier auf jeden Fall, allerdings sind im Plenum keine Psychotherapeuten mehr an den Abstimmungen beteiligt. Dies obliegt KBV-seitig den beiden KBV-Vorständen.

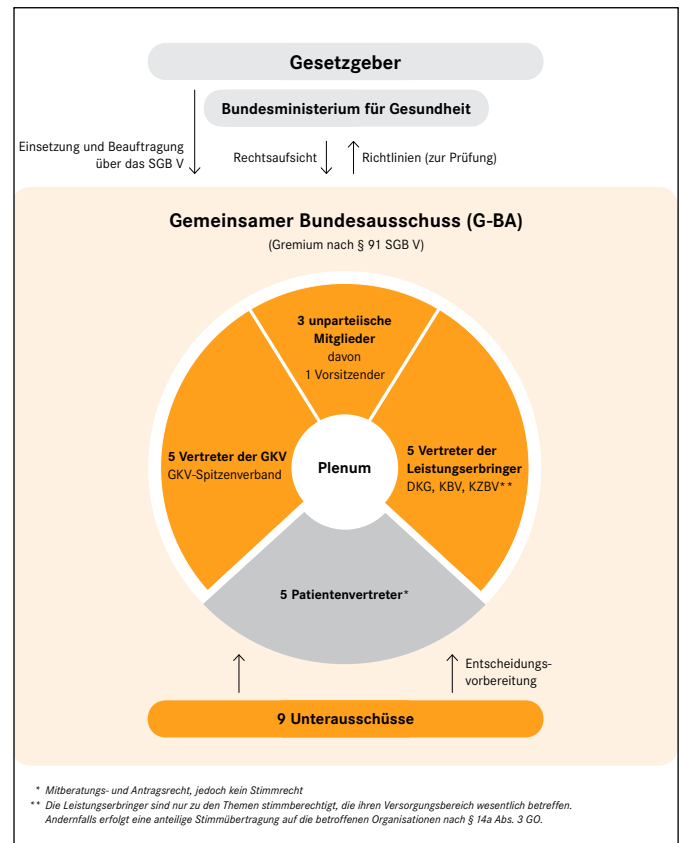


Abbildung 3



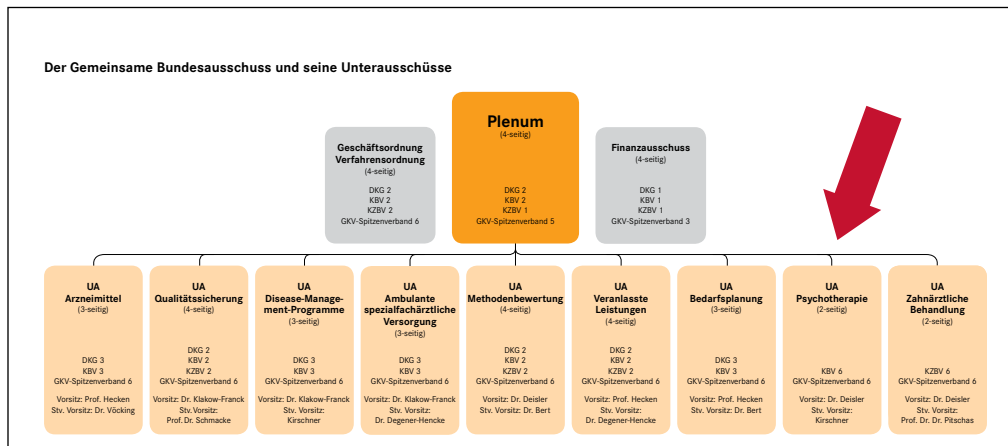


Abbildung 4

### Wie laufen die Abstimmungsprozesse für Reformen? Wer bestimmt letztendlich?

Wie auch bei den Playern der Politik, der Patientenvertreter und der Krankenkassen gibt es auch bei den „Leistungserbringern“ nicht nur Einigkeit.

So finden sich im BFA PT, sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene, ärztliche Psychotherapeuten und Psychiater, die nicht überwiegend als Psychotherapeuten arbeiten, sowie auch Gutachter, die im Rahmen der Antragsbegutachtung tätig sind. Weiter sind die Fachkunden der Mitglieder nicht gleichmäßig verteilt, die Vertreter der analytischen Psychotherapie überwiegen. Die gefassten Beschlüsse, die Empfehlungscharakter für den Vorstand der KBV haben, fußen hier meist auf sehr langwierigen schwierigen Verhandlungen im Vorfeld außerhalb dieser Gremien.

Es gehört daher die intensive fachliche Abstimmung innerhalb der Gruppen zu den Hauptaufgaben, um die Gremienarbeit vorzubereiten. Weiter geht es aber auch darum, externe Sachverständige zu bestimmten Themen ausfindig zu machen, u.a. für Anhörungen im G-BA.

Die Beschlüsse des BFA PT haben nur einen Empfehlungscharakter

für den KBV-Vorstand, dieser kann die Beratung annehmen oder auch die Meinung nicht teilen und entscheidet letztendlich unabhängig.

Da es leider weder in den Vorständen der Landes-KVen noch in dem der KBV einen Psychotherapeuten gibt, sind die Interessen der Psychotherapeuten einem KBV-Vorstand nicht genuin bekannt, sondern können diesem nur im proaktivem Kontakt vermittelt werden. Die in allen Landes-KVen anstehenden Wahlen sind aus diesem Grund sehr wichtig, um unsere Positionen in allen Gremien der KVen vertreten zu können und hier auch bei strukturellen Reformen in der KV Einfluss zu nehmen.

Die UA-Mitglieder werden als ehrenamtlich tätige Sachverständige vom KBV-Vorstand berufen. Sie sind in dieser Position an die vorgegebenen Bedingungen und Positionen des KBV-Vorstandes gebunden. Die Zusammensetzung des UA Psychotherapie auf „Leistungserbringerbank“ ist wie der BFA PT paritätisch mit drei Psychotherapeuten auf der Ärzteseite und drei Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt. Auch KBV-Mitarbeiter betreuen den UA und unterstützen mit den Ressourcen der KBV die Klärung bestimmter Fragestellungen.

Aber auch die Beratungen auf der eigenen „Bank“ waren teilweise aufgrund sehr unterschiedlicher Vorstellungen von der psychotherapeutischen Arbeit und unterschiedlichen Konzepten zu bestimmten Verfahren sehr schwierig. Hier waren die Beschlüsse des BFA PT immer wieder der rote Faden, der dem demokratischen Verständnis folgend dann den Ausschlag gab.

Wir DPTV-Vertreter/innen haben in allen Gremien unsere grundlegenden Argumente intensiv vertreten. Aber auch hier gilt, dass gute Argumente und Motive in Verhandlungen mit anderen teilweise sehr konträren Sichtweisen und Motiven konkurrieren.

Der BFA PT wurde immer wieder bei den Verhandlungen einbezogen und hat alle Entscheidungen, u.a. an diesen wichtigen Eckpunkten, abgewogen:

- Die Richtlinien-Psychotherapie soll erhalten bleiben.
- Die Genehmigungspflicht für die Kurzzeittherapie muss erhalten bleiben, um die Wirksamkeit der BSG-Urteile zum Mindesthonorarschutz aufrecht zu erhalten.
- Neue Module sollen zusätzlich als Add-On zur Richtlinien-Psychotherapie eingeführt werden.
- Freiwilligkeit, diese Add-On anzubieten, soll bestehen.
- Die Anzahl der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen soll aufgrund des gerade eingeführ-

Die Beschlüsse des BFA PT haben nur einen Empfehlungscharakter für den KBV-Vorstand, dieser kann die Beratung annehmen oder auch die Meinung nicht teilen und entscheidet letztendlich unabhängig

- ten Strukturzuschlages minimal bleiben.
- Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens
- Erleichterungen bei der Gruppentherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Gutachter/innen für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie-Anträge

### Ein zweiter Blick zurück: Warum wollten die Krankenkassen die PT-RL reformieren?

Wie oben bereits dargestellt, sprechen die Krankenkassen auch nur deshalb mit einer Stimme, weil sie dahinter ebenfalls große Abstimmungsprozesse vollzogen haben. Der AOK-Bundesverband und auch der Verband der Ersatzkassen vdek mit ihren zahlreichen Mitgliedskrankenkassen haben untereinander sehr unterschiedliche Interessen, vor allem auch aufgrund von Konkurrenz-Motiven der einzelnen Krankenkassen. Auch die Krankenkassen müssen ihre Standpunkte zu einem Meinungsbild bündeln. Dieses Meinungsbild wird dann über den GKV-SV in die Verhandlungen eingebracht.

Von den Krankenkassen wurde als reformbedürftiger Missstand

vorgetragen, dass sie von ihren Versicherten bundesweit Klagen erhalten, dass man in den Praxen der Psychotherapeuten persönlich oft niemanden erreichen könne und stattdessen auf Anrufbeantworter treffe, dass die Praxen der Psychotherapeuten keine oder nur sehr unzureichende telefonische Sprechzeiten anbieten und oftmals, trotz hinterlassener Bitte, nicht zurückrufen würden. Weiter klagen die Versicherten, dass sie auf einen ersten Kontakt für eine Abklärung teilweise sehr lange warten müssten. Es ist natürlich auch kein Geheimnis, dass letztlich die Bedarfsplanung für den psychotherapeutischen Versorgungsbereich völlig unzureichend ausgestaltet ist und erheblich zu den oben genannten Missständen beiträgt.

Dass Krankenkassen in erster Linie die Interessen ihrer Versicherten im Blick haben, ist nicht verwunderlich. Dass sie als Wirtschaftsunternehmen möglichst viel Leistung für wenig Geld einkaufen wollen, auch um die Krankenkassenbeiträge ihrer Versicherten effektiv zu nutzen, ist ebenfalls nicht verwunderlich.

Insofern stand auf der Agenda der Krankenkassen bei den Verhandlungen:

- Bessere Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxis

- Abbau der Wartezeiten für einen Erstkontakt
- Möglichst frühzeitige Aufnahme einer Behandlung in dringenden Fällen
- Möglichst keine oder nur wenige neue Leistungen, denn jede neue EBM-Ziffer muss folgerichtig dann auch von den Krankenkassen zusätzlich bezahlt werden.
- Ein erstes Angebot einer Kurzzeittherapie sollte nicht mehr als 12 Sitzungen umfassen. Nach diesem Angebot soll der Versicherte in Ruhe entscheiden können, ob er weiterhin Hilfe benötigt.
- Bessere Koordinierung der notwendigen Leistungen für die Versicherten

Insbesondere die Techniker Krankenkasse und auch der vdek beschäftigten sich intensiv mit der „zufälligen Auswahl“ von Psychotherapeuten für einen Patienten. Sie zeigten anhand von Statistiken auf, dass Patienten laut TK-Daten die Therapieform erhalten, die vor Ort am meisten durch niedergelassene Psychotherapeuten vertreten ist. Sie stellten sich die Frage, ob dies fachlich gerechtfertigt ist oder hier Zuweisungsfehler bestehen könnten. Dass die ungleiche regionale Verteilung der angebotenen Psychotherapieverfahren ganz andere Ursachen hat, wurde nicht

---

Die in allen Landes-KVen anstehenden Wahlen sind aus diesem Grund sehr wichtig, um unsere Positionen in allen Gremien der KVen vertreten zu können und hier auch bei strukturellen Reformen in der KV Einfluss zu nehmen

---

---

Wir Psychotherapeuten wollten keinen Rückfall in ein ärztlich-dominiertes Delegationsverfahren

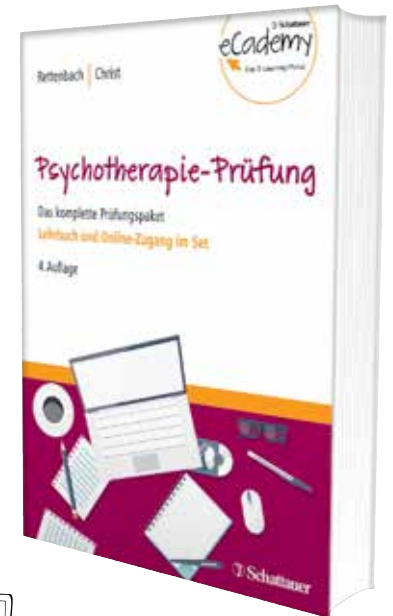
---

### Vorstellungen der Krankenkassen zu Beginn der Verhandlungen

- Telefonische Erreichbarkeit von 10 Stunden/Woche
- Sprechstunde verpflichtend für Psychotherapeut/in
- Sprechstunde verpflichtend für Patient/in
- Sprechstunde nur durch ärztliche Psychotherapeuten
- Sprechstunde nur durch PP/KJP, die Kooperationsverträge mit Ärzten haben
- Rückmeldungen an Krankenkasse – Laufzettel für Patienten
- Frühzeitige Diagnostik ist nicht notwendig
- Verpflichtender Einsatz diverser psychometrischer Instrumente
- Reduktion der probatorischen Sitzungen
- Mindestvorgabe für probatorische Sitzungen von mindestens 4
- Psychotherapie: Großer Teil nur anzeigepflichtig
- Geteilte Kurzzeittherapie mit Ausnahme bei der Psychoanalytischen Therapie
- Mindestwartezeit sechs Wochen zwischen den Kurzzeittherapieblöcken
- Vor Langzeittherapie muss immer erst Kurzzeittherapie absolviert werden
- Keine Rezidivprophylaxe

## Clever kombiniert - erfolgreich die „IMPP-Prüfung“ bestehen!

Bitte leise.  
Prüfung!



### Psychotherapie-Prüfung

**Das komplette Prüfungspaket:  
Lehrbuch und Online-Zugang im Set**

Mit dieser Kombination aus Lehrbuch und E-Learning-Portal bekommen Sie den Prüfungsstoff für die Approbationsprüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Griff!

- **Lernen:** Das bewährte Lehrbuch deckt den gesamten IMPP-Gegenstandskatalog ab. Sie finden das benötigte Wissen zu allen relevanten Prüfungsthemen. Notizen und Merkzettel im Portal ermöglichen gezieltes und individuelles Lernen.
- **Vertiefen:** E-Learning-Portal mit über 700 Fragen und Antworten. Besonders beliebte Prüfungsthemen können in den Kompaktkursen trainiert werden. Kapitelweise auf das Lehrbuch machen es leicht, eventuelle Lücken zu schließen.
- **Überprüfen:** Sitzt der Stoff? Sind Sie bereit für die Prüfung? Fragen Sie Ihren individuellen Lernstatus ab. Den realen Prüfungen nachempfundene Übungsprüfungen auf Zeit zeigen Ihnen, wo Sie stehen.

#### Lehrbuch + Keycard im Set:

Buch in der 4. Auflage 2016 mit 352 Seiten, 20 Abb., 5 tab. Übers., kart.  
Keycard für den Online-Zugang zum E-Learning-Portal für 1 Jahr  
€ 69,99 (D) / € 72,- (A) | ISBN 978-3-7945-5212-2

Reinschnuppern:  
**Demo-Video**



hinterfragt. In diesem Zusammenhang stellten sie fest, dass mit der damaligen Praxisgebühr noch viele Patienten vom Hausarzt in die Psychotherapie überwiesen worden seien. Es wurde dabei immer wieder die Frage aufgeworfen, ob nicht bestimmte Psychotherapieverfahren für bestimmte Indikationen geeigneter seien.

Erinnern Sie sich? Die Krankenkassen favorisierten sogenannte „Intelligente Koordinierungsstellen“ als Erstkontakt für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die Koordinierungsstellen sollten als Durchgangsstellen die Aufgabe haben, Patienten mit psychischen Beschwerden auf die niedergelassenen Psychotherapeuten und andere Versorgungsangebote zu verteilen, um sie so der „richtigen“ Behandlung zuzuführen. Die Pläne dazu waren bereits konkret.

Wir Psychotherapeuten wollten keinen Rückfall in ein ärztlich-dominiertes Delegationsverfahren, doch genau das schienen die Krankenkassen anzustreben. Unser „Gegenmodell“ dazu war die Sprechstunde in eigener Hand.

Das Modell der Koordinierungsstellen wurde später zugunsten des Modells des GKV-SV aufgegeben. Hier soll nun die Sprechstunde den notwendigen Behandlungsbedarf „intelligent“ koordinieren. Weiter ist das Modell des GKV-SV geprägt von Stichworten, die eine Rationalisierung und mehr Steuerung der Psychotherapie im Blick haben. Dazu ein paar Stichpunkte aus dem Artikel von Dr. Thomas Uhlemann und Dr. Julian Dilling (GKV-SV) in Psychotherapie Aktuell 4/2013:

- „dauerhafte Anreize für eine Absenkung der Therapiedauer“,
- „Mindestwartezeit von sechs Wochen zwischen den zwei Schritten der Kurzzeittherapie“,
- „Laufzettel“ begleitet von vermehrten Rückmeldungen an die Krankenkassen und
- Höchstkongingente von insgesamt knapp 50 Sitzungen Psychotherapie pro Versicherten.

**Fazit:** Noch sind wir mitten in dem Prozess von Veränderungen in der psychotherapeutischen Versorgung, die wir gemeinsam und bewusst angestoßen haben. Den modernen Gegebenheiten geschuldet, waren Veränderungen notwendig und schon längst überfällig. Vieles wurde erreicht, so beispielsweise der Erhalt der Genehmigungspflicht für die Richtlinientherapie und somit durch die BSG-Rechtsprechung abgesicherte Mindesthonorare oder auch die Sprechstunde in „eigener Hand“ anstelle von ärztlich-dominierter Koordinierungsstelle. Einiges ist der schwierigen Kompromissfindung bei sehr unterschiedlicher Interessenslage der Verhandlungsbeteiligten geschuldet, wie die Zweiteilung der KZT, allerdings bei bestehender Antragspflicht mit Genehmigung und Zugang zur Langzeittherapie von der ersten Sitzung an. Einiges ist noch ausstehend, wie die Vereinfachung des Gutachterverfahrens und gegebenenfalls Verbesserungen der neuen Richtlinie, spätestens nach erfolgter Evaluation.

Eine erste Bewertung und Diskussion der Ergebnisse finden Sie hier im Anschluss. Bis zum Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 werden weitere wichtige Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung verhandelt. Wir kämpfen weiterhin um jede Möglichkeit der Optimierung bei dieser psychotherapeutischen Richtlinien-Reform.

Und wie immer:

**Nach der Reform ist vor der Reform!**



## Teil 2: Erster Überblick über die neuen Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie

### 1. Telefonische Erreichbarkeit (§ 1 PT-RL)

Alle psychotherapeutischen Praxen mit vollem Versorgungsauftrag müssen zukünftig insgesamt 150 Minuten pro Woche (in 25 Minuten Einheiten aufteilbar) telefonisch durch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten oder Personal erreichbar sein. Entsprechend müssen Praxen mit einem halben Versorgungsauftrag eine 75-minütige telefonische Erreichbarkeit vorhalten.

#### Einschätzung:

■ Die Erreichbarkeit kann frei gestaltet werden. Wer über kein Personal verfügt, wird die sonstigen Tätigkeiten, wie z.B. Arztbriefe schreiben, Tests auswerten, mit der Erreichbarkeit verbinden oder er wird durch Anrufweitschaltung die Erreichbarkeit gewährleisten. Alternativ bieten sich z.B. kollegiale Vernetzung, Bürogemeinschaft, Online-Angebote zur Terminvergabe u. ä. an. Wie die Erreichbarkeit letztendlich überprüft werden kann, ist nicht geregelt.

### 2. Sprechstunde (§ 11 PT-RL)

Jede/r Psychotherapeut/in kann entscheiden, ob eine Sprechstunde für Patienten mit den damit verbundenen Auflagen angeboten wird.

Entscheiden Sie sich mit einem vollen Versorgungsauftrag, Sprechstunden anzubieten, muss das Sprechstundenangebot mindestens 100 Minuten in der Woche umfassen (in 25 Minuten Einheiten aufteilbar). Analog müssen Kollegen/innen mit halbem Versorgungsauftrag bei entsprechender Entscheidung 50 Minuten pro Woche als Sprechstundenangebot einplanen.

*In der Sprechstunde „[...] ist insbesondere zu klären, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht oder welche weiteren fachspezifischen Hilfen notwendig erscheinen. Die Zielsetzung der Sprechstunde ist dabei, das für den Patienten geeignete Versorgungsangebot zu finden, ihn entsprechend zu beraten und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen.“ (Tragende Gründe, TrG).*

Als allgemeine Information zur Psychotherapie wird dem Patienten ein noch zu entwickelndes „Informationsblatt Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“ ausgehändigt. Im Bedarfsfall ist eine orientierende diagnostische Abklärung und eine differenzialdiagnostische Abklärung im Rahmen der Sprechstunden möglich.

Die Ergebnisse der diagnostischen Erhebungen und die Empfehlungen, die sich aus der psychotherapeutischen Sprechstunde ergeben, werden in einer „Individuellen Patienteninformation“ der Patientin/dem Patienten überreicht. Eine Kopie dieses Dokuments gehört zur Behandlungsdokumentation und verbleibt in der Patientenakte (siehe auch § 37 Abs. 1 PT-RL).

Um die besonderen Anforderungen eines Sprechstundenangebots auch hinsichtlich der Erreichbarkeit zu gewährleisten, müssen die Praxen, die sich für die Sprechstunde entschieden haben, zusätzlich zu den 150 Minuten telefonische Erreichbarkeit weitere 100 Minuten pro Woche anbieten, d.h. mit einem vollen Versorgungsauftrag insgesamt 250 Minuten. Analog hierzu gelten für Praxen mit halbem Versorgungsauftrag zusätzliche 50 Minuten telefonische Erreichbar-

keit pro Woche, d.h. insgesamt 125 Minuten. Die Erreichbarkeit kann variabel eingeteilt werden, allerdings mindestens in 25 Minuten Zeiteinheiten.

Die Sprechstunde kann in Einheiten von 25 Minuten bis zu 6 x pro Patient/in durchgeführt werden, d.h. insgesamt 150 Minuten. Bei Kindern und Jugendlichen umfasst das maximale Sprechstundenkontingent 250 Minuten. Eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten ist verpflichtend für alle Patienten, die eine Psychotherapie machen wollen.

Es gibt Ausnahmen von der Verpflichtung zur Sprechstunde: *„Sofern nach einer Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Psychotherapie ein Therapeutenwechsel stattgefunden hat, oder wenn ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder aus rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 22 mit einer weiterführenden ambulanten Therapieempfehlung entlassen wurde, kann auf die Durchführung von Sprechstunden verzichtet werden.“ (TrG)*

Die Sprechstunde kann als offene Sprechstunde oder mit Terminvergabe angeboten werden.

#### Einschätzung:

■ Positiv für die Patienten ist ein niedrighschwelliger Zugang zu einem ersten Kontakt mit einem/einer qualifizierten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin sowie zu einer fachlich qualifizierten orientierenden Diagnostik, ohne dass schon die Festlegung auf ein Psychotherapieverfahren vorgebahnt ist. Zuvor war der erste Zugang häufig nur bei einem in Aussicht stehenden freien Psychotherapieplatz über eine probatorische Sitzung möglich.

Zuvor war der erste Zugang häufig nur bei einem in Aussicht stehenden freien Psychotherapieplatz über eine probatorische Sitzung möglich

■ Insgesamt können mehr Patientinnen und Patienten mit fachlich qualifizierten Psychotherapeuten sprechen. Nicht immer wird eine psychotherapeutische Behandlung notwendig sein, es kann dann gegebenenfalls frühzeitig auf andere angemessene Angebote verwiesen werden, z.B. im Beratungs- oder Selbsthilfebereich, Verweis auf andere Facharztgruppen oder stationäre Angebote.

■ Ist eine Behandlung notwendig und kann kein Behandlungsplatz angeboten oder gefunden werden, hat hier der/die Patient/in mit dem schriftlich dokumentierten Ergebnis über die Sprechstunde einen Befund mit Indikationsstellung. Die Sprechstunde bietet die Möglichkeit, die Morbidität und gegebenenfalls auch fehlende Behandlungsbedarfe besser abzubilden.

■ Die diagnostische Kompetenz der Psychotherapeuten wird im

Versorgungssystem besser abgebildet.

■ Die telefonische Erreichbarkeit und die Organisation der Sprechstunde erfordern Veränderungen im Praxisablauf. Psychotherapeut/innen, die selbst keine Sprechstunden anbieten, benötigen Kooperationen mit Kolleg/innen, die Sprechstunden anbieten.

■ Diese Veränderungen im Praxisablauf, das Mehr an Erreichbarkeit, die Organisation und gegebenenfalls auch diese zusätzlichen Anforderungen an bereits vorhandenes Personal, die Ausfälle aufgrund von kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen von Patienten muss monetär abgebildet werden.

■ Von den Krankenkassen und den Patientenvertretern war gefordert worden, die Sprechstunde verpflichtend für jeden Psychotherapeuten einzuführen. Es ist gelun-

gen, die Sprechstunde als fakultatives Angebot der Psychotherapeuten zu etablieren.

■ Aus berufspolitischer Sicht trägt die Sprechstunde zur langfristigen Absicherung des Erstzugangs zur Psychotherapie bei.

### 3. Probatorische Sitzungen (§ 12 PT-RL)

Die probatorischen Sitzungen werden erstmalig in §12 PT-RL klar definiert: „*Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren [...] dienen (PT-RL).*“ Hier „[...] erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Pa-



## Ihre Patienten in guten Händen

Menschen mit akuten seelischen Leiden brauchen schnelle Hilfe. In den privaten Oberberg-Akutkliniken erhalten Ihre Patienten zeitnah intensive, innovative und individuelle Therapien in gehobenem Ambiente.

- Qualifizierte Behandlung bei Depression, Burn-out, Abhängigkeit, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen
- In der Regel tägliche Einzel- und Gruppengespräche

Gerne nehmen wir Sie in unser Therapeutennetzwerk auf.

**Zurück ins Leben**

[www.oberbergkliniken.de](http://www.oberbergkliniken.de)

Nehmen Sie Kontakt zu unseren Chefärzten auf:

**Berlin/Brandenburg:** 033679 64-135

**Schwarzwald:** 07833 792-233

**Weserbergland:** 05754 87-1102

**Infotelefon für Patienten:** 0800 32 22 32 2

  
**Oberberg**

Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

tienten .... Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung“. (TrG)

Dies bedeutet, dass sich die probatorischen Sitzungen inhaltlich klar von den Inhalten der Sprechstunde und von der Akutversorgung abgrenzen.

Wird in der Sprechstunde die Indikation für eine Psychotherapie gestellt, sind zusätzlich zu mindestens 50 Minuten Sprechstunde, mindestens 2 bis maximal 4 probatorische Sitzungen durchzuführen. Kinder und Jugendliche können zusätzlich 2 weitere Sitzungen erhalten, auch um gegebenenfalls Bezugspersonen mit einzubeziehen.

#### Einschätzung:

■ Als positiv beurteilen wir, dass die Aufgabe und das Ziel der Probatorik in der Richtlinie definiert und damit ihre Bedeutung gestärkt wird.

■ Die Reduzierung des Umfangs der probatorischen Sitzungen auf maximal 4 Sitzungen ist fachlich nicht begründet und erscheint eher Einsparungswünschen der Krankenkassen geschuldet.

■ Da vor den probatorischen Sitzungen die Sprechstunde stattfindet, stehen insgesamt gegebenenfalls mehr Sitzungen vor Aufnahme einer Therapie zur Verfügung als bisher, allerdings möglicherweise bei unterschiedlichen Behandlern/Behandlerinnen. Die Festlegung „Vor einer Richtlinienpsychotherapie müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen durchgeführt werden“ wird von uns kritisch gesehen, weil auch hier vermutlich die Absicht dahinter steht, zwei ‚preiswerte‘ Leistungen zur Verpflichtung zu machen.

#### 4. Akutbehandlung (§ 13 PT-RL)

„Für Patientinnen und Patienten, die nach der Sprechstunde aufgrund der Art und der Akuität ihrer

psychischen Symptome zeitnaher psychotherapeutischer Behandlung bedürfen, wird eine psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt. ... Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist die Besserung akuter psychischer Krisen- bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie.“

Für die Akutbehandlung stehen jedem Patienten maximal 600 Minuten im Krankheitsfall, d.h. im Zeitraum von etwa einem Jahr, zur Verfügung. Da diese auch in 25 Minuten Einheiten erbracht werden können, heißt das, maximal 24 Sitzungen zu je 25 Minuten oder 12 Sitzungen zu je 50 Minuten.

Um einen zeitnahen Zugang zu dieser Versorgung zu gewährleisten, ist die Akutbehandlung bei den Krankenkassen nur anzeigespflichtig. Wird diese nicht innerhalb von 14 Tagen nach Indikationsstellung begonnen, kann sie nicht mehr als Akutbehandlung durchgeführt werden.

Die erbrachten Stunden in der Akutbehandlung werden auf das Stundenkontingent der Kurzzeittherapie (KZT) angerechnet.

#### Einschätzung:

■ Dies ist eine von uns schon lange geforderte neue Leistung: Erstmalig können Patienten auch eine Akutbehandlung in einer psychotherapeutischen Praxis erhalten, z.B. zur Krisenintervention oder zur Erst-Stabilisierung, wenn nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann.

■ Unsere Kompetenz für Behandlungen in akuten Fällen wird hier explizit anerkannt, die Akutbehandlung erfolgt zwar auf dem Hintergrund der Verfahrensorientierung, ist jedoch nicht als VT, TFP oder AP konzipiert.

■ Wir haben allerdings die Sorge, ob diese Leistung ausreichend ver-

gütet wird, denn die Anzeigepflicht wird nicht von der BSG-Rechtsprechung zum Mindesthonorar gestützt, diese gilt nur für genehmigungspflichtige Leistungen.

■ Die Akutversorgung ist kein echtes „Add-On“, sondern wird bei Überführung in eine Richtlinientherapie mit diesem Kontingent verrechnet.

■ Es bestehen Unklarheiten in der Durchführung: Was geschieht, wenn der Erhalt eines angeforderten Konsiliarberichts die 14-Tagesfrist nicht einhält?

#### 5. Teilung der KZT in KZT 1 und KZT 2

Die KZT wird in KZT 1 und KZT 2 von jeweils 12 Sitzungen aufgeteilt. KZT 1 und KZT 2 sind antragspflichtig, es gilt dabei eine sogenannte ‚Genehmigungsfiktion‘: Die Krankenkassen müssen keinen Anerkennungsbescheid ausstellen, nach Ablauf von drei Wochen gilt die beantragte Behandlung als genehmigt. Diese Beantragung ist nach 12 Sitzungen (bzw. entsprechend vorher) für den zweiten Bewilligungsabschnitt der Kurzzeittherapie erneut durchzuführen.

Das Gutachterverfahren entfällt generell für die Kurzzeittherapie, für die KZT 1 als auch für die KZT 2. Die bisherigen Voraussetzungen für die Befreiung von der Begutachtungspflicht entfallen vollständig. Das bedeutet, auch bei der Praxisgründung sind keine 35 Berichte an den/die Gutachter/in bis zu einer Befreiung von der KZT-Berichtspflicht zu schreiben.

#### Einschätzung:

■ Wir haben sehr dafür gekämpft, die Teilung der KZT zu verhindern, konnten dies aber in den Verhandlungen nicht durchsetzen. Allerdings konnten wir die ursprünglich von den Krankenkassen geforderte Wartezeit von sechs Wochen zwischen diesen beiden Kurzzeitelementen abwenden. Wir

verurteilen die Zweiteilung der KZT als willkürlichen, für die Behandlung schädlichen Eingriff. Es gibt fachlich keine Begründung, die KZT zu teilen. Im Gegenteil: Die Daten der KBV zeigen, dass im Rahmen einer KZT 65 % aller Patienten mehr als 12 Sitzungen benötigen. Wir Psychotherapeuten haben in großer Einigkeit (vgl. DPT-Resolution) argumentiert, dass die fraktionierte Behandlungsplanung negativ für die Entwicklung einer verbindlichen vertrauensvollen Behandlungsbeziehung ist, die die Basis einer jeden Psychotherapie darstellt. Besonders für schwer Kranke, z.B. für Patienten mit Bindungsproblematik, wird hier eine unnötige Hürde gesetzt. Auch die Patientenvertreter haben diese Regelung kritisiert – die Entscheidung ist trotzdem so gefallen.

■ Die so entstandene Kürzung von 25 auf 24 Sitzungen der KZT ist durch keine fachliche Begründung gerechtfertigt und wird von uns kritisiert.

■ Patienten und Psychotherapeuten müssen beide KZT-Teile bei der Krankenkasse beantragen, erhalten allerdings von den Krankenkassen keine schriftliche Genehmigung zurück (sogenannte „Genehmigungsfiktion“). Dies ist mindestens unbefriedigend, denn es entsteht eine Wartezeit von drei Wochen, in der die Krankenkasse die Möglichkeit hätte, dem Antrag zu widersprechen.

■ Diese „fiktive“ Genehmigung soll nach einer ersten juristischen Einschätzung der geforderten Genehmigung der BSG-Rechtsprechung für das Mindesthonorar genügen.

■ In der bisherigen PT-RL musste die KZT nur einmal beantragt werden, nun führt die Teilung zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand, den wir ebenfalls kritisieren. Wir werden uns dafür einsetzen, dass die bürokratischen Anforderungen dieser Antragspflicht, die noch in der Psychotherapie-Vereinbarung

zu regeln sein werden, gering ausfallen.

■ Die Krankenkassen wollen offensichtlich durch das Entfallen einer Rückmeldung nicht unerhebliche bürokratische Kosten einsparen – einseitig zu ihren Gunsten.

■ Bisher wird eine KZT, die von einem von der Berichtspflicht befreiten Psychotherapeuten beantragt wird, innerhalb von wenigen Tagen bewilligt. Müssen nun Patient und Psychotherapeut drei Wochen auf die Genehmigung warten, ist dies eine unnötige Verschlechterung und Verzögerung einer angemessenen Versorgung.

## 6. Langzeittherapie (LZT)

Auch in der neuen Richtlinie kann eine LZT direkt nach der Probatorik von der ersten Sitzung an beantragt werden. Ebenso ist eine Umwandlung in die LZT nach KZT 1 und KZT 2 möglich. Die LZT ist immer gutachterpflichtig, das heißt entweder zu Beginn oder bei der Umwandlung von KZT in LZT ist ein Bericht an den Gutachter zu schreiben.

Als Umfang einer LZT wurde bei der Verhaltenstherapie und der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie der erste Bewilligungsschritt auf 60 Sitzungen angehoben, bei der Analytischen Psychotherapie sind es weiterhin 160 Sitzungen im ersten Schritt. Das heißt, die zweischrittige Beantragung in VT (zunächst auf 45 Sitzungen, dann auf 60 Sitzungen) entfällt, sowohl bei VT als auch bei TfP beträgt das erste LZT-Kontingent direkt 60 Sitzungen.

Neu ist, dass es bei einer Verlängerung in der LZT über dieses erste LZT-Kontingent hinaus den Krankenkassen überlassen bleibt, einen Bericht an den Gutachter zu fordern oder ohne Gutachterverfahren das jeweilige Höchstkontingent in dem Verfahren zu bewilligen. Bei VT beträgt diese mögliche Verlängerung 20 Sitzungen auf das Höchstkontin-

gent von 80 Sitzungen. In TfP können bei der Verlängerung der LZT von 60 Sitzungen gleich weitere 40 Sitzungen bis zum Höchstkontingent von 100 Sitzungen beantragt werden. Auch in der AP entfällt ein Bewilligungsschritt und es können in der Verlängerung der LZT von 160 gleich 140 weitere Sitzungen zum Höchstkontingent von 300 bewilligt werden.

Die bisherigen Regelungen zu den Maximalkontingenten (80 Sitzungen in VT, 100 Sitzungen in TfP, 300 in AP) bleiben bestehen.

Analog wurden nach dieser Systematik auch die Antrags Schritte für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angepasst.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bleiben die bisherigen Grenzen bei der Verhaltenstherapie bestehen, d.h. 60 Sitzungen im ersten Schritt, zuzüglich 20 Sitzungen bei einer Verlängerung.

Unterschiedliche Bewilligungsschritte gibt es nach wie vor bei den Regelungen zur AP und TfP für Kinder und Jugendliche. Der erste Antragsschritt bei Kindern liegt hier wie bisher bei 70 Sitzungen, das Maximalkontingent von 150 Sitzungen bleibt ebenfalls bestehen, es entfällt der zweite Bewilligungsschritt, der bisher bei einer Verlängerung von 70 auf 120 Sitzungen erfolgen musste.

Der erste Antragsschritt bei Jugendlichen in der AP und TfP liegt nach wie vor bei 90 Sitzungen, bei einer Verlängerung entfällt der bisherige Schritt bei 140 und es kann sofort das Maximalkontingent von 180 Sitzungen beantragt werden.

Für alle Verfahren gilt, dass die Krankenkasse bei Fortführung des Gutachterverfahren einleiten kann, dies aber nicht muss.

Die neuen Antragsschritte für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche finden Sie in den Abbildungen 5 und 6 auf Seite 18.

Ein Muss für  
Ihren Schreibtisch



Peter Gaymann  
Cartoons  
von der Couch  
Psychotherapeuten 2017  
Postkartenkalender

2016. 21 x 19 cm.  
Mit Spiralbindung. € 19,99.  
ISBN 978-3-86216-297-0

Mit 12 Postkarten zum  
Heraustrennen und  
Verschicken.

**Cartoons von der Couch. Psychotherapeuten Postkartenkalender 2017**, ein Tisch- und Postkartenkalender, begleitet Sie das ganze Jahr mit humorvollen Zeichnungen. Ein Muss für den Schreibtisch eines jeden Psychotherapeuten, aber ebenso eine Bereicherung für jeden Cartoonfan.



medhochzwei  
www.medhochzwei-verlag.de



**Einschätzung:**

- Der direkte Zugang zu einer LZT für alle Verfahren stellt sicher, dass die fachliche Entscheidung über den voraussichtlich notwendigen Behandlungsumfang bei den Psychotherapeuten bleibt und nicht durch administrative Vorgaben eingeschränkt wird.
- Bei allen drei Psychotherapieverfahren wird ein Bewilligungsschritt eingespart. Vor allem für die Verhaltenstherapeuten ist wichtig,

dass hier der bisherige 15er-Schritt bei der ersten Fortführung entfällt.

- Die neuen Regelungen bedeuten, dass zukünftig eine LZT bis zum Maximalkontingent gegebenenfalls mit einem einzigen Bericht an den Gutachter bewilligt werden kann. Das ist für längere Behandlungen eine Erleichterung, denn bisher waren für das Beantragen des maximalen Kontingents der Bericht für die Langzeittherapie (bzw. Umwandlungsantrag) so-

wie Berichte für den ersten und zweiten Fortführungsantrag zu erstellen. Das waren insgesamt drei Berichte. Gegebenenfalls kam noch bei den Kollegen, die von der Berichtspflicht in der Kurzzeittherapie nicht befreit waren, ein weiterer Bericht dazu.

- Eine Ablehnung eines Antrages erfordert immer eine gutachterliche Stellungnahme. Darauf haben wir bestanden, um eine Willkür der Krankenkassen oder gar ein eigenes Gutachtersystem mit dem MDK zu verhindern.

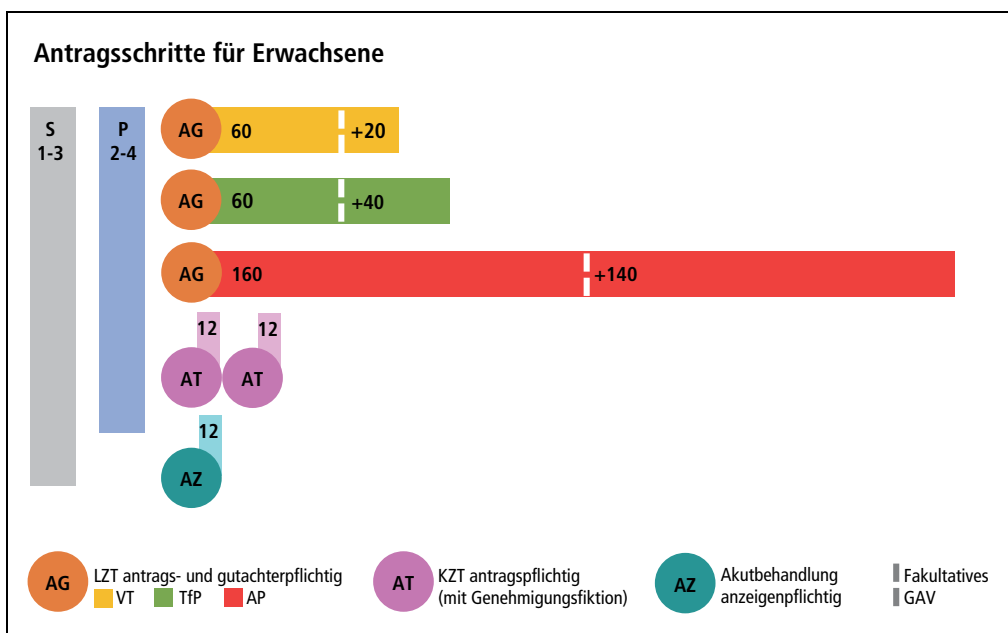


Abbildung 5

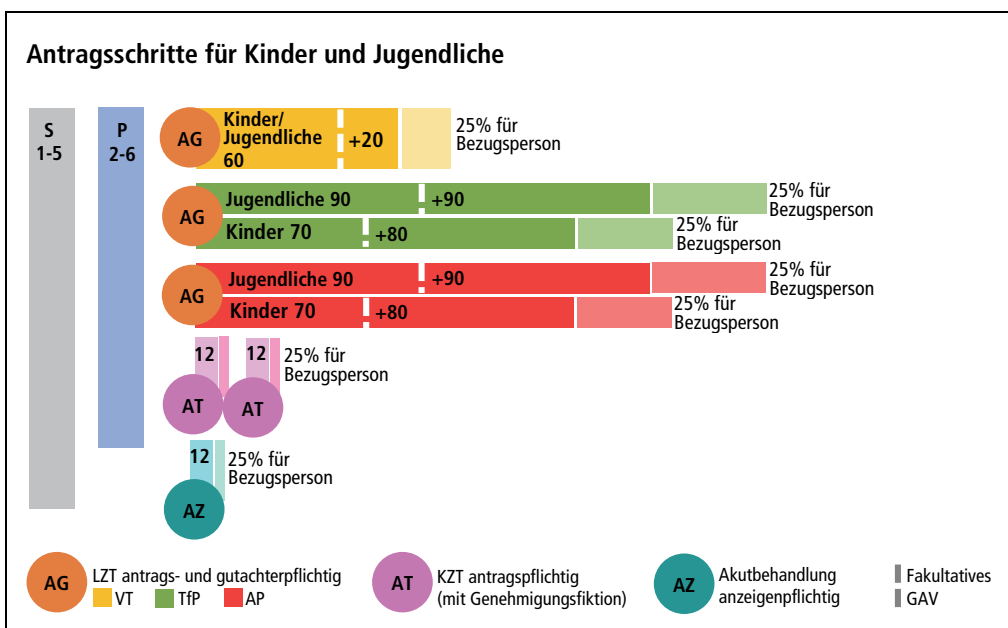


Abbildung 6

**7. Rezidivprophylaxe**

Die Sitzungen der Rezidivprophylaxe in dieser neuen Psychotherapie-Richtlinie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents der LZT. Die Entscheidung, ob eine Rezidivprophylaxe nach Behandlungsende von Nöten sein wird, sollte, wenn dies bei der Beantragung der LZT bereits absehbar ist, im Bericht an den Gutachter begründet werden. Die beantragten Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der LZT in Anspruch genommen werden. Die Beantragung einer Rezidivprophylaxe nach einer KZT oder eine alleinige Beantragung einer Rezidivprophylaxe sind nicht zulässig.

Folgende Sitzungen Rezidivprophylaxe können beantragt werden:

- Erwachsene: Behandlungsdauer ab 40 Sitzungen → max. 8 Stunden Rezidivprophylaxe
- Erwachsene: Behandlungsdauer 60 Sitzungen und mehr → max. 16 Stunden Rezidivprophylaxe
- Kinder/Jugendliche: Behandlungsdauer 40 bis 59 Sitzungen → max. 10 Stunden Rezidivprophylaxe
- Kinder/Jugendliche: Behandlungsdauer 60 Sitzungen und mehr → max. 20 Stunden Rezidivprophylaxe

**Einschätzung:**

- Diese Regelung bringt den Patienten keine Verbesserung, denn



auch schon bisher war es ohne Antrag möglich, das letzte Kontingent einer Psychotherapie zu Zwecken der Rezidivprophylaxe niederfrequent zu gestalten. Wir forderten ein echtes Add-on, insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen, von 12 Sitzungen pro Jahr. Die fehlende Umsetzung einer wirklichen Rezidivprophylaxe bedauern wir sehr.

■ Die neue Regelung fordert einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, außerdem wird es kaum möglich sein, bereits zu Beginn einer Langzeittherapie zu bestimmen, ob eine Rezidivprophylaxe erforderlich sein wird. Wir erwarten daher, dass viele Kollegen/innen die bisherige Regelung weiter nutzen.

## 8. Dokumentationsbogen (§ 38 PT-RL)

Zu Beginn und am Ende einer Richtlinien-therapie ist in der neuen Psychotherapie-Richtlinie ein Dokumentationsbogen – gemeinsam mit den Patienten – auszufüllen. Wird ein Bericht an den Gutachter geschrieben, ist der Dokumentationsbogen dem Bericht an den Gutachter beizufügen. Der Bogen selbst verbleibt in der Patientenakte.

In dem Dokumentationsbogen finden sich neben der Frage nach Sozialdaten auch verpflichtend ein psychometrisches Testverfahren und die schriftliche Fixierung von Therapiezielen.

### Einschätzung:

■ Der Sinn und Zweck dieses Dokumentationsbogens ist für Patient oder Psychotherapeut nicht ersichtlich.

■ Der Bogen ist nicht evidenzbasiert. Der Einsatz des Dokumentationsbogens soll evaluiert werden, wobei in der Psychotherapie-Vereinbarung das nähere festgelegt werden soll.

■ Bei Kindern und Jugendlichen wird grundsätzlich ein Intelligenz-

test, bzw. die Einschätzung der Intelligenz verlangt, obwohl das fachlich gegebenenfalls nicht notwendig ist.

■ Wir fordern, dass der zusätzliche Aufwand hierfür auch zusätzlich vergütet wird.

## 9. Gruppentherapie

Wie in der Einzeltherapie entfällt in der Gruppentherapie die Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie. Der Bericht an den Gutachter für den Umwandlungsantrag/die Langzeittherapie bleibt bestehen. Wie auch in der Einzeltherapie wurde das erste Kontingent der LZT bei der VT und der TfP auf 60 Doppelsitzungen erhöht. Bei der AP bleibt es beim ersten Bewilligungsschritt von 80 Doppelsitzungen.

Soll die Therapie auf das Maximalkontingent (bei VT und TfP 80, bei AP 150) verlängert werden, steht es auch hier den Krankenkassen frei, einen Bericht an den Gutachter zu fordern.

Die Kontingente in der Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen wurden analog angepasst:

Bei Kindern und Jugendlichen gelten zukünftig als erstes LZT-Kontingent bei der AP und TfP 60 Doppelstunden und als Höchstkontingent 90 Doppelstunden; in der VT 60 Doppelstunden und in der Verlängerung die Höchstgrenze von 80 Doppelstunden.

Die Gruppengröße für Gruppen wurde für alle Verfahren von minimal drei bis maximal neun Teilnehmern vereinheitlicht.

Wird in der KZT von Einzeltherapie auf Gruppentherapie gewechselt, reicht eine Anzeige dieses Wechsels bei der Krankenkasse.

Die neuen Antragsschritte für Erwachsene (Gruppe) und für Kinder und Jugendliche (Gruppe) finden Sie in den Abbildungen 7 und 8 auf Seite 20.

### Einschätzung:

Ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers im GKV-VSG war die Förderung der Gruppentherapie. Dieses sehen wir nur sehr geringfügig umgesetzt:

■ Für die Psychodynamischen Verfahren TfP und AP wird zukünftig auch eine Behandlung in einer Kleingruppe möglich sein. Das wird u.a. eine Erleichterung bei der Zusammenstellung von Gruppen sein.

■ Auch in Praxen mit Räumlichkeiten, die keine sechs Patienten fassen, wäre zukünftig in der TfP und AP die räumliche Umsetzung einer Gruppentherapie möglich.

■ Die organisatorischen Probleme, große Gruppen zu organisieren oder aufrecht zu erhalten (z.B. Krankheit eines Gruppenmitgliedes oder Urlaub) wären etwas vermindert.

■ Vorher waren im Rahmen einer Verhaltenstherapie kleine Gruppen auch mit zwei Patienten möglich, nun wurde die Minimalgröße auf drei erhöht.

■ Der Wegfall der Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie und die Möglichkeit, die Behandlung für die weitere Verlängerung einer LZT ohne weiteren Bericht fortzusetzen, soll die Gruppentherapie fördern. Es bleibt aber dabei, dass für jedes Gruppenmitglied ein LZT-Antrag geschrieben werden muss. Wir hatten hier eine generelle Befreiung von der Berichtspflicht für die Gruppentherapie gefordert.

■ Die von uns geforderten niedrigschwelligen, z.B. psychoedukativen, Gruppen wurden nicht umgesetzt.

## 10. Qualifikation der Gutachter (§ 35 PT-RL)

Die Qualifikation für Gutachter wurde präzisiert und erweitert. Neu ist, dass Gutachter zum Zeitpunkt ihrer Bestellung für die Begutachtung von Gruppentherapie

Sinn und Zweck dieses Dokumentationsbogens ist für Patient und Psychotherapeut nicht ersichtlich

+PlusWERT

### Berufshaftpflicht

Nachhaltig ohne viel Papierkram direkt online abschließen

Ab € 70,00 p.a. für PP und KJP

Ab € 50,00 p.a. für PIA

Wirtschaftsdienst DPtV  
Deutsche Psychotherapeuten  
Vereinigung

Jetzt online abschließen unter [bhv.plus-wert.de](http://bhv.plus-wert.de)

alle im jeweiligen Verfahren auch die Qualifikation für Gruppentherapie nachweisen müssen. Weiter müssen Gutachter zum Zeitpunkt ihrer Bestellung nachweisen, dass sie nicht nur mindestens drei Jahre, sondern auch grundsätzlich aktuell an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Für die Begutachtung Tiefenpsychologisch fundierter Behandlungen werden zukünftig auch Gutachter mit (alleiniger) Fachkunde in TfP bestellt. Die Übergangsregelungen lassen derzeit bestellte Gutachter

weiterhin bis zum Ende ihrer Bestellung im Amt, ebenso Gutachter, die nach der bis zum 30.9.2005 gültigen Psychotherapie-Richtlinie tätig gewesen sind.

**Einschätzung:**

- Wir begrüßen, dass Gutachter für Gruppentherapie ebenfalls ihre spezifische fachliche Qualifikation nachweisen müssen.
- Eine lang erhobene Forderung nach Tiefenpsychologisch fundierten Gutachtern für Tiefenpsycho-

logisch fundierte Psychotherapien konnten wir durchsetzen. Hier haben die Krankenkassen signalisiert, dass baldmöglichst – bevor die derzeitige Amtszeit der Gutachter ausläuft – eine größere Gruppe von TFP-Gutachtern neu einbestellt wird, um diese neue Regelung möglichst zu machen.

- Gutachter sollen mit der ambulanten Versorgung und deren Struktur vertraut sein und tätig sein. Zurzeit gibt es weiterhin ca. 50 Gutachter, die nur in stationären Einrichtungen arbeiten.

- Kritisch sehen wir, dass viele Bedingungen mit der Formulierung „grundsätzlich“ Ausnahmen zulassen. Wir fordern, dass diese Ausnahmeregelungen transparent geregelt werden.

**11. Besonderheiten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

**Zusammenfassung**

In der Therapie von Kindern und Jugendlichen wurde die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen noch einmal spezifiziert und auf Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, z. B. Erzieher und Lehrer, erweitert.

In der Sprechstunde können bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne den Patienten durchgeführt werden, sollte dies aus fachlicher Sicht indiziert sein.

Der Besonderheit, dass bei Kindern und Jugendlichen auch die Bezugspersonen oftmals in die Behandlung mit einbezogen werden müssen, wurde bei der Sprechstunde und den probatorischen Sitzungen mit zwei zusätzlichen Sitzungen Rechnung getragen. Das bedeutet, Kinder und Jugendliche können bis zu 250 Minuten Sprechstunde und bis zu sechs probatorische Sitzungen in Anspruch nehmen.

Auch eine weitere Klarstellung ist hilfreich: Jugendliche bis 21 Jahre

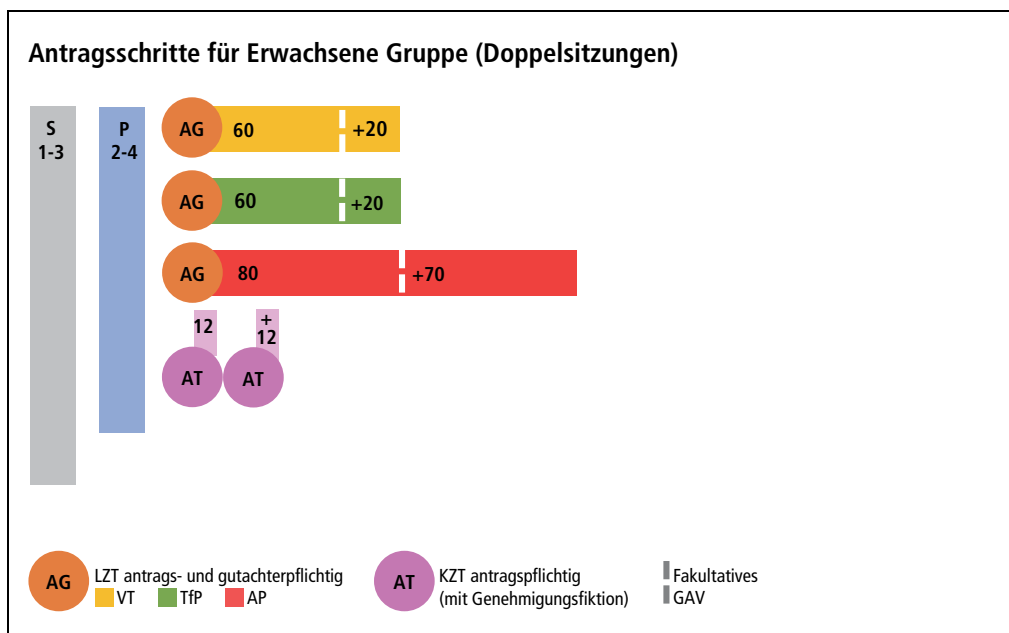


Abbildung 7

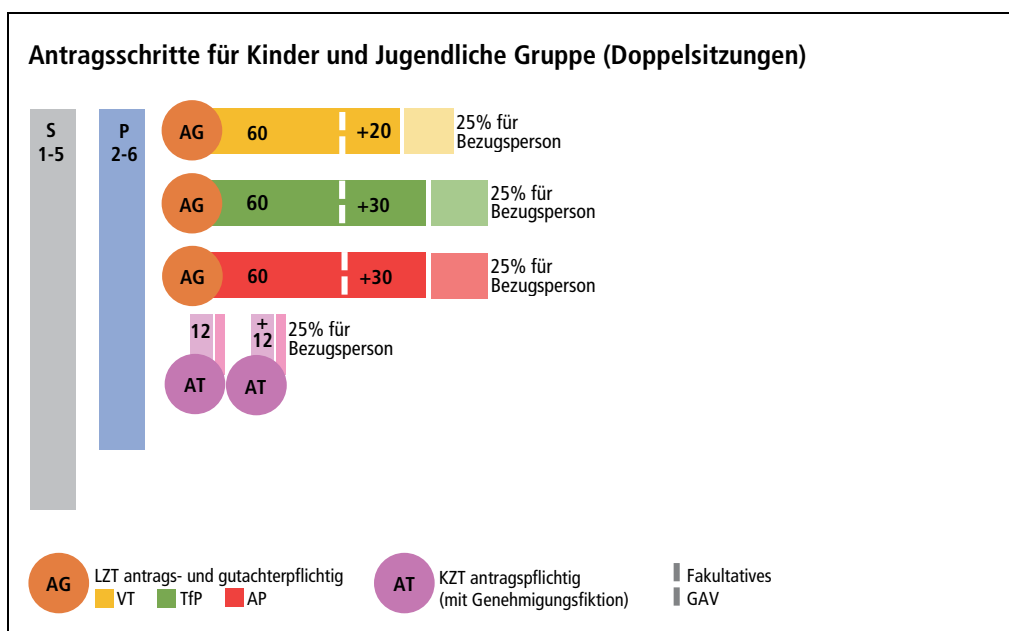


Abbildung 8

können eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalten. Im Sinne der Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.

Eine Ausnahmeregelung wurde hinzugefügt: Eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung kann auch erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden, wenn damit der Therapieerfolg abgesichert wird. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenpsychotherapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

Die Regelungen zur KZT in Gruppen wurden mit den Regelungen für die KZT im Einzelsetting zusammengeführt und sind nun so gefasst, dass diese zukünftig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen gelten. Damit wird auch für Kinder die tiefenpsycho-

logisch fundierte Behandlung im Gruppensetting in der KZT möglich.

Analog wurden nach der neuen Systematik der Erwachsenenpsychotherapie auch die Antragschritte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angepasst. Siehe hierzu auch die Grafiken unter dem Punkt 6. Langzeittherapie und dem Punkt 9. Gruppentherapie.

Ebenso wurde analog der neuen Systematik der Erwachsenenpsychotherapie auch die Rezidivprophylaxe für Kinder und Jugendliche umgesetzt und hier auch die zusätzlich benötigten Bezugspersonensitzungen berücksichtigt. Weitere Details und die Einschätzung siehe oben unter Rezidivprophylaxe.

#### Einschätzung:

■ Dass die Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld nun auch per PT-RL erlaubt ist, ist der Realität angemessen und wird von uns ausdrücklich begrüßt, ebenso, dass es in der Sprechstun-

de die Möglichkeit geben kann, einen kleinen Anteil der Gespräche auch ohne die Kinder zu führen.

■ Wir begrüßen, dass die Anzahl der zusätzlichen Sitzungen für die Einbeziehung von Bezugspersonen von maximal 25 % im Rahmen der Behandlung weiterhin bestehen bleibt sowohl in der KZT als auch in der LZT, auch dass dieser zusätzliche Bedarf an Sitzungen für die Bezugspersonen in der Sprechstunde und auch bei den probatorischen Sitzungen berücksichtigt wurden.

■ Es fehlt ein expliziter Hinweis, dass auch in der Akutbehandlung für die Gespräche mit den Bezugspersonen ein zusätzliches Kontingent an Sitzungen möglich ist. Dies muss noch in den nun folgenden Verhandlungen in der PT-V geregelt werden, in der Art, wie es in der PT-V in § 11 Abs. 9 Satz 3 bereits für die KZT und LZT geregelt wird.

■ Die Möglichkeit einer KZT bei Kindern in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde lange von den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gefordert.

■ Zu kritisieren ist: Der Umfang des Dokumentationsbogens für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist sehr umfangreich. Der Sinn und die Formulierung einzelner Items kann nicht nachvollzogen werden. ■

Kritisch sehen wir, dass viele Bedingungen mit der Formulierung „grundsätzlich“ Ausnahmen zulassen



## Literatur- und Quellenverzeichnis

Grafiken und Fotos aus dem G-BA: <https://goo.gl/OskjPR>

DPTV-Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und GKV-SV Stufenmodell für die ambulante Psychotherapie: Best, Dieter/Schäfer, Sabine: „Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ in: Psychotherapie Aktuell 4.2013, S. 16ff.

SGB V § 92 Abs. 6a: <http://goo.gl/ZEWdho>  
 Ärztezeitung (27.6.2016). *Wie Hausärzte die Angststörung effektiver vertreiben.* <http://goo.gl/N2l7ug>

Gemeinsame Pressemitteilung bvvp, DPTV und VAKJP:  
<http://goo.gl/drdyFG>

Pressemeldung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):  
<https://goo.gl/hV1keU>

Beschluss mit Tragenden Gründen und Vorabversion der Psychotherapie-Richtlinie: <https://goo.gl/kYffKr>

DPTV Bundesmitgliederbrief 2.2016 (Juni 2016) mit Sonderbeilage:  
<http://goo.gl/yRN5te>

### Sabine Schäfer

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

