

Schriften zur
Gesundheitspolitik
und zum
Gesundheitsrecht

18

Astrid Wallrabenstein
(Hrsg.)

Psychotherapie in der GKV
zwischen alten Kontroversen
und gesetzlicher Neuregelung

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gedruckt auf alterungsbeständigem,
säurefreiem Papier.

ISSN 2193-0465

ISBN 978-3-631-66299-1 (Print)

E-ISBN 978-3-653-05532-0 (E-Book)

DOI 10.3726/978-3-653-05532-0

© Peter Lang GmbH

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 2015

Alle Rechte vorbehalten.

PL Academic Research ist ein Imprint der Peter Lang GmbH.

Peter Lang – Frankfurt am Main · Bern · Bruxelles · New York ·
Oxford · Warszawa · Wien

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Diese Publikation wurde begutachtet.

www.peterlang.com

Inhaltsverzeichnis

<i>Astrid Wallrabenstein</i> Einleitung.....	7
<i>Martin H. Stellpflug</i> Alte Kontroversen und neue Herausforderungen einer gesetzlichen Neuregelung.....	11
<i>Paul Lorenz, Johannes Luckner, Maurice Skowronek</i> Diskussionsbericht	17
<i>Sabine Schäfer</i> Behandlungsmethoden in der Psychotherapie, Evaluation und Versorgungsrealität.....	27
<i>Paul Lorenz, Johannes Luckner, Maurice Skowronek</i> Diskussionsbericht	45
<i>Thomas Ballast</i> Die ambulante Psychotherapie aus Sicht der Krankenkassen	51
<i>Paul Lorenz, Johannes Luckner, Maurice Skowronek</i> Diskussionsbericht	61
<i>Bernhard Strauß</i> Stand und Probleme bei der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie	67
<i>Heike Winter</i> Reformbedarf und -optionen für die Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie	79

Sabine Schäfer

Behandlungsmethoden in der Psychotherapie, Evaluation und Versorgungsrealität

Starting with an analysis of the development of psychotherapy in the German system of statutory health insurances as well as the procedure leading to admission of a psychotherapeutic method as an acknowledged method of social law, the author outlines her thesis: In order to overcome the problems of the psychotherapist law (PsychThG) which manifest themselves in the psychotherapeutic supply, the spectrum of acknowledged treatment methods has to be extended. In this regard it is necessary to optimize the admission procedure for new psychotherapeutic methods. Furthermore a reduction of the bureaucracy involved in everyday psychotherapy practice and additional psychotherapeutic treatment components for everyday practice aiming at supporting an adequate state of the art treatment are required.

I. Einleitung

Die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung hat sich seit 1967 etabliert. Wo steht sie heute innerhalb dieses Systems? Was hat sich bewährt, was ist zu überdenken und anzupassen?

In dieser Betrachtung wird eine historische Einführung gegeben, die die Entstehung und Entwicklung der Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) noch einmal verdeutlicht. Es wird aufgezeigt, wie ein Psychotherapieverfahren über die wissenschaftliche Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zu seiner berufsrechtlichen Anerkennung gelangt. Weiter wird beschrieben wie ein Verfahren über einen sehr komplexen Akkreditierungsprozess im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu seiner sozialrechtlichen Anerkennung gelangt. Während sich die Richtlinienverfahren noch in der nachträglichen sozialrechtlichen Prüfung im G-BA befinden, entwickeln sie sich seit Jahren weiter. So werden im laufenden Prüfverfahren notwendigerweise Anträge auf Änderungen in der Psychotherapierichtlinie (PT-R) gestellt.

Schließlich werden optimierungswürdige Aspekte im System der GKV aufgezeigt. Die Bürokratiebelastung für Psychotherapeuten durch ein auf veraltete Grundlagen aufbauendes Qualitätssicherungssystem – dem

sogenannten Gutachterverfahren – ist immens. Es gehen hier erhebliche Zeitkapazitäten für die Versorgung psychisch Kranker verloren. Auch die derzeitigen Angebote der Richtlinienpsychotherapie (RPT) reichen für eine professionelle und angemessene, moderne Versorgung psychisch kranker Menschen nicht aus. Es fehlen Behandlungsangebote, wie eine offene Sprechstunde, eine frühzeitige diagnostische Abklärung, eine Akutversorgung und eine Erhaltungstherapie. Hierzu werden Lösungsvorschläge mittels zwei ineinandergreifenden Reformmodellen dargestellt.

Hintergründe zur Entwicklung der Psychotherapieverfahren in der Versorgung

1967 wurde die Psychotherapie erstmals für die Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten zugelassen. Für die psychotherapeutische Versorgung waren damals allerdings nur Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung für psychoanalytische Therapie zugelassen. Weiterhin Ärzte mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“, hinter welchem sich die Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) verbarg. Erst 1972 konnten Diplompsychologen mit Fachkunde in psychoanalytischer Therapie im Delegationsverfahren, d.h. unter Aufsicht eines approbierten Arztes, ebenfalls Patienten im System der GKV versorgen. Dieses Delegationsverfahren wurde 1987 auf Verhaltenstherapeuten ausgeweitet (Rüger/Bell 2004).

Für Ärzte, die mit ihrer Approbation den berufsrechtlichen Status zur Heilbehandlung erwerben, gab es 1967 bereits eine Institution, die deren Weiterbildungen regelte, die Ärztekammern. Diese integrierten u.a. die Fachkunde Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder psychoanalytischer Therapie in ihren Weiterbildungsordnungen, später auch die Fachkunde für Verhaltenstherapie. In Ermangelung eines gesetzlich bestimmten Anforderungsprofils für den Beruf wurden die Regeln der Fachkunst, als auch die Ausbildungsinhalte für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zunächst von Berufs- und Fachverbänden festgelegt.

Dies änderte sich mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) 1999. Mit der Etablierung des eigenständigen Heilberufs „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ wurden neben den Ärztekammern Psychotherapeutenkammern und der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) gegründet. Letzterer ist zuständig

für die berufsrechtliche Prüfung von neuen Verfahren, Methoden und Techniken als wirksame Heilbehandlungen. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 startete der G-BA mit einer Verfahrensordnung, die alle Details der sozialrechtlichen Prüfung neuer Verfahren festlegt. Erst mit dort bestandener Prüfung ist der Zugang zur Kassenärztlichen Versorgung möglich. Die Verfahrensordnung umfasst von der öffentlichen Ankündigung der Bewertung (Prüfung) bis zum Stellungnahmeverfahren am Ende der Gesamtbewertung 16 Schritte. Der aufwendigste Teil ist hier die Studienbewertung. Jegliche Änderungen in der PT-R müssen diese Verfahrensordnung durchlaufen.

Darüber hinaus regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband mittels der Psychotherapievereinbarung (PTV) den Umgang mit den Verfahren der PT-R.

Jetzt nach 15 Jahren Psychotherapeutengesetz werden Webfehler und auch Optimierungserfordernisse in der Versorgung deutlicher erkennbar. Diese sollten entsprechend behoben werden. Ganz aktuell kommt hierfür auch ein deutliches Signal aus der Politik. Im Koalitionsvertrag der CDU/CSU und der SPD von 2013 werden einige dieser Webfehler aufgegriffen und explizit Neuerungen angekündigt „Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definieren Frist die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisseinschränkungen für Psychotherapeuten werden wir überprüfen.“

Neuerungen werden allerdings nicht eminent- sondern evidenzbasiert eingeführt. Da die Psychotherapie noch ein sehr junger Teilnehmer in der Versorgung psychisch Erkrankter ist und hier unter anderem nicht wie andere medizinische Verfahren von der Pharma-Industrie unterstützt wird, gibt es in diesem Segment insgesamt weniger Studien als in anderen medizinischen Bereichen. Bei fehlenden Studien zu änderungsrelevanten Themen lässt die Verfahrensordnung auch Expertenbefragung ersatzweise zu. In den letzten Jahren werden allerdings erfreulicherweise immer mehr Studien für die Erforschung der Psychotherapie initiiert.

II. Evaluation von Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken – und Versorgungsrealität

Die Evaluation von Psychotherapie kann durch vier unterschiedliche Zielsetzungen motiviert sein:

- Der Überprüfung der Wirksamkeit der Psychotherapie an sich.
- Der Evaluation einer einzelnen psychotherapeutischen Behandlung, bspw. als Fallstudie.
- Der berufsrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren.
- Der sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren.

Im Folgenden möchte ich auf die letztgenannten drei Zielsetzungen eingehen. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Psychotherapie an sich ist ebenso reizvoll und wäre allerdings an anderer Stelle, aufgrund des Umfangs, eine eigene fachliche Betrachtung wert.

II.1 Evaluation mit Ziel der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennung

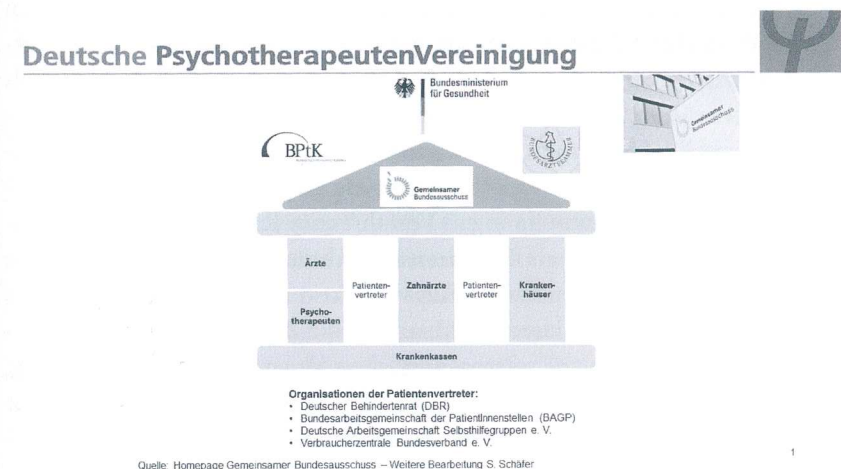
Aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines Behandlungsverfahrens durch den WBP folgt nicht, dass dieses Verfahren dadurch ohne Einschränkung auch für eine Krankenbehandlung im Sinne der GKV geeignet ist. Für die Versorgung der gesetzlich Versicherten gilt, dass diese therapeutisch und wirtschaftlich möglichst effizient ist. Es ist Prüfaufgabe des GBA, ob diese (im Vergleich zu denen vom WBP) weitergehenden Kriterien auch von neuen Behandlungsverfahren und -methoden erfüllt werden. Der WBP verfolgt zwar auch eine Wirtschaftlichkeitsklausel in § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG, doch diese bezieht sich nur auf die Sicherheit und Qualität der Behandlung im Sinne einer Gefahren- oder Missbrauchsabwehr.

In der Regel werden die eine sozialrechtliche Anerkennung anstrebenden Verfahren zuvor dem WBP zur berufsrechtlichen Prüfung vorgelegt. Auch für die zur Zeit vom GBA geprüften drei Richtlinienverfahren liegt vom WBP eine Anerkennung vor; ebenso für die Gesprächspsychotherapie, die Interpersonelle Psychotherapie (IPT), die Hypnotherapie, Systemische Therapie, die neuropsychologische Therapie, „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) und Psychodramatherapie. In jüngster Vergangenheit ist hier auch die Humanistische Psychotherapie als eigenständiges

Verfahren zur Prüfung eingereicht worden. Psychotherapieverfahren und Methoden, die vom WBP per Gutachten das Siegel „wissenschaftlich anerkannt“ erhalten, müssen aufgrund dieser berufsrechtlichen Anerkennung in die staatliche Ausbildung zum PP und KJP aufgenommen werden.

Für die Zulassung in der GKV müssen sich neue psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken darüber hinaus noch dem hochkomplexen Aufnahmeverfahren der im Sozialrecht verankerten Verfahrensordnung des G-BA unterwerfen. Im G-BA verhandeln die Vertreter der Krankenkassen mit den Vertretern der „Leistungserbringer“ jegliche neue Leistungen oder Veränderungen. Zu den Leistungserbringern gehören Ärzte und Psychotherapeuten als Vertreter der KBV, aber auch Vertreter der Zahnärzte und die der Krankenhäuser. Weiter haben die Patientenvertreter eine wichtige beratende Position im G-BA, allerdings kein Stimmrecht.

Abbildung 1: Institutionen für die Anerkennung von Psychotherapieverfahren (Vgl.: Der G-BA stellt sich vor, siehe www.g-ba.de/institution/service/publikationen/gba/).



Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Ärztekammer müssen via Verfahrensordnung regelhaft vor jeder Beschlussfassungen um Stellungnahme gebeten werden. Die Oberaufsicht über den G-BA obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

WBP und G-BA arbeiten an den Schnittstellen in enger Kooperation. So wurden beispielsweise die Bewertungsbögen für die in diese Gremien eingebrachten Studien aufeinander abgestimmt.

Auch der „Prüfgegenstand“ wurde gemeinsam definiert, d.h. klare Definitionen zu den Begriffen Verfahren, Methode und Technik geschaffen. So definiert sich ein Psychotherapieverfahren durch eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten und für die Behandlung dieser und hält Behandlungsstrategien für ein breites Spektrum an Anwendungsbereichen, Konzepte zur Indikationsstellung, Behandlungsplanung und Beziehungsgestaltung vor. Die Verhaltenstherapie erfüllt hier beispielsweise die Kriterien eines Verfahrens. Das Behandlungsspektrum einer Methode ist dagegen weitaus enger gefasst als bei einem Verfahren. Spezifische Indikationskriterien führen hier zu einer Vorgehensweise, die auf ganz bestimmte Behandlungseffekte abzielt. So gilt beispielsweise die „Desensibilisierung“ als Methode innerhalb der Verhaltenstherapie. Auch das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) gilt als Methode die innerhalb eines (Richtlinien-) Verfahrens angewendet werden kann.

Psychotherapeutische Techniken kommen im Rahmen von Verfahren und Methoden zur Anwendung und haben hier ebenfalls eine Vorgehensweise mit deren Hilfe die angestrebten Ziele erreicht werden sollen. Als Beispiel für eine Technik sei hier beispielsweise die progressive Muskelentspannung als Entspannungstechnik genannt, welche innerhalb der Umsetzung einer systematischen Desensibilisierung gezielt eingesetzt wird.

Neben dieser Definition kann ein Verfahren im Rahmen der sozialrechtlichen Anerkennung erst als Richtlinienverfahren gelten, wenn es bei der Prüfung im G-BA das sogenannte „Schwellenkriterium“ überwindet. Dieses wird in § 18 der PT-R definiert. Demnach ist die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren zur vertragsärztlichen Versorgung davon abhängig, dass der in der Verfahrensordnung geforderte Nutznachweis für mindestens die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen nachweisen. Ist dieses Schwellen genommen, gilt das Verfahren auch als zugelassen für alle weiteren Indikationen. Dieses Schwellenkriterium hat die Gesprächspsychotherapie mit den von ihr eingebrachten Studien nicht nehmen können.

Als erstes neues Psychotherapieverfahren hat 2011 die Neuropsychologie diese beiden Prüfungsgremien, den WBP und den G-BA erfolgreich durchlaufen

und befindet sich nun im Leistungskatalog der GKV. Obwohl die Richtlinienverfahren Analytische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie schon fest im System der GKV etabliert sind, werden diese seit 2008 auf der Grundlage der Verfahrensordnung des G-BA „nachträglich“ geprüft. Dies ist ein aufwendiger Prozess, der sicherlich noch weitere drei bis fünf Jahre in Anspruch nehmen wird.

Wird ein Psychotherapieverfahren evaluiert, muss zunächst per Definition festgelegt werden, was dieses Verfahren spezifisch ausmacht und von anderen abgrenzt. Für die Prüfung der Richtlinienverfahren im G-BA wurden 2008 die Fachgesellschaften aufgefordert, ihre Operationalisierungen, d.h. die Definition des jeweiligen Verfahrens in die Beratung im G-BA einzubringen. Dabei wurde deutlich, dass sich die Definitionen und Behandlungspläne der einzelnen Richtlinienverfahren sehr von denen aus 1967 und 1972 unterscheiden.

II. 2 Versorgungsrealität: Die Richtlinienverfahren haben sich weiter entwickelt

Diese Weiterentwicklung der Verfahren soll anhand einiger Beispiele erläutert werden. Verhaltenstherapeuten der ersten Stunde können sich sicher an die zuvor rein rational-kognitiv ausgerichtete Verhaltenstherapie erinnern. Die Behandlungsperspektiven in der Verhaltenstherapie haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erweitert. Beispielsweise hat hier die Bedeutung der Beziehung inzwischen einen weitaus größeren Stellenwert eingenommen. Begriffe aus dem Bereich der psychodynamischen Therapie, wie „Übertragung“ und „Gegenübertragung“, sind für einen Verhaltenstherapeuten heute kein Fremdwort mehr, sondern werden wahrgenommen, diagnostisch bewertet und in die Therapieplanung integriert.

Auch die Behandlungskonzepte in der TP wurden besonders seit in Kraft treten des Psychotherapeutengesetzes von den Fachgesellschaften deutlich modernisiert. Die fachliche Entwicklung innerhalb des Verfahrens wird von Hebel-Haustedt (2009), Kumbier (2008, 2009) und Jaeggi (2008) detailliert beschrieben. Die historischen und fachpolitischen Hintergründe für die fehlende Etablierung von Gutachtern explizit für die Tiefenpsychologie werden von Schäfer (2011) ausführlich beleuchtet. In der TP gilt insbesondere bei der Behandlung von traumatisierten Patienten eine Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie als fachlich *lege artis*, dies sowohl bei demselben oder bei unterschiedlichen Psychotherapeuten. Ebenso werden

unter Beachtung des Beziehungsgeschehens verhaltenstherapeutische Techniken wie Selbstbeobachtungsprotokolle bei Essstörungen in der psychodynamischen Therapieplanung eingesetzt. Die Anwendung der Methode EMDR wird von vielen Fachgesellschaften im Rahmen eines psychodynamischen Behandlungsplans absolut befürwortet. Aktuell steht im G-BA EMDR für die Prüfung einer sozialrechtlichen Zulassung als Methode im Rahmen der drei Richtlinienverfahren an.

Verantwortlich, bzw. zumindest förderlich für diese Weiterentwicklungen der Richtlinienverfahren ist sicherlich der Umstand, dass Kolleginnen und Kollegen heute in der Regel öfter Kompetenzen in mehr als einem anerkannten Psychotherapieverfahren besitzen, oftmals sogar mehrere Fachkunden von Richtlinienverfahren. Der Transfer von diesen erworbenen Kompetenzen in den Therapieplan des angewendeten Richtlinienverfahrens ist somit schnell abzurufen. Und nicht zu vergessen: Vor dem Psychotherapeutengesetz war es nicht üblich, dass zusätzliche Verfahren im Rahmen der Ausbildung in einem Richtlinienverfahren mitgelehrt wurden. Heute ist es Pflicht, dass innerhalb der Ausbildung alle vom WBP berufsrechtlich anerkannten Verfahren eingebracht werden.

Die Richtlinienverfahren haben sich seit 1967 weiter entwickelt und werden sich weiter entwickeln. Die Schulen scheinen u.a. voneinander „gelernt“ zu haben. Sollte dieser Prozess weiter gehen, könnte die These gewagt werden, dass sich ggf. in 30, 50 oder 100 Jahren ein alle Verfahren einschließendes übergreifendes Konzept für die Psychotherapie „wie von selbst“ entwickelt.

Wichtig an dieser Stelle ist: Es geht niemandem darum, die einzelnen Verfahren aufzulösen oder aufzuweichen. Im Zentrum stehen der Patient und der Behandlungserfolg. Alle verfahrensspezifischen Kompetenzen sollen konkret bestehen bleiben und dürfen sich dennoch den wissenschaftlichen, fachlichen Erkenntnissen nicht verschließen.

III. Evaluation der einzelnen psychotherapeutischen Behandlungen

In den §§ 135 ff. SGB V wird explizit für alle medizinischen Bereiche die Erhebung der Prozess- und Ergebnisqualität gefordert.

Wie oben dargestellt, wurde die PT-R insgesamt 32 Jahre vor dem Psychotherapeutengesetz entwickelt. Sie hat sich seitdem nicht wesentlich verändert,

insbesondere nicht im Bereich der Qualitätssicherung. Bei dem in der PT-R verankerten „Gutachterverfahren“ prüft ein Kollege extern anhand eines Berichts, ob die Indikation für eine Störung mit Krankheitswert gegeben ist und der Behandlungsplan den Erfordernissen der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit entspricht. Dieses Prozedere verläuft ohne dass der Gutachter den Pateinten je gesehen hat. „Ob der Bericht an den Gutachter tatsächlich Qualität sichert, ist umstritten“ (Schäfer 2010). Seit 1999 sichert allerdings die staatlich geregelte umfassende Ausbildung zum PP/KJP eine hohe Strukturqualität und damit implizit auch eine hohe Prozess und Ergebnis-Qualität.

Diese Forderung nach Erhebung der Prozess- und Ergebnisqualität findet sich auch in § 28 PT-R „Ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität wird zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapievereinbarungen vereinbart.“

Im G-BA wird ein entsprechendes Verfahren für die ambulante Psychotherapie seit einigen Jahren entwickelt. Sollte § 28 der PT-R umgesetzt werden, dürften auch psychometrische Instrumente zum Einsatz kommen. Die Frage wäre, ob diese dann zusätzlich zu den bereits bestehenden Bürokratiebelastungen eingesetzt werden sollen oder ob es Ideen gibt, hier zu einer Bürokratieentlastung im Praxisalltag zu gelangen.

III. 1 Versorgungsrealität: Enorme Bürokratiebelastung

Der Bürokratieaufwand wird seitens der in der ambulanten Praxis tätigen Kollegen massiv beklagt:

In der Online-Befragung der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) (Rabe-Menssen/Hild-Steimecke 2013) zur Berufszufriedenheit gaben 80 % der 2972 befragten Kollegen an, sie fühlen sich durch das Gutachterverfahren in ihrem psychotherapeutischen Alltag belastet. Erst danach rangierten als weitere Belastungsfaktoren: die Anfragen der Patienten, welche wegen Auslastung nicht aufgenommen werden können, die Anforderungen des Qualitätsmanagement sowie Anfragen von Krankenkassen, Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und Rentenversicherungen.

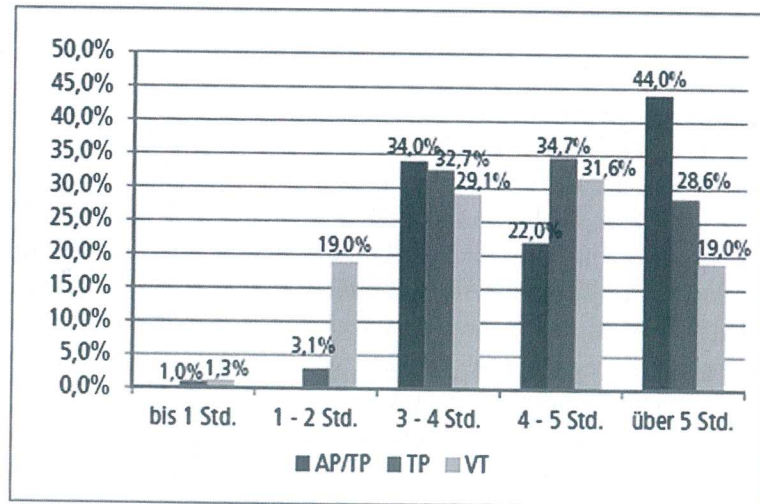
In der Standard-Kosten-Messung für bürokratische Belastungen von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund wurde 2006 festgestellt: „...dass die Verordnung der

stationären Krankenhausbehandlung (4,4 Mio. Euro) und der häuslichen Krankenpflege (2,6 Mio. Euro) sowie die Beantragung einer Langzeittherapie (3,8 Mio. Euro) zu den kostenintensivsten Regelungen zählen. Hier könnte zunächst über Verfahrensvereinfachungen nachgedacht werden.“

Der Psychotherapeut Michael Ruh berechnete exemplarisch aus einem ihm vorliegenden Datenpool der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (2011) die Anzahl der zu schreibenden Berichte pro Jahr und Praxis: Abzüglich der gutachterbefreiten Kurzzeittherapien erstellten im Durchschnitt Verhaltenstherapeuten im Jahr 25,8 Berichte, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten 30,69 Berichte und analytisch arbeitenden Kollegen 15,48 Berichte pro Jahr und Praxis. Im Verhältnis zur analytischen Therapie ist der Aufwand, den die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten für ihre Berichte betreiben müssen viermal so hoch, um die gleiche Anzahl von Sitzungen bewilligt zu bekommen (Köhlke 2000).

Die angesetzte Plausibilitätszeit in der Gebührenordnung für Berichte sind 60 Minuten. Tatsächlich benötigt werden für einen Bericht in der Regel mindestens drei und oftmals über fünf Stunden (Sievers 2012)! Das sind ca. 120 mögliche Behandlungsstunden im Jahr pro Psychotherapeut, die der Versorgung verloren gehen.

Abbildung 2: Zeitaufwand Berichte (Sievers 2012).

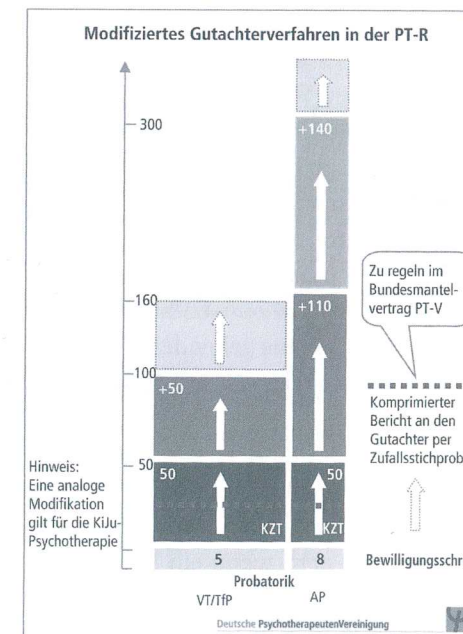


Die Bürokratiebelastung ist insbesondere bei der Beantragung einer Gruppenpsychotherapie besonders hoch, da hier der Gruppenpsychotherapeut für jeden einzelnen der sechs bis neun teilnehmenden Patienten einen Bericht an den Gutachter schreiben muss. Auch diese Hürde wird von den Kollegen als Hinderungsgrund genannt, Gruppentherapie in der Praxis anzubieten (Best 2010).

III. 2 Modell zum Bürokratieabbau

Eine Entbürokratisierung der ambulanten R schafft Behandlungskapazitäten. Zum Bürokratieabbau entwickelte die DPtV mehrere Lösungsvorschläge und berät sich hierzu mit allen Playern im Gesundheitswesen. Zur Entbürokratisierung schlägt sie ein modifiziertes Gutachterverfahren vor, welches auf den regelhaften Bericht an den Gutachter verzichtet, und diesen nur innerhalb einer geregelten Zufallsstichprobe fordert. Weiterhin schlägt sie bei der verbleibenden Berichtsverpflichtung eine deutliche Verschlankung des geforderten Umfangs vor und hat auch hierfür konkrete Vorschläge vorgelegt.

Abbildung 3: Modifiziertes Gutachterverfahren in der PT-R (Schäfer 2011a).



Die Beantragungsschritte sollten deutlich vergrößert werden und für Gruppenpsychotherapie sollten die Berichte an den Gutachter generell entfallen.

Grundsätzlich muss und kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Behandlung durch die Psychotherapeuten aufgrund der hohen Qualität der Ausbildung und ihrer Anforderungen in jedem Fall gesichert ist. Das entspricht den eines jeden Heilberufes!

Die umfangreichen bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Qualität beschreibt Schäfer ausführlich (2012) weshalb dies hier nicht weiter ausgeführt wird.

IV. Richtlinienpsychotherapie und weitere Versorgungsangebote

Bisher ist die RPT das einzige Modul für eine psychotherapeutische Versorgung im Regelsystem der GKV – in der Versorgung werden dringend weitere Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Menschen benötigt!

Aktuell beschäftigt sich das Berufs- und Sozialrecht sehr mit der Qualität der Behandlung, was durchaus seine Berechtigung hat. Die Missstände in der Versorgung liegen jedoch aus Sicht der Patienten und Psychotherapeuten in der Psychotherapie in ganz anderen Bereichen begründet:

Bisher gibt es kein weiteres psychotherapeutisches Angebot, um den Versorgungsdefiziten bzgl. der Wartezeiten zu begegnen. Ein erster Kontakt zur Praxis ist für den Patienten i.d.R. nur über Anrufbeantworter oder begrenzt angebotene Telefonsprechzeiten möglich. Dabei können Telefonsprechzeiten vom Psychotherapeuten nur sehr begrenzt angeboten werden und bleiben generell unvergütet. Eine erste Einschätzung der Situation und des Zustandes des Patienten muss der Psychotherapeut durch das Erfahren bei diesem Telefonat vornehmen - sozusagen als „schnelle Kurz- und Fern-Diagnose“. Ein darüber hinaus gehendes Gesprächsangebot kann der Psychotherapeut in der Praxis meist erst bei Aussicht auf einen freien Therapieplatz anbieten.

Erst bei den probatorischen Sitzungen für eine Richtlinienpsychotherapie ist in der PT-R eine fachlich angemessene Diagnostik und die Indikationsstellung vorgesehen. Das bedeutet die erste diagnostische Abklärung wird erst hier möglich und passiert zeitlich erst, wenn ein Platz für eine Richtlinienpsychotherapie frei geworden ist, bzw. wird. Das ausdrückliche Ziel einer probatorischen Sitzung ist allerdings nicht die allgemeine Differentialdiagnostik,

sondern die Überprüfung, ob bei dem Patienten eine psychotherapeutische Behandlung nach Richtlinie notwendig und möglich ist. Eine reine diagnostische Abklärung - ohne diese Absicht der Aufnahme einer RPT - ist mittels der probatorischen Sitzung (übersetzt „Probesitzung“) nicht vorgesehen.

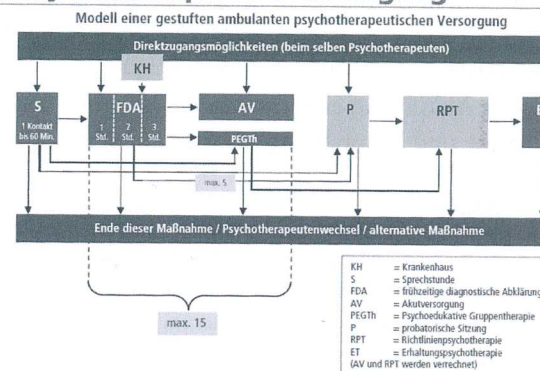
Weiter sind in der PT-R keine spezifischen Angebote für eine Akutversorgung in dringenden Fällen vorgesehen, bisher werden probatorische Sitzungen behelfsweise dazu genutzt.

Nach einer beendeten Richtlinienpsychotherapie gibt es nur unzulängliche Angebote für langfristige, niederfrequente Behandlungen zur Aufrechterhaltung des Erreichten (Erhaltungstherapie) oder als Rezidivprophylaxe.

Die DPtV hat daher konkrete Lösungsmodulare für diese notwendigen Anforderungen im Praxisalltag erarbeitet (Best/Schäfer 2013), die sich wie folgt darstellen lassen (Die einzelnen Bausteine werden im Folgenden erörtert):

Abbildung 4: Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Best/Schäfer 2013).

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung



Sprechstunde (S)

Eine Face-to-Face-Sprechstunde entspricht einmal 60 Minuten, diese kann auch in zweimal 30 Minuten aufgeteilt werden. Die Sprechstunde ist keine

Psychotherapie, sie dient lediglich der Klärung des Zuweisungskontextes, der ersten Befunderhebung und einer ersten diagnostischen Einschätzung, insbesondere der Dringlichkeit einer Behandlung. Außerdem können weiterführende Maßnahmen mit dem Patienten erörtert werden.

Frühzeitige Diagnostische Abklärung (FDA)

Frühzeitig bedeutet, dass die diagnostische Abklärung innerhalb von 14 Tagen nach der Kontaktaufnahme erfolgen sollte. FDA ist konzipiert als Komplexleistung, bestehend aus der Einholung und Sichtung somatischer Befunde, der konsiliarischen Erörterung mit zuweisenden Ärzten oder Krankenhäusern, der Durchführung eines standardisierten Screeningverfahrens und ggf. indikationsbezogener Fragebögen, der psychodiagnostischen Testverfahren oder Leistungstests. Die Diagnostik endet ggf. mit der Vergabe einer Diagnose. Das umfasst differentialdiagnostische Erwägungen, eine standardisierte Zusammenfassung in Form einer Mitteilung sowohl an den Patienten als auch an den zuweisenden Arzt und einer Empfehlung einer eventuell notwendigen Weiterbehandlung. Hier ist ein Kontingent von ein bis drei Sitzungen vorgesehen.

Sollte sich während oder am Ende der Diagnostik die Indikation für eine RPT herausstellen, kann zu den probatorischen Sitzungen übergeleitet werden, wobei die Sitzungen für die frühzeitige diagnostische Abklärung hier angerechnet werden.

Die diagnostische Abklärung endet mit einem Bericht für den Patienten, in dem die Ergebnisse und Empfehlungen zusammengefasst werden.

Akutversorgung (AV)

Dieses Angebot zielt auf Patienten in dringlichen Fällen, z.B. um Patienten in akuten Krisen schnell behandeln zu können oder um Arbeitsunfähigkeit und stationäre Einweisung abzuwenden. Die Beurteilung der Dringlichkeit sollte den Psychotherapeuten im Austausch mit zuweisenden Stellen überlassen bleiben. Die AV nach dem Vorschlag der DPtV sollte innerhalb von 14 Tagen nach Zuweisung eingeleitet werden und sie sollte einschließlich der FDA max. bis zu 15 Sitzungen umfassen. AV ist kein „Add on“, sondern die in der Phase der AV verwendeten Sitzungen werden auf die erste Phase einer ggf. folgenden RPT angerechnet.

Erhaltungstherapie (ET) bzw. Rezidivprophylaxe

Nach einer beendeten Richtlinienpsychotherapie kann dem Patienten eine ET bzw. Rezidivprophylaxe angeboten werden. Diese baut auf der bisher gewachsenen Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeut auf und bedient sich der in der vorangegangenen Psychotherapie erworbenen Fertigkeiten und Erkenntnisse des Patienten.

Für Patienten, bei denen sich die Therapieziele auf den Erhalt einer relativen Stabilität richten wie z.B. bei bestimmten Formen der Schizophrenie, bei chronischer Depression oder bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, ist das episodische Verständnis von Behandlung der PT-R wenig geeignet. Es fehlen, analog zur pharmazeutischen Medizin, Möglichkeiten einer „Erhaltungstherapie“, um die der in einer vorausgegangenen RPT erreichte Stabilität zu sichern. ET – in diesem Sinne als eine niederfrequente Psychotherapie auf der Grundlage eines gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten und vereinbarten Störungsverständnis – und „Rezidivprophylaxe“ dienen dazu, die mit einer RPT erreichte Symptomfreiheit möglichst langfristig zu erhalten.

Die bisher in der PT-R verankerten psychotherapeutischen Angebote – probatorische Sitzungen (P) und RPT – sollen mit den unter III. 2 vorgestellten Reformvorschlägen bestehen bleiben. Das Angebot für die Versicherten erweitert sich nur angesichts der in der Versorgung dringend benötigten fehlenden Versorgungsmodule, die sich erst jetzt nach dem Psychotherapeutengesetz deutlicher herauschälen.

V. Fazit

Die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung hat sich etabliert und dabei werden drei eklatante Versorgungsmissstände aufgedeckt:

- Die Weiterentwicklung der Verfahren durch die Fachverbände und die Wissenschaft hinkt der Etablierung dieser Neuerungen durch das sehr aufwendige Prozedere der Verfahrensordnung des G-BA zeitlich deutlich hinterher.
- Die Regelungen in der aktuellen PT-R zur Qualitätssicherung sind extrem bürokratielastig und orientieren sich an Gegebenheiten vor dem Psychotherapeutengesetz. Im G-BA werden zurzeit darüber hinaus zusätzliche Maßnahmen zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität gezielt entwickelt. Es darf dadurch keine weitere Bürokratisierung

entstehen. Im Gegenteil: Zum Bürokratieabbau sollten die von der DPtV konzipierten Modelle verfolgt werden.

- Die Angebote der RPT reichen für die psychotherapeutische Versorgung nicht aus. Hier kommen Patienten erst nach langer Wartezeit zu einem ersten diagnostischen Gespräch, Patienten erhalten keine Hilfe in akuten psychischen Krisen und chronifizierte Patienten erhalten nach erfolgreicher Richtlinientherapie keine weiteren notwendigen Angebote für eine niederfrequente Weiterbehandlung. Angebote wie offene Sprechstunden, eine frühzeitige diagnostische Abklärung, eine Akutversorgung und eine Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe werden in der Versorgung dringend benötigt.

Die Sensibilisierung aller Parteien für diesen dringenden Handlungsbedarf ist in der jüngsten Vergangenheit erfolgt. Nun ist es wünschenswert dass alle Partner konsequent diesen Weg weiter beschreiten und gemeinsam im Sinne der Versorgungsqualität und der Patienten handeln.

VI. Literaturverzeichnis

- Best, D. (2010): Kaum Zunahme von Gruppentherapien. In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 2 (H.1), S. 10-12.
- Best, D./ Schäfer, S. (2013): Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 5 (H.4), S. 16-19.
- CDU Deutschlands/CSU-Landesleitung/SPD (Hrsg.) (2013): Koalitionsvertrag CDU, CSU und SPD. Union Betriebs-GmbH.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2013) Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19. Februar. Berlin.
- Hebel-Haustedt, K. (2009): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Wo steht sie - wo geht sie hin? In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 1 (H.1), S. 20-24.
- Jaeggi E./ Riegels V. (2008): Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Klett Cotta.
- Köhlke, H.-U. (2000): Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Tübingen: dgvt; Auszug Somatomedizin, S. 118.

- KVWL Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2006): Bericht Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten. Dortmund.
- Kumbier, D. (2008): Weder Volkslied noch Sonate. Schwierigkeiten einer Identitätsbildung als tiefenpsychologische Psychotherapeutin. In: Psychodynamische Psychotherapie, Jg. 7 (H.7), S. 240-249.
- Kumbier, D. (2009): Eva Jaeggi zu ihren Bemühungen um ein besseres Verständnis der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 1 (H.2), S. 20-22.
- Rabe-Menssen, C./ Hild-Steimecke S. (2013): Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In: Psychotherapie Aktuell, Jg.5 (H.3), S. 6-16.
- Rüger, U./ Bell, K. (2004): Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Jg. 50, S. 127-152.
- Schäfer, S. (2010): Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie. In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 2 (H. 2), S. 14-19.
- Schäfer, S. (2011a): Modell eines modifizierten Gutachterverfahrens in der Psychotherapierichtlinie. In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 3 (H.3), S. 17-21.
- Schäfer, S. (2011b): Brauchen wir Gutachter speziell für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? In: Psychodynamische Psychotherapie (PDP), Jg.10 (H.3), S. 131-146.
- Schäfer, S. (2012): Psychotherapeutische Versorgung ohne „Gutachterverfahren“ – ein Mangel an Qualitätssicherung? In: Psychotherapie Aktuell, Jg. 4 (H.3), S. 21-23.
- Sievers, K. (2012): Belastungsdimensionen bei Psychologischen Psychotherapeuten. Berufszufriedenheit versus Administration und mangelnde Erholung. In: Psychotherapie Aktuell, Jg.4 (H.4), S. 11-17.
- Wöller W./ Kruse J. (2010): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 3. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Schattauer.