

DPTV Hintergrund¹

INFORMATION

Ambulante Psychotherapie – Entbürokratisierung schafft Behandlungskapazitäten

Abdruck aus: Psychotherapie Aktuell 1.2014 (ISSN 1869-0335)

März 2014



Kontakt Monika Bendisch MPH
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · E-Mail monikabendisch@dptv.de

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

Sabine Schäfer

Ambulante Psychotherapie – Entbürokratisierung schafft Behandlungskapazitäten

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) setzt sich seit vielen Jahren für notwendige Reformen in der ambulanten Psychotherapie ein. Im November 2013 wurde das „Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ vorgelegt, das flexible, auf den Einzelfall zugeschnittene psychotherapeutische Maßnahmen vorschlägt, die zusätzlich oder anstatt einer Psychotherapie nach der derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinie (PT-R) durchgeführt werden können.

Die Regelungen der Richtlinienpsychotherapie haben sich seit Einführung der Psychotherapie als Krankenkassenleistung 1967 nur wenig verändert. Dagegen hat sich die Leistungsfähigkeit und Flexibilität der Psychotherapie erheblich weiterentwickelt. 1967 hatte man mit der Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch keinerlei Erfahrung. Psychotherapie war damals ärztlich und psychoanalytisch geprägt, erst 1972 konnten auch Diplom-Psychologen mit analytischer Ausbildung im Delegationsverfahren teilnehmen, 1987 wurde dieses auf Verhaltenstherapeuten erweitert. 1999 haben sich mit dem Psychotherapeutengesetz hochwertige, bundesweit einheitliche Ausbildungsstandards für den eigenständigen Heilberuf des Psychotherapeuten gesetzlich etabliert. Die Staatsprüfung mit Erteilung der Approbation für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Berufsordnungen und geregelte Fortbildungspflichten sichern seitdem die Qualität der Behandlung durch diese neuen Heilberufe nachhaltig.

Ein wesentlicher Bestandteil der historischen Regelungen zur Richtlinienpsychotherapie ist das sogenannte Gutachterverfahren (GAV). Dieses Verfahren zur Begutachtung *jeder* einzelnen Psychotherapie war bei Einführung Teil einer politischen Einigung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen zur Etablierung der psychoanalytischen Therapien in das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gutachterverfahren sollte

aufgrund des Fehlens ausreichender und klar definierter Ausbildungsstrukturen für Psychotherapeuten der Qualitätssicherung dienen.

47 Jahre später ist die Situation neu zu bewerten. Aufgrund hoher psychotherapeutischer Ausbildungsstandards, relevanter Erkenntnisse aus Praxis, Versorgungsforschung und Modellprojekten zur Qualitätssicherung müssen die Psychotherapie-Richtlinien auf den aktuellen Stand für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen angepasst werden.

Dabei ist es wichtig, die aktuell an unterschiedlichen Stellen gesetzlich gestellten Anforderungen an die Qualitätssicherung der Behandlung miteinander zu verzahnen, um Redundanzen und den damit verbundenen Bürokratieaufwand zukünftig so gering wie möglich zu halten.

Im Folgenden wird die Angemessenheit und Praxistauglichkeit des Gutachterverfahrens in der Richtlinienpsychotherapie betrachtet.

Das bürokratielastige Gutachterverfahren blockiert Behandlungszeit und verursacht Kosten

Neben den alltäglichen Bürotätigkeiten und therapiebegleitenden Dokumentationspflichten wird ein beträchtlicher Teil möglicher Behandlungszeit durch das derzeitige Gutachterverfahren absorbiert.

Wird in den probatorischen Sitzungen die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer ambulanten Psychotherapie festgestellt, folgt das Antragsverfahren. Erfahrene Kollegen können nach der derzeitigen Regelung eine Kurzzeittherapie bis zu 25 Sitzungen mit dem ergänzenden konsiliarisch eingeholten somatischen Befundbericht beantragen.

Ungefähr die Hälfte aller Patienten benötigt eine über die Kurzzeittherapie hinausgehende Psychotherapie, da sie z.B. schwerer oder chronisch erkrankt oder bereits länger arbeitsunfähig sind. In diesen Fällen ist dem Erst-, Umwandlungs- oder Verlängerungsantrag an die Krankenkasse ein Bericht an den Gutachter beizufügen. Der Bericht soll Angaben zu Symptomatik, Lebensgeschichte, Therapieplanung, Prognose etc. enthalten und ca. drei bis vier Seiten umfassen. Bei weiteren Verlängerungsanträgen, je nach Therapieverfahren recht kleinschrittig (in der Verhaltenstherapie z.B. nach 15 bzw. 20 Sitzungen), sind erneut Berichte zu verfassen und dem Gutachter zur Prüfung vorzulegen.

Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten stellen im System der gesetzlichen Krankenkassen ca. 80% aller Vertragspsychotherapeuten, ca. 20% die psychoanalytisch ausgebildeten Psychotherapeuten.

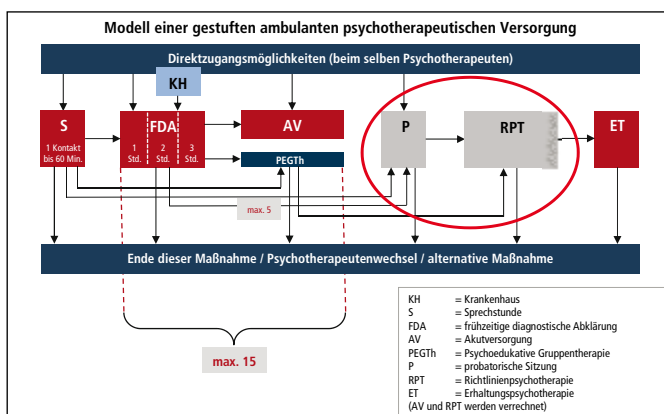


Abbildung 1

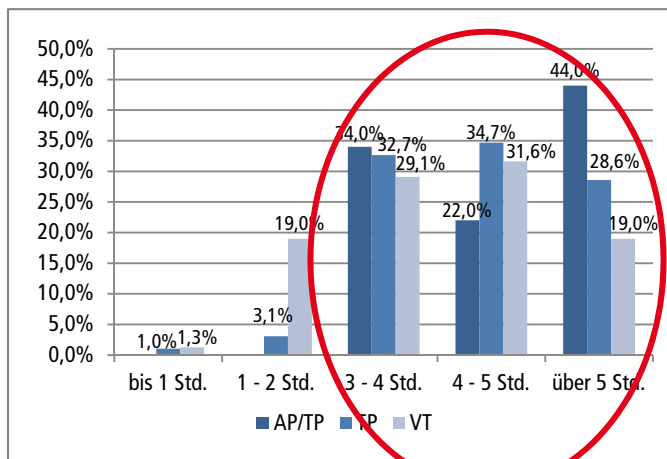


Abbildung 2. Zeitaufwand ‚Anträge‘

Verhaltenstherapeuten erstellen im Jahr in einer ausgelasteten Praxis für ihre Patienten rund 26 Berichte, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten 31 und Psychoanalytiker mit ca. 15,5 Berichten nur die Hälfte. Im Schnitt werden mit einem Bericht in der Verhaltenstherapie 20 Sitzungen bewilligt, in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 25 und in der analytischen Psychotherapie 100 Sitzungen.

Für die Krankenkassen sind die anfallenden Kosten für dieses Verfahren nicht unerheblich: die Kosten des Gutachter- und Genehmigungsverfahrens betragen im Verhältnis zu den entsprechenden Behandlungskosten in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie ca. 5 bis 10%, während dieser Anteil bei der analytischen Psychotherapie nur ungefähr 2% ausmacht. Zum Vergleich: in den somatisch-medizinischen Bereichen liegen die Kosten für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung etwa 0,25% (!) (Köhlke, 2000).

Für einen „Bericht an den Gutachter“ für eine Langzeittherapie, der in der Regel drei bis vier Seiten umfasst, erhalten Psychotherapeuten jeweils 53,38€ (Umsatz). Angesetzt werden hierfür laut Gebührenordnung 60 Minuten Arbeitszeit. Der reale Zeitaufwand für diesen Bericht liegt für die Psychotherapeuten allerdings in der Regel deutlich höher: sie benötigen drei bis über fünf Stunden! Gerade Praxen mit einem hohen Anteil an Langzeittherapien und damit meist schwer erkrankten Patienten, werden überproportional von diesem Berichtsaufwand belastet.

Die Ergebnisse einer aktuellen Studie von Sievers (Sievers, 2012) bestätigen und replizieren diejenigen der umfangreichen Untersuchung von Köhlke. Auch

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

die Onlinebefragung der DPTV in 2013 zur Berufszufriedenheit stellt eine deutliche Unzufriedenheit der Psychotherapeuten mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit (Dokumentation/Leistungsabrechnung/Anträge) und ihrer originären psychotherapeutischen Tätigkeit fest: Über 60% der Niedergelassenen äußern sich unzufrieden in diesem Punkt (Rabe-Menssen, Hild-Steimecke, 2013).

Bei den Fragen nach *Belastungsfaktoren im Praxisalltag* sticht das Gutachterverfahren besonders hervor: 80% der niedergelassenen Psychotherapeuten fühlen sich dadurch belastet. Zweitgrößter Belastungsfaktor nach dem Gutachterverfahren sind Anfragen von Patienten, die aufgrund hoher Praxisauslastung nicht mehr aufgenommen werden können. Erst danach(!) rangieren im Belastungserleben von 42% der Niedergelassenen die Anforderungen des Qualitätsmanagement und Anfragen von Krankenkassen/MDKs und Rentenversicherungen.

Auch eine Untersuchung der KV Westfalen-Lippe Dortmund in 2006, die eine *Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten bei den vorgegebenen Informationspflichten* fokussierte, führte zu dem Ergebnis: „... dass die Verordnung der stationären Krankenhausbehandlung (4,4 Mio. €) und der häuslichen Krankenpflege (2,6 Mio. €) sowie die Beantragung einer Langzeittherapie (3,8 Mio. €) zu den kostenintensivsten Regelungen zählen. Hier könnte zunächst über Verfahrensvereinfachungen nachgedacht werden.“

Doch auch diese vor acht Jahren getroffene Feststellung führte bislang zu keiner Erleichterung beim Gutachterverfahren, das noch im Wesentlichen so existiert, wie bei seiner Einführung 1967.

Veränderungs- und Entbürokratisierungsvorschläge zum Gutachterverfahren

Die einheitliche Ausbildung mit staatlicher Approbationsprüfung sichert auf hohem Niveau die *Strukturqualität* der psychotherapeutischen Behandlungen. Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern setzen darüber hinaus hohe Maßstäbe an die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung. Dies betrifft z.B. Diagnostik, Anamnese, interdisziplinäre Bewertung externer Befunde, differenzierte Indikationsstellung und Behandlungsplanung unter Beachtung der individuellen Behandlungsziele gleichermaßen und setzt damit hohe Qualitätsstandards (*Prozessqualität*). Auch die Dokumentation der Behandlung, eine kontinuierliche Fortbildungspflicht und ein Qualitätsmanagement zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden seitens der Berufsordnung und der Regelungen im Vertragsarztsystem verbindlich gefordert.

Die hohe Qualität psychotherapeutischer Behandlungen im Vertragssystem der Krankenkassen ist belegt. So dokumentiert unter anderem die Versorgungsstudie der Techniker Krankenkasse hervorragende Ergebnisse zur ambulanten Psychotherapie: „An dem Modellvorhaben der TK nahmen von 2005 bis 2009 knapp 400 Psychotherapeuten sowie 1.708 Patienten teil. Die Hälfte der teilnehmenden Psychotherapeuten behandelten ihre Patienten nach Einsatz des herkömmlichen Gutachterverfahrens, die andere Hälfte durfte darauf verzichten. Zu verschiedenen Zeitpunkten vor, während, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung wurden Patienten und Therapeuten um ihre Einschätzung der Ergebnisqualität gebeten. Trotz der unterschiedlichen Bewilligungspraxis in beiden Gruppen konnten keine signifikanten Qualitätsunterschiede festgestellt werden.“ (Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse 2011). Die hohen bis sehr hohen Effektstärken der psychotherapeutischen Behandlungen zeigten sich dabei in gleicher Höhe, trotz des Einsatzes unterschiedlicher Qualitätssicherungsinstrumente (Wittmann, Steffanowski, 2011). Bedeutsam ist hier, dass auch die vom Gutachterverfahren befreiten Kurzzeittherapien

der Kontrollgruppe im derzeitigen kassenrechtlichen Regelsystem in die Untersuchung bei gleichen Effektstärken eingingen.

Dies belegt, dass die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung unabhängig von engmaschigen Berichten an Gutachter durch die hohen Ausbildungs- und Qualitätsstandards bereits grundständig gesichert ist.

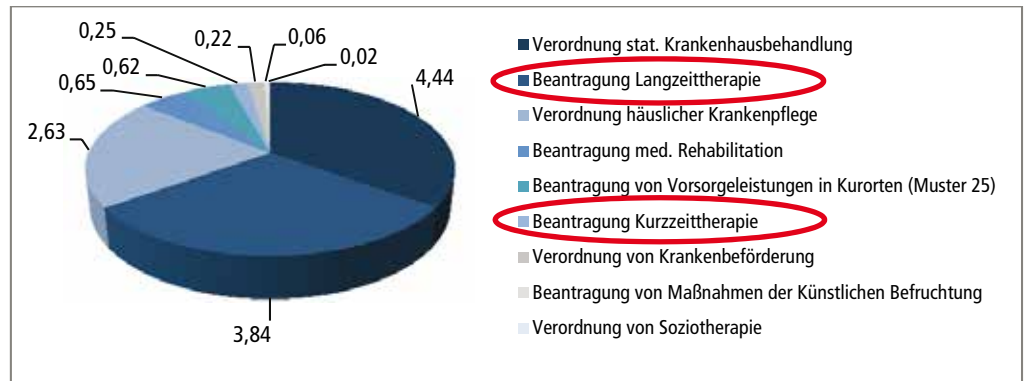


Abbildung 3. Quelle: Bericht Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten im Bereich der KV Westfalen-Lippe Dortmund, 2006.

Das Modell der DPTV zum Antragsverfahren

Folgende Eckpunkte sind bei der Reform des GAV wesentlich:

- Richtlinienpsychotherapie soll weiterhin antrags- und genehmigungspflichtig bleiben. Die Genehmigungspflicht ist die Grundlage für den Wegfall der rückwirkenden Wirtschaftlichkeitsprüfung und für den Geltungsbereich der BSG-Rechtsprechung zur noch rechtskonformen Vergütung dieser streng zeitgebundenen Leistungen. Tragend für diese Rechtsprechung zur Vergütung zeitgebundener und genehmigungspflichtiger Leistungen ist, dass es einen Genehmigungsvorbehalt gibt. Ein Leistungsbescheid vor Beginn der Psychotherapie sichert den Schutz der BSG-Rechtsprechung. Allerdings muss hierfür nicht das jetzige Gutachterverfahren aufrechterhalten werden. Es könnte durch andere Mechanismen ersetzt werden. Um den Schutz der

Rechtsprechung zur Vergütung beizubehalten, ist es ausreichend, wenn die Krankenkassen in Zweifelsfällen die Möglichkeit hätten, einen externen Gutachter (das könnte auch weiterhin ein PT-R-Gutachter sein) einzuschalten.

- Das Modell soll den anderen bereits rechtlich verankerten qualitätssichernden Maßnahmen Rechnung tragen, z.B. denen im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und des SGB V.
- Sollte in dem reformierten Antragsverfahren ein Bericht an einen Gutachter benötigt werden, sollte der Aufwand deutlich verringert und auf das Wesentliche beschränkt sein.
- Alle Richtlinienverfahren sollen aufgrund ihrer Indikationsbreite weiterhin für alle wesentlichen krankheitswertigen psychischen Störungen gleichberechtigt im System der PT-R nebeneinander stehen.
- Die Psychotherapeuten sollen im Sinne einer angemessenen und am Einzelfall des Patienten orientierten Behandlung mehr Freiheitsgrade bei der Zuteilung von Behandlungskapazitäten bekommen.

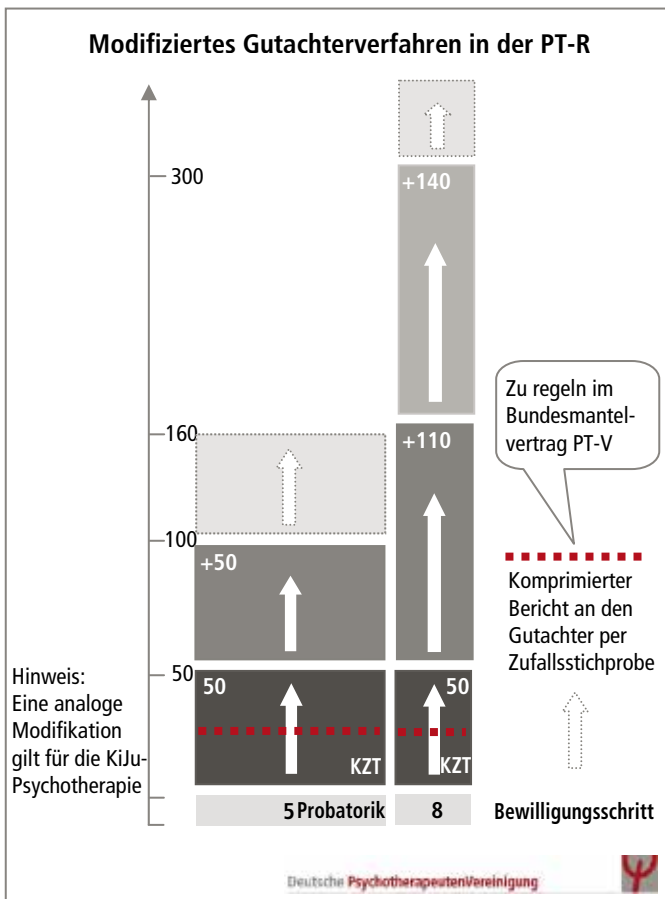


Abbildung 4

Vorschlag zum modifizierten Antragsverfahren

In unserem Modell ist wie bisher nach maximal fünf bzw. acht probatorischen Sitzungen ein Antrag auf eine Psychotherapie bei der Krankenkasse zu stellen. Die Notwendigkeit der Behandlung wird durch die vom Psychotherapeuten gestellten ICD-10-Diagnosen im Rahmen der Indikationsstellung festgestellt. Dafür ergänzend notwendige körperliche Befunde werden dem Psychotherapeuten in einem üblichen Bericht von den mitbehandelnden Haus- oder Fachärzten mitgeteilt. Weiterhin sind die ersten 25 Sitzungen generell von einer Berichtspflicht befreit. Sollte eine Behandlung weitere Sitzungen benötigen, wird vorgeschlagen, auf einen regelhaften Bericht an den Gutachter für *jeden* Patienten zu verzichten. Stattdessen soll eine Stichprobenregelung eingeführt werden. Diese sieht vor, dass in einem noch festzulegenden Verfahren der Stichprobenziehung nur für zufällig ausgewählte Fälle ein Bericht an den Gutachter zu übermitteln ist. Auch für diesen über die Zufallsstichprobe zu erstellenden Bericht soll der unten beschriebene modifizierte (komprimierte) Bericht verwendet werden.

Bisher ist für den Bericht an den Gutachter für jedes Verfahren unterschiedlich ein sehr detailliertes „Informationsblatt“ mit einer Anleitung zur Berichterstattung vorgegeben. In einer Synopse wurden diese „Anleitungen“ um redundante Anteile gekürzt. Das so gewonnene neue Informationsblatt ist zur Abfassung des Berichts für alle Verfahren gültig.

Informationsblatt

zum Erstellen des Berichtes für alle Richtlinienverfahren:

Bericht zum Erst- und Umwandlungsantrag

- Leitsymptome, therapierelevante Angaben zum psychischen Befund, gegebenenfalls Anmerkungen zum somatischen Befund (in Stichworten, gegebenenfalls Testergebnisse)
- Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Antragsstellung
- Relevante Angaben zur Lebensgeschichte, Verhaltens- und Bedingungsanalyse bzw. Psychodynamik
- Behandlungsplan mit Therapiezielen und Prognose
- Bisheriger Therapieverlauf (bei Umwandlungsantrag)

Bericht zum Fortführungsantrag 1

- Bisheriger Behandlungsverlauf in Bezug auf die Therapieziele (gegebenfalls Testergebnisse im Verlauf, gegebenenfalls GAS)
- Weitere Therapieplanung mit begründeter Prognose

Bericht zum Fortführungsantrag 2

- Bisheriger Behandlungsverlauf in Bezug auf die Therapieziele (gegebenfalls Testergebnisse im Verlauf, gegebenenfalls GAS) und bisher erreichter Therapieerfolg
- Ausführliche Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung

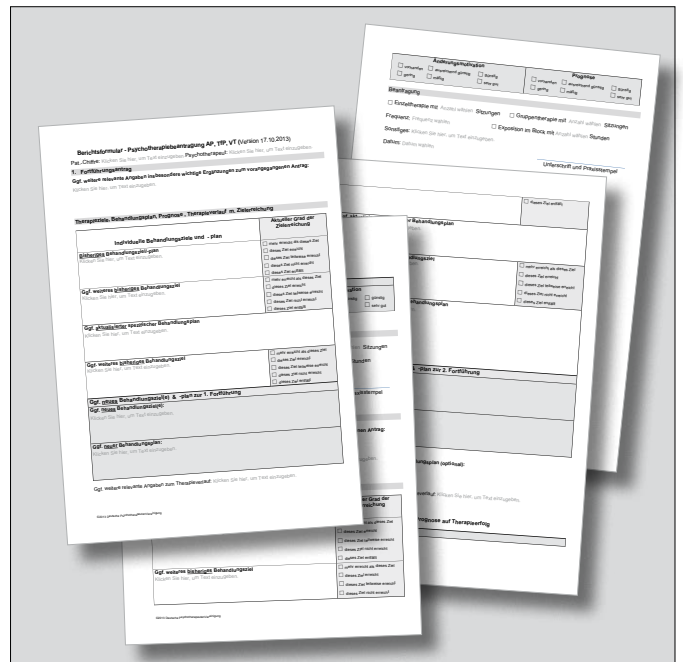


Abbildung 6. Berichtsformular zum Fortführungsantrag, als download unter www.dptv.de.

Für den Bericht an den Gutachter nach diesem kürzeren Informationsblatt schlagen wir zwei Alternativen vor:

- Der Bericht an den Gutachter kann wie bisher in freier Form abgefasst werden.
- Als weitere Möglichkeit wurde eine teilstandardisierte Alternative entwickelt. Hier wurde für die Berichterstellung ein Formblatt für den Erst- und Umwandlungsantrag (siehe Abbildung 5), ein weiteres für die jeweiligen Fortführungsanträge entworfen (siehe Abbildung 6). Psychotherapeuten können somit wählen, ob sie ihren Bericht an den Gutachter als Freitext oder mit standardisiertem Formular erstellen wollen.

Im Zusammenhang mit der Anpassung der Berichterstellung an fachliche Standards fordert die DPTV auch, dass der Konsiliarbericht so modifiziert wird, dass der Psychotherapeut in gebotener Ausführlichkeit über den körperlichen Befund des Patienten informiert wird.

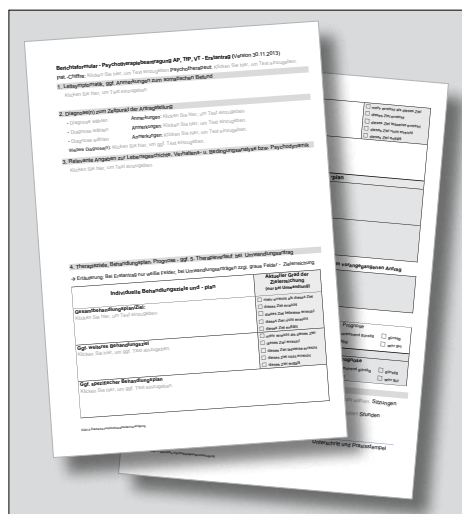


Abbildung 5. Berichtsformular zum Erst- und Umwandlungsantrag, als download unter www.dptv.de.

Weitere notwendige Änderungen im Antragsverfahren

Die DPTV sieht über dieses Modell des Modifizierten Gutachterverfahrens noch weitere Änderungsnotwendigkeiten. Zwei wesentliche werden hier vorgestellt.

Gruppenpsychotherapie ist ein überaus effektives und ressourcenschonendes Therapieverfahren, welches aufgrund bestehender bürokratischer Hürden bisher wenig Anwendung findet. Im Falle einer Gruppenpsychotherapie muss für *jeden* der bis zu neun Teilnehmer das aufwändige Gutachterverfahren durchgeführt werden. Dies bedeutet: Bevor eine Gruppenpsychotherapie starten kann, müssen bis zu 45(!) Stunden (neun Teilnehmer x drei bis fünf Zeitstunden je Bericht) an bürokratischer Tätigkeit durch den Behandler investiert werden. Dazu sind trotz vorhandener Qualifikation nur wenige Psychotherapeuten bereit. Die Gründe sind oben dargelegt.

Die DPTV sieht ebenfalls die Notwendigkeit, die Voraussetzungen bei der Bestellung von Gutachtern dem aktuellen Stand anzupassen:

1967, bei Einführung der analytischen Psychotherapie in das System der gesetzlichen Krankenkassen, wurden für die Begutachtung der Anträge nur Gutachter zugelassen, die die Ausbildung in analytischer Psychotherapie absolviert hatten, in der damals die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie inkludiert war. Seit dem Psychotherapeutengesetz 1999 ist die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ein sozialrechtlich anerkanntes eigenständiges Verfahren. Wir fordern, dass nun auch Gutachter in das System Einzug erhalten, die auf das Richtlinienverfahren der tiefenpsychologischen Psychotherapie spezialisiert sind (Schäfer, 2011).

Sabine Schäfer

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