

Stellungnahme der DGPT zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 16.06. 2016 beschlossenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Juni 2016 gravierende Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie (PT-Richtlinie) beschlossen.

Im den folgenden Ausführungen werden die Fakten und die politischen Hintergründe der Beschlussfassung beleuchtet.

Die DGPT kann nach erfolgter Beschlussfassung konstatieren, dass durch aufreibende Verhandlungen ein Ergebnis erzielt wurde, das uns bezogen auf viele therapeutische Belange wissenschaftlich nicht begründbar und bürokratisch erscheint. Allerdings konnten auch wichtige Eckpunkte erreicht werden (weiterhin direkter Zugang zur Langzeittherapie LZT, Vermeidung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch Genehmigungsfiktion bei nur noch antragspflichtiger Kurzzeittherapie KZT, Verzicht auf Wartezeiten u.v.a.m.). Die Wertschätzung für die Verhandler wächst ohnehin häufig, wenn man auf Umwegen später erfährt, was alles verhindert werden konnte, worüber wegen der Vertraulichkeitsgebote im Verhandlungsablauf nicht öffentlich gesprochen werden durfte.

Der G-BA hat somit mit der Novellierung eine PT-Richtlinie beschlossen, die nun ihre positiv steuernden Wirkungen unter Beweis stellen muss. Dies umso mehr, als die entscheidende Diskussion zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages ansteht, um die technische Umsetzung der Richtlinie in die PT-Vereinbarung zu bewerkstelligen. Dort wird sich zeigen, ob die Ziele der Richtlinie durch eine alltagstaugliche Umsetzung sinnvoll und spürbar bürokratiearm erreicht werden können.

Durch die anschließende Diskussion im Bewertungsausschuss wird sich herausstellen, ob das Ganze nicht nur zur Orchestrierung der Einsparungs- und Kostendämpfungswünsche seitens der Krankenkassen genutzt wird. Falls dies der Fall sein sollte, wäre die erfolgte Beschlussfassung eine Niederlage bezogen auf die Erreichung der Ziele, einerseits die Patientenversorgung zu verbessern und andererseits, die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten in ein gesundes, für beide Seiten akzeptables Verhältnis zu bringen.

Hintergrund:

Mitte 2015 hat der Bundestag auf Vorschlag der Bundesregierung das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossen. Darin wurde in § 92 Abs. 6a SGB V festgelegt:

„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 und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Grundlage dieses Teil des GKV-VSG war ein vom Spitzenverband der Krankenkassen (SpiBu) vorgelegtes Diskussionspapier¹. Die DGPT hatte dazu eine zwar konstruktive aber auch kritische Haltung eingenommen².

Dass diese Ideen Eingang ins Gesetz fanden, lag sicher u.a. an der breiten öffentlichen Diskussion um Wartezeiten im Bereich Psychotherapie, die führende Berufsverbände der Psychotherapeuten initiiert und die entsprechenden Formulierungen im Gesetz begrüßt hatten. Die DGPT hat immer auf die Gefahren einer solchen Zuspitzung hingewiesen.

Nun hat der G-BA die Vorgabe des GKV-VSG fristgerecht umgesetzt, da sich die beteiligten Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Vertretern der Krankenkassen nach langem und zähem Ringen auf einen für beide Seiten sicher nicht perfekten Kompromiss einigen musste. Die „Alternative“ zur Einigung wäre die wenig kalkulierbare Festsetzung der Inhalte durch das Plenum des G-BA gewesen.

Im Einzelnen hatte die Richtlinie eine „Flexibilisierung“ des Therapieangebotes, die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, die Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, der Rezidivprophylaxe sowie die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beinhalten (die Förderung der Gruppenbehandlungen bleiben bei dieser Stellungnahme außen vor). Die Änderungen werden zum 1. April 2017 in Kraft treten, wenn das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss in der vorliegenden Form nicht noch beanstandet.

Im Einzelnen:

1. Psychotherapeutische Sprechstunde / Telefonische Erreichbarkeit:

- Für den Patienten ist vor Beginn einer Psychotherapie die Wahrnehmung mindestens einer Sprechstunde verpflichtend vorgesehen. Ausnahme ist der Wechsel des Therapeuten oder ein Patient wurde wegen einer psychischen Krankheit stationär oder in einer Reha behandelt.
- Dem Ärztlichen/Psychologischen Psychotherapeuten ist freigestellt, ob eine psychotherapeutische Sprechstunde angeboten wird.
- Falls die Sprechstunde angeboten wird, müssen es mindestens zwei Stunden pro Woche sein und sie hat sich an festen Zeiten zu orientieren. Die Sprechstunde hat 100 Minuten pro Woche (halber Versorgungsauftrag: 50 Minuten) zu umfassen und ist in 25-Minuten-Einheiten teilbar (=4 x 25 Minuten).
- Das Sprechstundenangebot umfasst dann je Patient bis zu 150 Minuten, bei Kindern und Jugendlichen bis zu 250 Minuten, jeweils teilbar in 25-Minuten-Einheiten. Vor einer Akutbehandlung oder einer Richtlinien-therapie muss eine Sprechstundeneinheit von mindestens 50 Minuten durchgeführt werden.

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf

² http://www.dgpt.de/fileadmin/download/Mitteilungen/2013-12-17_GKV-Positionspapier_oeffentliche_STN_DGPT_bvvp_VAKJP.pdf

- Die Richtlinie sieht vor, dass alle Praxisinhaber im Umfang von 150 Minuten pro Woche, bei einem hälftigen Versorgungsauftrag von 75 Minuten pro Woche, teilbar in 25 Minuten-Einheiten (für die Patienten) erreichbar sein müssen. Dies kann auch durch Praxispersonal gewährleistet werden.
- Ferner ist die Aushändigung eines allgemeinen Informationsblattes an den Patienten sowie die Aushändigung einer individuellen Patienteninformation über das Ergebnis der Sprechstunde Teil des Konzepts.

Bewertung DGPT:

Das Angebot einer Sprechstunde ist eine Folge der Wartezeitendiskussion. Damit möchte die Politik ein Zeichen setzen, um den Patienten den schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen. Die Forderung nach fester telefonischer Erreichbarkeit ist leider die Folge vieler rein mit Hilfe von Anrufbeantwortern arbeitenden Praxen, die ungeachtet der nachvollziehbaren betriebswirtschaftlichen Hintergründe durch den damit einhergehenden Patientenunwillen ebenfalls die Politik zur Reaktionen genötigt haben.

Allerdings bleibt hier u.a. die Wirkung solcher Maßnahmen auf die Kapazität der psychotherapeutischen Praxen außer Betracht; den meisten Patienten wird es ggf. als Verbesserung erscheinen, jedoch reduzieren die für die Sprechstunde zu reservierenden Stunden zum Teil die Anzahl der Probatorischen Sitzungen (s.u.), die in Praxen dann zur Verfügung gestellt werden können. Auch ist es eine Illusion, dass die Patienten so schneller Behandlungsplätze finden und die Veränderungen den Bedarf an sich an die Sprechstunde anschließende Therapiestunden senken werden, auch wenn die Krankenkassen dies aus Einsparungsüberlegungen heraus erwarten.³

Darüber hinaus beinhaltet die Freiwilligkeit des Angebots einer Sprechstunde für den Therapeuten auch einen weiteren Aspekt: Patienten, die einen Therapeuten, der keine Sprechstunde anbietet, direkt in Anspruch nehmen wollen, ist dies temporär verwehrt, da der Sprechstundenbesuch vor Beginn einer Therapie für den Patienten verpflichtend ist. Erst nach dem Besuch einer Sprechstunde bei einem anderen Therapeuten könnte der Patient den ursprünglich gewünschten Therapeuten wieder aufsuchen. Damit ist nicht nur das Erstzugangsrecht für einige Patienten eingeschränkt. Es werden unter Umständen auf Sprechstunden spezialisierte Großpraxen (MVZ etc.) etabliert bzw. gestärkt.

Nicht zuletzt wird die (bisher unbezahlte) Organisation der Sprechstunde einschließlich der Vorhaltung der Telefonstunden erhebliche Umstrukturierungen innerhalb des Praxisbetriebs nach sich ziehen, die im Zusammenhang mit der strittigen Diskussion um den Strukturzuschlag nochmals Wasser auf die Mühlen der Kritiker des Zuschlags sein werden.

2. Probatorische Sitzungen

Es wird auch künftig probatorische Sitzungen vor einer Einzel- oder Gruppenpsychotherapie geben, die Probatorik ist allerdings auf mindestens zwei, höchstens vier Stunden festgelegt.

Bewertung DGPT:

Dies ist analog zu oben erwähnter Kritik zu sehen, die Sprechstunde wird zum Teil durch

³ <https://www.tk.de/tk/illustrationen/grafiken/psychotherapie/842292>

die bisher für die Probatorik verwendeten Stunden bestritten. Insbesondere für die analytischen und tiefenpsychologischen Behandlungen stellt das eine einschneidende, fachlich problematische Veränderung dar.

Die dadurch entstehende Verschlechterung der diagnostischen Möglichkeiten wird verschärft durch die Streichung der Indikation Kurzzeitpsychotherapie als Probetherapie zur Überprüfung der Indikation für eine Langzeitpsychotherapie.

3. Akutbehandlung

In Zukunft wird es die Möglichkeit geben, psychisch Kranke mit dringendem Behandlungsbedarf direkt zu behandeln. Diese kurzfristige Intervention besteht aus bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten oder 12 Gesprächseinheiten à 50 Minuten. Diese ist nicht antragspflichtig, muss aber angezeigt und innerhalb von 14 Tagen begonnen werden. Dazu bedarf es keiner vorlaufenden probatorischen Sitzung.

Außerdem wird die Akutbehandlung auf das ggf. zu beantragende und genehmigte Kontingent einer Richtlinien-therapie (KZT und LZT) angerechnet, der mindestens 2 probatorische Sitzungen vorausgehen müssen.

Bewertung DGPT:

Eine schnelle Intervention wird damit ermöglicht. Die Akutbehandlungsstunden werden aber nicht zur Richtlinien-therapie gerechnet und können damit ggf. den KV-Mengenbegrenzungen einschließlich denkbarer Honorarabstaffelungen im Rahmen eines Regelleistungsvolumens unterworfen werden. Die ist umso wahrscheinlicher, je besser diese Leistungen ggf. durch den nachfolgenden Bewertungsausschuss vergütet werden. Es muss also abgewartet werden, wie die Bundesmantelvertragspartner KBV und die Verbände der Krankenkassen darauf reagieren.

4. Kurzzeittherapie

Die bisherige Kurzzeittherapie von 25 Stunden muss künftig in zwei Abschnitten (T1 und T2) à 12 Stunden erbracht werden. Beide KZT unterliegen dabei einer Antragspflicht mit Genehmigungsfiktion, d.h. der Schutz vor Maßnahmen der KV-Wirtschaftlichkeitsprüfung bleibt gewahrt, da angenommen wird, die Krankenkasse hätte die Stunden (fiktiv) durch bloße Bewilligung des Antrags genehmigt. Bemerkenswert ist, dass die KZT grundsätzlich nicht mehr dem Gutachterverfahren unterworfen ist.

Bewertung DGPT:

Die Aufteilung der KZT in zwei Einheiten entspricht einem Konzept der Krankenkassen, die in der Frühphase der Diskussion auch noch eine 6-wöchige Wartezeit zwischen den KZT gefordert hatten⁴. Nachdem ihnen allerdings die schweren und offensichtlichen therapeutischen Mängel einer solchen Wartezeit verdeutlicht werden konnten, wurde diese Forderung fallengelassen.

Es bleibt aber bei der Aufteilung der KZT in zwei Stufen, da die Krankenkassen aufgrund

⁴ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf

ihrer Daten annehmen, dass es in vielen Fällen nicht mehr zur Beantragung des zweiten KZT-Anteils kommen wird. Es bleibt abzuwarten, ob diese unter Kostenbetrachtungen angestellte Vorgehensweise ihren Erfindern Recht gibt.

Es bleiben jedoch sachlich schwerwiegende therapeutische Fragen, wie eine Behandlung unter solch restriktiven, dem Aufbau eines verlässlichen Behandlungsbündnisses entgegen stehenden Bedingungen überhaupt Erfolge zeigen kann. Die DGPT bleibt bei ihrer Kritik an dieser Aufteilung. Auch wird die Befreiung von der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie-Anträge kaum ins Gewicht fallen, da dies relativ wenige traf, die noch nicht von der Pflicht zur Begutachtung ausgenommen waren. Bisher war eine KZT auf jeden Fall dann gutachterpflichtig, wenn innerhalb einer Frist von zwei Jahren mit einer erneuten Kurzzeittherapie begonnen wurde. Diesbezüglich ist in der jetzt beschlossenen Richtlinie keine Regelung vorgesehen.

5. Langzeittherapie

Die Langzeittherapie kann nach der Akutbehandlung, der KZT oder von Anfang an (nach den bis zu maximal 4 probatorischen Sitzungen) als gutachterpflichtige Langzeittherapie beantragt werden. Der bisherige 1. Fortführungsschritt entfällt.

Der 1. Bewilligungsschritt umfasst nun bei der Analytischen Psychotherapie bis 160 Stunden; der 2. Bewilligungsschritt bis 300 Stunden. Der bisherige Zwischenschritt „bis 240 Stunden“ entfällt. Für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst der 1. Bewilligungsschritt 60 und der 2. 100 Stunden. Es besteht, wie erwähnt, weiterhin Antrags- und Gutachterpflicht. Bei Fortführungen steht es der Krankenkasse offen, ob sie das Gutachterverfahren einleitet. Kriterien für diese künftig kasseninterne Entscheidung sieht die Richtlinie nicht vor. Auch hier werden vorangegangene Akuttherapiestunden oder KZT-Kontingente mit dem ggf. genehmigten LZT-Kontingent verrechnet.

Bewertung DGPT:

Gerade die Möglichkeit, die LZT weiterhin von Anfang an beantragen zu können, stellt durchaus einen Verhandlungserfolg dar, da dies von den Krankenkassen zu Beginn nicht vorgesehen worden war.

Allerdings erweist sich die Verrechnung des genehmigten Behandlungskontingents mit den ggf. erbrachten Akutstunden als erkennbar gefährlich, da diese Stunden dann aus dem extrabudgetären, von den Krankenkassen direkt vergüteten Bereich herausfallen und damit die Leistungen Gefahr laufen, in die Mühlen der Honorarabstaffelungen der KVen zu kommen.

Darüber hinaus sieht die DGPT die freie Entscheidung der Kassen, ob und wann sie bei Fortführungsanträgen ein Gutachterverfahren einleiten, kritisch, da sie eine Überprüfung der Prozessqualität von Behandlungsverläufen unmöglich macht. Ebenso kann dann eine Prüfung der Validität des Gutachterverfahrens selbst im Vergleich zu anderen Verfahren nicht mehr erfolgen.

6. Rezidivprophylaxe

Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe berücksichtigt und entsprechend beantragt werden.

Die für die Rezidivprophylaxe vorgesehenen Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Die Rezidivprophylaxe wird innerhalb von 5 Jahren nach Beschlussfassung evaluiert.

Bewertung DGPT:

Gerade für die beiden analytisch begründeten Behandlungsverfahren (AP und TfP) war die Forderung nach einer den Standardremissionen entgegenwirkenden Maßnahme einer langläufigen Rezidivprophylaxe immer aktuell. Die Krankenkassen haben sich allerdings der Forderung nach einem dafür reservierten eigenständigen Behandlungskontingent widersetzt. Sie gehen offensichtlich davon aus, dass gerade bei LZT die Rezidivprophylaxe innerhalb des bewilligten Kontingents erbracht werden kann. Hintergrund dieser Überlegungen dürften KBV-Daten sein, wonach Langzeitbehandlungen, gerade auch in den analytisch begründeten Behandlungsverfahren, die Kontingentgrenzen in der Regel nicht ausschöpfen. Therapeuten sollen nun bereits genehmigte „freie“ Stunden des letzten Behandlungskontingents einfach „umwidmen“. Die DGPT teilt diesen einsparungsmotivierten Kassenstandpunkt nicht. Wir erwarten weiterhin durch die Möglichkeit eines eigenständigen niederschweligen Leistungsangebots einen positiven Beitrag zur dauerhaften Stabilisierung der Patienten mit der Folge der Verringerung des Drehtüreffekts bei kostenträchtigen (Selbst)Klinikeinweisungen.

7. Dokumentation

Die jetzt verabschiedete Richtlinie sieht ferner eine umfassende und verpflichtende Behandlungsdokumentation zu Beginn und am Ende der Behandlungen mit standardisierten Fragebögen zur Erhebung des Sozialstatus, Bildungsniveaus und der Symptombelastung des Patienten vor. Bisher sollen diese in der Patientenakte verbleiben, es ist aber vorgesehen, dass im Rahmen des Gutachterverfahrens der vom Patienten und dem Therapeuten gemeinsam auszufüllende Fragebogen dem Bericht an den Gutachter beigefügt werden muss.

Bewertung DGPT:

Die Krankenkassen erheben die Forderung nach der Einführung von behandlungsbegleitenden Fragebögen schon lange. Zum Teil erscheint dies auch gerechtfertigt, da die Krankenkassen zum Beispiel zurzeit keine Erkenntnisse über die möglichen Gründe eines frühzeitigen Behandlungsendes oder Behandlungsabbruchs haben. Unter Steuerungsgesichtspunkten wäre eine solche Angabe sicherlich ein diskussionswürdiges Anliegen.

Allerdings hat sich schon beim Forschungsprojekt der Techniker Krankenkasse (Modellprojekt „Qualitätsmonitoring ambulanter Psychotherapie“) gezeigt, dass ein separates System der fortlaufenden psychometrischen Messungen bei Patienten bzw. Befragungen von Therapeuten und Patienten sowie der gleichzeitiger Verzicht auf das Gutachterverfahren

bei der Genehmigung von Langzeitpsychotherapien dem bisherigen Gutachterverfahren unter dem Gesichtspunkt der Sicherung der Prozessqualität nicht überlegen ist.⁵

Nach Auffassung der DGPT gehen aber die den Richtlinien anhängenden standardisierten Erhebungsinstrumente über dieses Anliegen hinaus: Einerseits werden Daten abgefragt, die den Kassen ohnehin vorliegen (Dauer der Arbeitslosigkeit etc.), andererseits wird für viele andere Daten nicht begründet, wofür sie fachlich gebraucht werden.

Juristisch besehen fehlt dieser Datenerhebung damit das datenschutzrechtlich zwingend notwendige Kriterium der nachgewiesenen Erforderlichkeit. Auch ist nicht erkennbar, welche Norm im SGB V die Kassen zur Erhebung, -verarbeitung und -speicherung der Daten unter Angabe des einzelnen Items ermächtigt.

Die DGPT bezweifelt somit massiv den therapeutischen Nutzen dieser Datenerhebung, von der großen zusätzlichen bürokratischen Last und den datenschutzrechtlichen Bedenken abgesehen. Die DGPT unterstützt aber sinnvolle, die Behandlung ergänzende Datenerhebungen, wenn der Nutzen nachgewiesen ist und die Belastung für Patienten und Therapeuten in Grenzen gehalten werden kann.

⁵ <http://www.dgpt.de/fileadmin/download/presse/PM-TK-Projekt.pdf>