

Psychotherapie Aktuell

- Ψ Ergebnisse des TK-Modellprojektes
- Ψ Modell eines modifizierten Gutachterverfahrens
- Ψ Im Spannungsfeld zwischen Ausbildung und Arbeit



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Psychotherapie wirkt! Und jeder hier investierte Euro spart gesamtgesellschaftlich 2 bis 3 Euro!

Wir kennen die Meldungen, die in Frage stellen, dass wir wirklich kranke Menschen behandeln. Doch nun belegen die Ergebnisse der TK-Studie eindrücklich, dass wir durchweg mit schwer kranken Menschen arbeiten. Tatsächlich erleidet jeder dritte bis vierte Deutsche innerhalb eines Jahres eine psychische Erkrankung. Die Folgen sind oft längere Arbeitsunfähigkeit und immer öfter auch Frühberentungen. Jeder, der einmal einen Psychotherapeuten benötigt, weiß, wie schwer es ist, zeit- und ortsnahe einen Behandlungsplatz zu erhalten. Das verursacht insgesamt hohe Kosten. Bereits mehrfach wurde insbesondere durch Studien zur Wartezeit belegt, dass im Bereich ambulanter Psychotherapie in den meisten Gebieten Deutschlands von Unterversorgung gesprochen werden muss (DpTV/Wasem 2011 und BPTK 2011). Auch die Krankenkassen und die Politik haben dies – spätestens durch unsere aktuellen, sehr informativen Pressemeldungen und Fernsehsendungen (unter Mitwirkung der DpTV) – nun zur Kenntnis genommen.

Das Versorgungsstrukturgesetz soll laut Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zu Verbesserungen in der medizinischen Versorgung führen: „Mit dem Versorgungsstrukturgesetz bringen wir erstmals eine Initiative auf den Weg, die die richtigen Anreize setzt und ent-

sprechende Strukturen schafft, um eine flächendeckende medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu sichern. Für mich steht fest: Wenn wir heute nicht handeln, wird es teurer und bestimmt nicht besser.“ Doch in diesem Gesetzesentwurf ist ein Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen verankert, welches dazu führen kann, dass sukzessiv in den nächsten Jahren bis zu 30% unser Praxissitze verloren gehen. Eine KV spart durch den Kauf eines günstigen Psychotherapeutensitzes mit einer Ausgabe von 25.000 bis 35.000 Euro einen Jahresumsatz von 70.000 bis 80.000 Euro ein! Kaufmännisch gesehen ein sinnvolles und gutes Unterfangen. Kostensteuerung durch kaufmännisch motivierte Zulassungssteuerung wird jedoch ganz sicher nicht zu einer besseren Versorgung führen.

Neben der quantitativen Bereitstellung von genügend Psychotherapeuten ist natürlich die Qualität der Behandlung entscheidend für die Güte der ambulanten Versorgung. Bei den niedergelassenen Psychotherapeuten steht in diesem Zusammenhang das Gutachterverfahren (GAV) schon seit vielen Jahren als sinnvolles Instrument der Qualitätssicherung (QS) in der Kritik. Der mit dem GAV verbundene hohe Bürokratieaufwand würde eher als Abschreckung für Therapieanträge und damit eher der Kostensteuerung dienen. Die QS fände nicht im GAV, sondern in kollegialen Fallbesprechungen statt. Auch einige Krankenkassen stehen dem GAV kritisch gegenüber

und entwickeln Ideen, wie eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung aussehen könnte. So kamen Psychotherapien in einem Modellprojekt der Techniker Krankenkasse auch mit einem QS-Verfahren zu sehr hohen Wirksamkeitsnachweisen, bei dem das GAV nur noch bei 8% aller Psychotherapien zum Einsatz kam. Auch die AOK in Baden-Württemberg will neue Wege beschreiten. Mit einem Selektivvertrag zur ambulanten Versorgung in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie soll Patienten eine schnelle, strukturierte und individuelle Behandlung ermöglicht werden. In der Ärztezeitung vom 2.8.2010 meinte Hermann (AOK): „Grundsätzlich entfallen aufwendige Antrags- wie Gutachterverfahren zur Klärung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen, so dass die Therapie ohne Verzögerung beginnen kann und den Therapeuten mehr Zeit für ihre Patienten bleibt“.

In diesem Schwerpunktheft zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie stellen wir Ihnen auch den Diskussionsstand der DpTV anhand eines eigenen QS-Modells vor.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Ihre

Stellvertretende Bundesvorsitzende der DpTV

Gesundheitspolitik

- 6 **Werner W. Wittmann, Andrés Steffanowski**
Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojektes
- 13 **Michael Ruh**
Zur berufspolitischen Einordnung des TK-Modellprojektes
- 17 **Sabine Schäfer**
Modell eines modifizierten Gutachterverfahrens in der Psychotherapiegerichtlinie
- 22 **Markus Plantholz**
Rechtliche Aspekte einer Modifizierung des Gutachterverfahrens

Aus Wissenschaft und Forschung

- 25 **Anne-Christin Hoge**
Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Verhaltenstherapie. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse einer landesweiten Untersuchung
- 29 **Elmar Reuter, Sandra Schuster, Jürgen Schwickerath, Birgit Schneider, Petra Steger, Nadja König, Barbara Rehse**
Der Krebspatient in Psychotherapie. Stellenwert der Richtlinienpsychotherapie im Rahmen psychoonkologischer Angebote in der Region. Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis. Zweiter Teil

Aus der Praxis für die Praxis

- 34 **Andreas Šoljan, Silvia Schröter**
Psychoonkologie in der täglichen Arbeit
- 37 **Dietmar Schulte**
Freie Tests für die Psychotherapie – nützlich und lohnend

Ausbildung

- 41 **Florian Hänke**
Im Spannungsfeld zwischen Ausbildung und Arbeit. Die Praktische Tätigkeit in der Psychotherapieausbildung

Rechts-, Versicherungs- und Steuerfragen

- 45 **Markus Plantholz**
Nachbesetzung der Zulassung ärztlicher Psychotherapeuten durch Psychologische Psychotherapeuten
- 46 **Wolfgang Elbrecht**
Die Praxisausfallversicherung (PAV) oder Praxisunterbrechungsversicherung (PUV). Risiken und Fallstricke
- 48 **Marc Stiebling**
Versorgungslücke? Nachgelagerte Besteuerung von Renten

Verbandsintern

- 51 **Wartezeit auf einen Therapieplatz**
– Thema im ZDF-Magazin „Frontal 21“
- 52 **Adressen DPTV / Impressum**

Veranstaltungen

- 53 **Veranstaltungskalender November bis Dezember**

Rezensionen

- 54 **Volker Tschuschke**
Elmar Reuter: Leben trotz Krebs – eine Farbe mehr. Interviews zu einem gelingenden Leben nach Krebs
- 54 **Annegret Veit**
Anja Hilbert/Brunna Tuschen-Caffier: Essanfälle und Adipositas. Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung
- 55 **Joachim Weimer**
Chris Jaenicke: Veränderung in der Psychoanalyse. Selbstreflexionen des Analytikers in der therapeutischen Beziehung

Leserbriefe

- 56 **Leserbriefe zum Beitrag von Micha Hilgers**
Fröhlich in die Altersarmut. Psychotherapeuten und ihr gestörtes Verhältnis zu Macht und Geld

Anzeigen

- 57 **Stellenmarkt**
- 58 **Kleinanzeigen**





Sabine Schäfer

Modell eines modifizierten Gutachterverfahrens in der Psychotherapierichtlinie

GUTACHTEN

Die Einbettung der ambulanten Psychotherapie als genehmigungspflichtige Leistung in das System der gesetzlichen Krankenkassen sowie die dazugehörige Vorabüberprüfung der Wirtschaftlichkeit hat sich grundsätzlich bewährt. Angesichts der neuen Anforderungen an die Qualitätssicherung psychotherapeutischer Leistungen und angesichts verschiedener Ergebnisse aus der Versorgungsforschung, bedarf es einer Modifizierung des Verfahrens zur Sicherung der Qualität. Die DPTV hat sich schon seit mehr als 10 Jahren hierzu beraten und Modelle entworfen. Ein aktuell im Verband entworfenes Modell, welches die Erkenntnisse vieler Studien mit einbezieht, soll hier vorgestellt werden. Bei der Darstellung der Qualität einer Psychotherapie sollen psychometrische Qualitätssicherungselemente zum Einsatz kommen. Außerdem sollen die Therapiekontingente unter den Verfahren angeglichen werden. Weiter führt dieses Modell zu einem Verzicht auf einen regelhaften Bericht an einen Gutachter während der ersten 50 Sitzungen (analog dem Modellprojekt der Techniker Krankenkasse). In diesem modifizierten Gutachterverfahren in der Psychotherapierichtlinie werden die Verfahren versorgungsgerechter und versorgungseffizienter für die Patienten und auch für die Psychotherapeuten aufgestellt.

In der Politik und in ihren ausführenden Gremien im Gesundheitswesen ist die Qualitätssicherung in der Behandlung von Patienten in den letzten Jahren eines der meist verfolgten Ziele. Man erhofft sich dadurch eine bessere Patientenversorgung durch verbesserte Behandlungsqualität, die dann gesamtgesellschaftlich mit einer Kostenersparnis einhergehen soll. Kosteneinsparungen ohne gesundheitliche Verbesserungen sind für alle Beteiligten „Milchmädchenrechnungen“, die oft mit höheren Folgekosten in der Zukunft einhergehen.

Das seit 1967 eminentbasierte (!) Qualitätssicherungssystem, das Gutachterverfahren in der Psychotherapie, sollte im Zuge dieser Bewegungen zukünftig auch eine Evidenzbasierung erfahren. Das Gutachterverfahren war damals Teil einer politischen Einigung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen zur Etablierung der psychoanalytischen Therapien in das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Nun sollen Erkenntnisse der aktuellen Versorgungsforschung und Ergebnisse von Modellprojekten zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie in die Konzeption des Gutachterverfahrens einbezogen werden. Gleichzeitig sollen die verschiedenen an die Qualitätssicherung in der Psychotherapie gesetzlich gestellten

Anforderungen miteinander verzahnt werden, um Redundanzen zu verhindern und den damit verbundenen Bürokratieaufwand für die Kollegen so gering wie möglich zu halten.

Warum beschäftigt sich die DPTV gerade jetzt mit einer Modifikation des Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie? Die Unzufriedenheit vieler DPTV-Mitglieder mit dem vor 44 Jahren in der Psychotherapierichtlinie eingeführten QS-System – welches die Notwendigkeit, die Zweckmäßigkeit und Angemessenheit einer Behandlung prüfen soll – ist nicht neu. Zum einen ist der durchschnittliche Aufwand für die Berichte an den Gutachter deutlich höher, als die Zeitbewertung der Berichterstellung im EBM es annimmt; damit ist auch die Vergütung der Be-

richte unzureichend. Zum anderen ist der bürokratische Aufwand für eine durchgeführte Behandlung mittels Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie enorm hoch (siehe hierzu Tabelle 1).

Setzt man die durchgeführten Sitzungen in Relation zu den dafür zu schreibenden Berichten an den Gutachter, so wird deutlich, dass ein tiefenpsychologisch fundiert arbeitender Psychotherapeut im Laufe des Jahres doppelt so viele Berichte schreiben muss wie sein analytisch arbeitender Kollege. Hier ist eine Gleichbehandlung angezeigt.

1967 hatte man mit der Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch keine Erfahrung. Auch existieren erst seit dem Psychotherapeutengesetz 1999 die heutigen

Anzahl der Berichte pro Jahr für eine vollausgelastete Praxis (Exemplarische Berechnung aus Hessen von Michael Ruh)		
(Einzeltherapie – Erwachsene)		
Anzahl Therapiestunden/Jahr		1548
abzüglich gutachterbefreite Kurzzeittherapie bei VT	-66,67%	516
abzüglich gutachterbefreite Kurzzeittherapie bei TP	-50,00%	774
analytische Psychotherapie		1548
Anzahl Berichte/Jahr	Sitzungen /Bericht	Anzahl /Berichte
VT	20	25,8
TP	25	30,96
AP	100	15,48

Tabelle 1

gängigen Ausbildungsstandards und Konzepte der Verhaltenstherapie oder der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Zudem gibt es seitdem auch erst eine einheitliche Berufsordnung, die die Qualität der Behandlung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten regelt.

Die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung und ihre historischen Vor-Verbände setzen sich schon seit vielen Jahren für eine Modifizierung der Qualitätssicherung (QS) bei den ambulant tätigen Psychotherapeuten ein, so dass im Verband bereits einige Modifikationen des Gutachterverfahrens existieren. So ging, wie schon im Vorartikel beschrieben (Seite 13), ein im Verband im Jahre 2000 entwickeltes QS-Modell in dem nun über viele Jahre von der Techniker Krankenkasse durchgeführten Modellprojekt, dem sogenannten „TK-Modell“, auf. Neu und besonders ist an diesem Modellprojekt, dass hier die Wirksamkeit anhand einer Feldstudie einer real existierenden Versorgung erfasst und gemessen werden sollte. Leider nahmen hier nur wenige psychoanalytisch arbeitenden Kollegen teil. Die insgesamt 403 teilnehmenden, vorwiegend tiefenpsychologisch fundiert und verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen konnten für ihre Verfahren sehr gute Therapieeffekte nachweisen.

Auch im fusionierten Verband – der DPtV – wurde eine Veränderung des Gutachterverfahrens weiter verfolgt und diskutiert und fand auf der Delegiertenversammlung am 20.11.2010 in einem einstimmig (bei zwei Enthaltungen) angenommenen Antrag noch einmal seinen aktuellen förmlichen Niederschlag:

Beschluss der Delegiertenversammlung der DPtV zur Novellierung des Gutachterverfahrens

Die DPtV setzt sich in der nächsten Legislatur in den entsprechenden Gremien der KBV und der gemeinsamen Selbstverwaltung für die nachfolgenden Veränderungen im Gutachterverfahren ein. Diese Veränderungen im Gutachterverfahren sind ein wesentlicher Punkt der Koalitionsverhandlungen mit weiteren Psychotherapie-Verbänden im Rahmen der KBV.

1. Befreiung von der Gutachterpflicht für den ersten Schritt der Langzeittherapie in der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.
2. Tiefenpsychologische Gutachter für tiefenpsychologische Behandlungen.
3. Inhaltliche Straffung und Vereinfachung der Berichtsvorgaben für eine weniger zeitaufwändige Erstellung der Berichte (weniger Redundanz).
4. Angleichung der Behandlungskontingente und Beantragungsschritte der Verhaltenstherapie (Einzel-Erwachsene) an die der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Einzel-Erwachsene).
5. Angleichung der Behandlungskontingente und Beantragungsschritte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Gruppe-Erwachsene) an die der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Einzel-Erwachsene).
6. Angleichung der Behandlungskontingente und Beantragungsschritte der Verhaltenstherapie (Einzel-Kinder) an die der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Einzel-Kinder).

In einer Arbeitsgruppe wurden daraufhin alle relevanten wissenschaftlichen Studien und Artikel ausgewertet, die Erkenntnisse für Aspekte einer sinnvollen Modifizierung der Qualitätssicherung innerhalb der GKV geben können. Dies war insofern notwendig, da in den aktuellen Diskussionen oft sehr selektiv ausgewählte Studien herangezogen werden, um die oft sehr subjektiv eingefärbten Interessen zu untermauern. Die DPtV-Arbeitsgruppe beschäftigte sich u.a. mit Studien zu Dosis und Effekt von Psychotherapie (welche Dosis Psychotherapie benötigt ein Patient für stabile Effekte), mit Auswertungen von Modellvorhaben zur QS in der ambulanten Psychotherapie und stellte auch

anhand von Statistiken der KBV oder größeren KVen eigene statistische Berechnungen an. Auch die zwar schon ältere, aber in ihrer Aussage immer noch aktuelle umfangreiche Untersuchung von Köhler aus dem Jahre 2000 wurde im Rahmen der Betrachtung struktureller Aspekte des Gutachterverfahrens (GAV) mit einbezogen.

Folgende Eckpunkte wurden bei der Suche nach einer Reform des GAV von der Arbeitsgruppe gesetzt:

- Psychotherapie soll weiterhin antragspflichtig (genehmigungspflichtig) bleiben.
- Das Modell soll den anderen bereits

rechtlich verankerten qualitätssichernden Maßnahmen, z.B. denen in der Muster-Berufsordnung und auch denen im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und des SGB V Rechnung tragen.

- Moderne und evaluierte QS-Bausteine aus der QS-Forschung und anderen Modellprojekten (u.a. aus dem TK-Modellprojekt zur QS) sollen einbezogen werden.
- Sollte in dem System ein Bericht an einen Gutachter benötigt werden, soll dieser ähnlich dem modifizierten Bericht im TK-Modell verschlankt werden.
- Bei einem Einsatz von qualitätssichernden Maßnahmen, wie z.B. einer externen QS mit Bericht, und beim Einsatz von Psychometrie sollen Aufwand und Nutzen beachtet werden.
- Auf eine sinnvolle Verzahnung einer verpflichtenden Dokumentation, dem Einsatz von psychometrischen Instrumenten zur Erfassung der Evaluation von Prozess- und Ergebnisqualität (§ 28 Abs. 2 der PT-R) mit einem modifizierten pragmatischen Bericht an den Gutachter ist zu achten.
- Die Verfahren sollen anhand ihrer Fähigkeit, sämtliche krankheitswertigen Störungen behandeln zu können, auch Gleichberechtigung im System der PT-R erfahren.
- Eine individuellere und evaluierte Zuteilung von Psychotherapiekontingenten, insbesondere auch die Möglichkeit der niederfrequenten Behandlung von chronisch psychisch kranken Menschen im Sinne einer Erhaltungstherapie sollte Eingang finden.

Diese Erkenntnisse mündeten in ein Modell für eine Modifizierung des

bestehenden Gutachterverfahrens als solide Grundlage für weitere Diskussionen.

Das Modell der DPtV

In dem Modell ist wie bisher nach 5 bzw. 8 probatorischen Sitzungen ein Antrag auf eine Psychotherapie bei der Krankenkasse zu stellen. Die Notwendigkeit der Behandlung bzw. der Krankheitswert der Störung wird hier neben den vom Psychotherapeuten gestellten ICD-Diagnosen auch mit Hilfe von psychometrischen Verfahren fest- und dargestellt. Hierzu werden die lizenzfreien

Verfahren ISR (ICD-10-Symptom-Rating, ein gut evaluiertes diagnostisches ICD-gestütztes Screening-Verfahren inklusive Schweregradbestimmung) und die GAS (Goal Attainment Scale, eine Messung der Zielerreichung mit Erfassung der Patienten- und Psychotherapeutenperspektive) als Eingangsmessung, ggf. als Zwischenmessung und als Zielerreichungs-/Erfolgsmessung am Ende der Psychotherapie eingesetzt werden. Diese Verfahren wurden in *Psychotherapie Aktuell* (3/2010) bereits vorgestellt.

Die Krankheitswertigkeit, d.h. die Notwendigkeit einer Behandlung, wird so per klinisch relevanten Testwert, dem sogenannten Cut-Off-Wert, dargestellt.

Sollte die Psychometrie als Instrument zur Erfassung der Krankheitswertigkeit nach der PT-R nicht greifen oder sollten andere Vorbehandlungen es sinnvoll erscheinen lassen, hat die Krankenkasse oder der Psychotherapeut zusätzlich die Möglichkeit, einen modifizierten Bericht an den Gutachter einzusetzen.

Die Psychotherapie wird dann mittels Mitteilung der krankheitswertigen ICD-Diagnose und des klinisch relevanten Testwertes gemeinsam mit dem Konsiliarbericht beantragt werden. Im Zweifelsfall bleibt es der Kasse immer vorbehalten, einen Bericht an den Fachgutachter vom Psychotherapeuten anzufordern.

Anhand dieser Entscheidungsgrundlagen können dann bis maximal 50 beantragte Sitzungen von der Krankenkasse bewilligt werden. Dieses Antrags- und Bewilligungsverfahren resultiert u.a. aus den guten Ergebnissen der Interventionsgruppe des TK-Modells ohne Bericht an den Gutachter.

Über den modifizierten Bericht an den Fachgutachter können nach diesen 50 Sitzungen – mit hinreichender Begründung und unter Einbezug nochmals erhobener psychometrischer Ergebnisse zum Status des Krankheitswertes und zum Grad der Zielerreichung – weitere Sitzungen beantragt werden.

Werden bei schwer und chronisch erkrankten Patienten nach begründeten 100 Sitzungen in der Verhaltenstherapie/Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, bzw. nach 300 Sitzun-

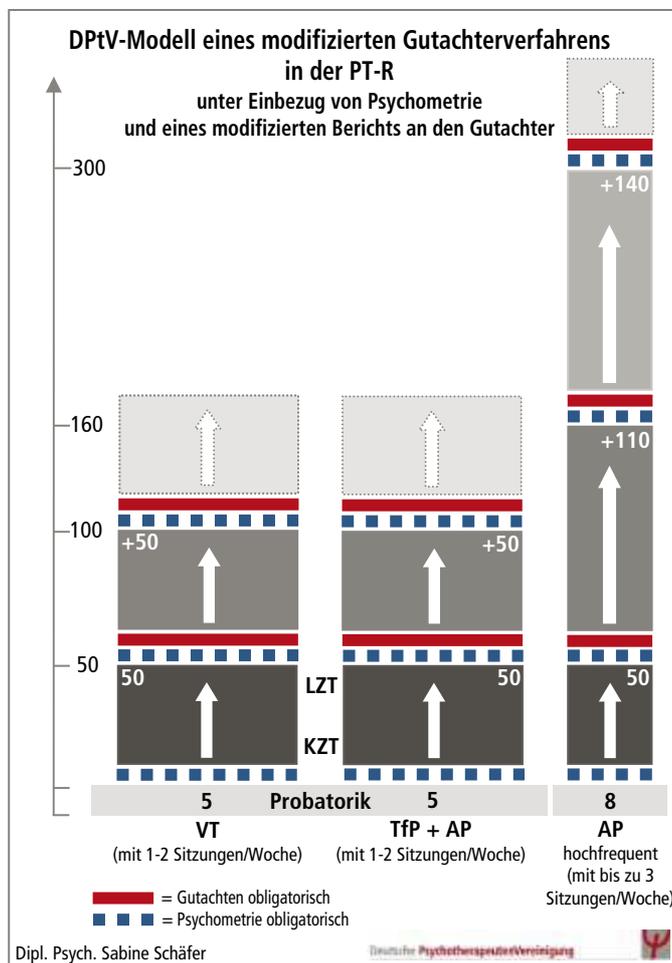
gen in der Psychoanalytischen Therapie weitere Sitzungen in Sinne einer Erhaltung des in der vorangegangenen Psychotherapie erreichten Gesundheitszustandes benötigt, können diese auch im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie von den Krankenkassen gewährt werden (Erhaltungstherapie).

Psychometrie zu Beginn als Maßnahme zur Feststellung der Krankheitswertigkeit

Ein Ergebnis der TK-Studie ist der wissenschaftliche Beleg, dass in den ambulanten Psychotherapien nachweisbar Menschen mit eindeutigen Krankheitswert, sogar über 90% mit einer mittelgradigen bis schweren Störung, behandelt werden. Ein weiteres Ergebnis ist die nun auch in einer Feldstudie wissenschaftlich festgestellte sehr hohe Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie! Darüber hinaus konnte die Krankheitslast mit Hilfe von psychometrischen Mitteln in den meisten Fällen gut erfasst und dargestellt werden.

Es reicht somit die Erfassung der Krankheitswertigkeit mit pragmatischen professionellen Mitteln: der Vergabe einer ICD-Diagnose durch den Psychotherapeuten und der Feststellung der Krankheitswertigkeit anhand eines klinisch relevanten Wertes durch den Einsatz der psychometrischen Erhebungsinstrumente (Patientensicht). Dort, wo die Symptomatik beziehungsweise die Krankheitslast des Patienten nicht mit Psychometrie erfasst werden kann (z.B. bei Persönlichkeitsstörungen), kann alternativ ein Bericht an den Fachgutachter eingesetzt werden.

Wirksam abgeschlossene Psychotherapien benötigen bei einem Umfang von maximal 50 Sitzungen keinen Bericht an den Fachgutachter. Auch hier



hilft uns das Ergebnis der TK-Studie weiter: *Das modifizierte Antrags- und QS-Verfahren der Interventionsgruppe führt im Vergleich zur Kontrollgruppe zu gleich guten Ergebnissen.* Die Wirksamkeit der Behandlungen zeigte sich in der Kontrollgruppe mit klassischem Setting der PT-R mit den in der Regel vom Bericht befreiten durchgeführten (beendeten) Kurzzeittherapien bis 25 Sitzungen und den mit einem Bericht belegten längeren Psychotherapien. Die Wirksamkeitsnachweise gelten aber in gleicher Weise auch für die durchgeführten Psychotherapien in der Interventionsgruppe, die mit einer in der Regel per Psychometrie erfassten Krankheitswertigkeit bis maximal 50 Sitzung ohne Bericht an den Gutachter durchgeführt werden. Die Wirksamkeitsnachweise gelten darüber hinaus auch für die Psychotherapien der Interventionsgruppe, die ab der 50. Sitzung mit dem verschlankten Bericht an den Gutachter unter Einbezug der psychometrischen Erhebungen durchgeführt wurden. Anders ausgedrückt:

- Es zeigen sich hinsichtlich der festgestellten guten Therapieeffekte keine Unterschiede zwischen einer Behandlung mit einer QS als Kombination von Psychometrie und modifiziertem Bericht und dem konservativen Gutachterverfahren!
- Die ohne einen Bericht an den Gutachter laufenden Psychotherapien – dies sind die im derzeitigen Regelsystem vom Bericht an den Gutachter befreiten Kurzzeittherapien und

die im Modellverfahren vom Bericht befreiten Psychotherapien bis 50 Sitzungen – zeigen durchweg diese enorm hohen Effektstärken.

Insgesamt weist dies darauf hin, dass Psychotherapeuten auch ohne externe Kontrolle ihre Behandlungspläne und -prozesse gut im Blick haben und hier mit ihren Patienten effektiv arbeiten, um die Therapieziele zu erreichen. Dass ein Psychotherapeut in Ausbildung hier noch einer externen Kontrolle durch einen Supervisor bedarf und dabei ggf. Berichte über die geplante Therapie auch für die ersten 50 Sitzungen sinnvoll sind, bleibt von dieser Argumentation unberührt.

Auch die Statistiken der KBV belegen im jährlich erscheinende Qualitätsbericht die hohe professionelle Qualität

Die ohne einen Bericht an den Gutachter laufenden Psychotherapien ... im derzeitigen Regelsystem ... und im Modellverfahren ... zeigen durchweg diese enorm hohen Effektstärken.

der durchgeführten Behandlungen: Beim traditionellen GAV wird festgestellt, dass nahezu alle zu begutachtenden Psychotherapien innerhalb der durch die PT-R geforderten Anforderungen liegen (Ablehnungsquote von Berichten durch die Gutachter bei 4% der TFP/AP-Anträgen, bzw. bei 2,8% der VT-Anträgen im Jahr 2009).

In Bezug auf die Ausschöpfung der Kontingente zeigte sich in allen Studien (TK-Studie 2011, Albani et al 2010, Gallas et al 2008, DPTV/Wasem2010), dass die Psychotherapeuten und ihre Patienten die von den Krankenkassen bewilligten Kontingente in der Regel

nicht ausschöpfen. Bei der TK-Studie konnte in der Interventionsgruppe aufgezeigt werden, dass ein minimales Mehr an Sitzungen (in der Gesamtheit aller Behandlungen) zu besseren Therapieergebnissen führt. Das Fehlen einer Clusterbildung bei den Bewilligungsschritten in den ersten 50 Sitzungen führte bei der Interventionsgruppe zu einer individuelleren, auf den Patienten und seine Gesundheit bezogenen Umfang der Behandlung.

Individuellere Beantragungskontingente in allen Psychotherapieverfahren

Die Ergebnisse aktueller Versorgungsstudien liefern Anhaltspunkte zur Bestimmung von benötigten Therapiekontingenten. Nimmt man diese

Erkenntnisse auf, kann das modifizierte Gutachterverfahren unter Einbeziehung der psychometrischen Ergebnisse dort gezielt eingesetzt werden, wo die Frage zur Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit evident ist.

Diverse, u.a. auch retrospektive Versorgungsstudien (Gallas et al. 2008, Albani et al. 2010, Wasem/DPTV 2010) haben insgesamt festgestellt, dass sowohl aus Patienten- als auch aus Psychotherapeutesicht, als erfolgreich bewertete Psychotherapien in ca. 50% aller Fälle nach maximal 50 bis 60 Sitzungen beendet werden. Dies gilt über alle Verfahren hinweg.

Unter der Beachtung, dass hier fast ausschließlich verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durchgeführt wurden, konnte im TK-Modell gezeigt werden, dass im Mittelwert die dort festgestellten Therapieumfänge die Ergebnisse der anderen Studien bestätigen. Diese durchschnittlichen Umfänge im TK-Modell lagen alle sehr nahe beieinander: bei der Interventionsgruppe 41,29 Sitzungen, bei der Kontrollgruppe im Modellvorhaben 36,94 Sitzungen, bei den beiden Kontrollgruppen außerhalb des Modellvorhabens 37,68 und 42,78 Sitzungen. Interessant wäre hier sicherlich noch die Verteilung der Häufigkeit zu den einzelnen Therapieumfängen, die zurzeit noch nicht im Bericht ausgewiesen werden. Sehr deutlich wird in der Trans-OP-Studie von Gallas et al. 2008, dass die unterschiedliche Therapiedauer mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung des Patienten zu Beginn der Psychotherapie korreliert.

Ca. 50% aller Psychotherapien benötigen mehr als 50 Sitzungen, um eine Stabilisierung der Therapieeffekte dahingehend zu erreichen, dass von einer erfolgreichen Psychotherapie gesprochen werden kann.

Neu ist im DPTV-Modell auch, dass die Kontingente mehr nach Krankheitswertigkeit und Sitzungsfrequenz pro Woche und nicht nach Verfahren angelegt werden. Diese liegen in der Verhaltenstherapie (insbesondere bei der Expositionsbehandlung), der tiefenpsychologisch fundierten Behandlung und meist auch in der Analytischen Therapie bei 1 bis 2 Sitzungen in der Woche. Neu und sinnvoll ist darüber hinaus, dass die Kollegen mit Psychoanalytischer Therapie nun auch die Möglichkeit einer Probertherapie bzw. einer Kurz-



Literaturhinweis

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



Sabine Schäfer

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



zeittherapie erhalten. Dies war bisher nur denjenigen analytischen Kollegen möglich, die eine zweite Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nachweisen konnten. Diese Angleichung ist auch dem Umstand geschuldet, dass alle Verfahren für alle Indikationen im Rahmen der GKV anerkannt und eingesetzt werden.

Neu ist ebenfalls, dass für alle Patienten – egal in welchem Psychotherapieverfahren die Psychotherapie durchgeführt wurde – die Möglichkeit besteht, im Anschluss auch niederfrequent im Sinne einer Erhaltungstherapie eine weitere Behandlung in Anspruch zu nehmen. Diese soll bei denjenigen Patienten zum Einsatz kommen, bei denen mit einer niederfrequenten Erhaltungstherapie wiederkehrende stationäre Krankenhaus-/Psychiatrieaufenthalte, längere Arbeitsunfähigkeiten und Frühberentungen vermieden werden können.

Fazit

Die hier aufgeführten Erkenntnisse mündeten in das hier vorgestellte Modell einer sinnvollen Qualitätssicherung

für die ambulante Psychotherapie mit einer modifizierten Festlegung der bewilligten Zeitkontingente. Die bisher in den PT-R vorgeschriebene Begutachtung per Bericht an einen Fachgutachter erfolgt in diesem Modell gezielter und basiert auf den relevanten Forschungsergebnissen.

Implizit werden mit dieser Renovierung der Qualitätssicherung in den PT-R den Krankenkassen ohne Qualitätsverlust in den Behandlungen sogar zusätzlich Kosten gespart. Und letztlich wird mit diesem Modell auch die notwendige Entbürokratisierung vorangetrieben. Bürokratische Vorgänge verursachen auf Seiten der Psychotherapeuten ebenfalls Kosten, auch wenn diese buchhalterisch nicht erfasst werden. Hierzu hat die KV Westfalen-Lippe in Kooperation mit der KBV im Jahre 2006 die Bürokratiekosten für Vertragsärzte gemessen. Diese beliefen sich auf schätzungsweise 1,6 Milliarden Euro jährlich. Definiert waren diese Bürokratiekosten im Rahmen dieser Untersuchung als jene Kosten, die einem Vertragsarzt entstehen, um seinen gesetzlich oder vertraglich formulierten Informationspflichten nachzukom-

men und die nicht in seiner originären Unternehmereigenschaft begründet sind. Hier wurden insbesondere alle Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen mit administrativen Belastungen von über 1 Mio. € pro Jahr erfasst. Hier gehört nach der Verordnung der stationären Krankenhausbehandlung (4,4 Mio. €) und der häuslichen Krankenpflege (2,6 Mio. €) die Beantragung einer Langzeittherapie mit 3,8 Mio. € zu den kostenintensivsten Regelungen.

Die frei werdenden Ressourcen der Krankenkassen und der Psychotherapeuten können mit dem modifizierten GAV für moderne Qualitätssicherungselemente wie Psychometrie und Dokumentation genutzt werden, sowie für die Versorgung von mehr Patienten.

Ausblick

Die DpTV wird sich auch weiterhin intensiv mit dem Thema QS befassen. Dieses oben dargestellte Modell stellt den wissenschaftlich fundierten, aktuellen Diskussionstand im Verband dar. Neben diesem Modell können auch Kompromiss-Modifizierungen, die den

Ergebnissen zwar nicht in allem, aber zumindest ansatzweise Rechnung tragen, alternativ diskutiert werden:

- I. Eine Befreiung erfahrener Therapeuten vom 1. Verlängerungsgutachten wäre eine weitere Möglichkeit einer Modifizierung des Antragsverfahrens. Dies mit einer Anpassung der Bewilligungsschritte in der Verhaltenstherapie an die der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.
- II. Das Gutachterverfahren wird von den Krankenkassen stichprobenartig angesetzt. Die Antragstellung zu Beginn erfolgt in der Regel ohne Bericht an den Gutachter. Der Psychotherapeut kann so unverzüglich die Behandlung beginnen. So bleibt den Krankenkassen die Möglichkeit, mit oder auch nach Antragsstellung vom Psychotherapeuten einen Bericht für den Fachgutachter anzufordern, dies nach bestimmten sinnvollen Kriterien, die noch festzulegen wären, so auch der prozentuale Umfang dieser Stichprobenprüfung. ■

M·E·G JAHRESTAGUNG 22.-25. März 2012 Bad Kissingen
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e.V.

Hypnotherapie: Heilen in veränderten Bewusstseinszuständen

*Hypnose und Trance
Neuropsychologie
Achtsamkeit
Ethnomedizin
Rituale des Heilens*

Information: www.MEG-Tagung.de

M.E.G., Waisenhausstr. 55, 80637 München, www.MEG-Hypnose.de, info@MEG-Tagung.de



Literaturverzeichnis

Sabine Schäfer

Modell eines modifizierten Gutachterverfahrens in der Psychotherapierichtlinie

Psychotherapie **Aktuell**

Heft 3.2011

ISSN 1869-0335

Albani, C., Blaser G., Greyer M., Schmutzer G., Brähler E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55 (6), S.503-514.

Gallas, C., Puschner B., Kühn A., Kordy H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 60 (1), S.5-13.

KVWL Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2006): Bericht Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten. Dortmund.

Köhlke, H.-U. (2000). Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit, dgvt, Tübingen.

Köhlke, H.-U. (2001). Zur Verhältnismäßigkeit des Psychotherapie-Gutachterverfahrens. *Prüfschritte. PsychotherapeutenFORUM*, 4, S.5-11.

Köhlke, H.-U. (2000). Hat das Psychotherapie-Gutachterverfahren (noch) eine Legitimation? Latrogene „Qualitätssicherung“ oder grober Unfug lege artis?_Eine umfassende Untersuchung bestätigt Zweifel der überwiegenden Praxis. Einzusehen unter: <http://www.psychotherapie.de/report/2000/03/00032801.htm> (27-09-2011).

Köhlke, H.-U. (2001). Zur Verhältnismäßigkeit der Psychotherapie-Gutachterverfahrens. Keine Legitimation für zu kurze Antrags-Prüfungsschritte. *PsychotherapeutenFORUM*, 4, S.5-11.

Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Springer. Heidelberg.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2009) *Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19. Februar*. Berlin.

Puscher, B., Kordy, H. (2002). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung. Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Studienergebnisse I: Versorgungsepidemiologie*. Einzusehen unter <http://www.psyles-stuttgart.de/html/-transop/thforum.html> (09-12-2010)

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2010) *Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)*. Beschluss des G-BA vom 20. Mai. Berlin.

Rüger U., Bell, K. (2004). Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, S.127-152.

Schäfer, S. (2011). Brauchen wir Gutachter speziell für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? In: *Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 10, S.131-146

Schäfer, S. (2010). Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie. In *Psychotherapie Aktuell DPTv*, 2 (2), S.14-19.

Schäfer, S. (2010). Wie lange dauert eine Psychotherapie? In: Psychotherapie Aktuell DPTV, 2 (4), S. 17-20.

Vogel, H., Lemisz W., Liebeck H., Palm W. (2002). Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltenstherapie durch die GutachterInnen. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 12 (3), 228-231.

Walendzik, A., Rabe-Menssen C., Lux G., Wasem J., Jahn R. (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Ausgabe 1/2011



Korrespondenzadresse

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim/Teck
E-Mail sabineschaefer@dptv.de