

Praxis-Info

PSYCHOTHERAPIE- RICHTLINIE

Impressum

HERAUSGEBER
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785-0
Fax: 030.278 785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout: PROFORMA GmbH & Co. KG
1. Auflage, überarbeitete Fassung, Juli 2017

Inhaltsverzeichnis

Psychotherapie stärken.	4
Psychotherapie-Richtlinie seit dem 1. April 2017	5
Indikation	5
Neu: Telefonische Erreichbarkeit	6
Neu: Sprechstunde	6
Neu: Akutbehandlung.	11
Probatorik	12
Kurzzeittherapie	12
Langzeittherapie	14
Rezidivprophylaxe.	15
Psychotherapeutische Verfahren.	16
Gruppentherapie.	16
Bezugspersonen	16
Überblick: Anträge und Genehmigungsschritte.	17
Ablaufschema: Psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung	18
Vergütung	19

Alle Geschlechter sollen sich von dem Inhalt dieser Praxis-Info gleichermaßen angesprochen fühlen. Die weit überwiegende Mehrheit der Kammermitglieder ist weiblich. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, den Text folgendermaßen zu gendern: Wir nennen zunächst beide Geschlechter. Danach benutzen wir aus Gründen der Lesbarkeit meist nur noch die weibliche Form. Damit sind aber stets alle Geschlechter gemeint. Wir werden in weiteren Ausgaben der Reihe Praxis-Info abwechselnd entweder die weibliche oder die männliche Form verwenden.

Psychotherapie stärken

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

seit dem 1. April 2017 ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach intensiver Beratung geänderte Psychotherapie-Richtlinie in Kraft. Ein Kernpunkt ist dabei die Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden. Die Sprechstunde bietet für Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen einen direkten und schnelleren ersten Kontakt zur Psychotherapeutin und zum Psychotherapeuten. Sie wird den Praxisalltag stark verändern und diverse Umstellungen erfordern. Deshalb sehen einige Kolleginnen und Kollegen diese Sprechstunde auch kritisch. Insgesamt ist sie jedoch ein positiver und zukunftsweisender Schritt. Der Stellenwert der Psychotherapie und die Rolle der Psychotherapeutinnen in der Versorgung werden damit gestärkt.

Das war keinesfalls selbstverständlich. Es gab durchaus Krankenkassen und auch ärztliche Standesvertretungen, die versucht haben, die Zeit zurückzudrehen. Einige Krankenkassen schlugen beispielsweise vor, sogenannte intelligente Koordinierungsstellen als erste Anlaufstelle für Patientinnen einzurichten. Unsere Patientinnen wären nicht direkt in unsere Praxen gekommen, sie wären uns von diesen Koordinierungsstellen zugewiesen worden. Es wurde auch die Idee in die Welt gesetzt, dass eine Akutsprechstunde für Menschen mit psychischen Erkrankungen in erster Linie von ärztlichen Kolleginnen angeboten werden sollte, von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlichen Psychotherapeutinnen.

Diese Rückkehr zum Delegationsverfahren konnte abgewendet werden durch den gemeinsamen Einsatz von Kammern und Verbänden. Auch wenn es jetzt vieler Anstrengungen und Umstellungen bedarf, die Sprechstunden in unseren Versorgungsalltag zu integrieren: Die Sprechstunde ist für unsere Patientinnen und Patienten, aber auch für uns eine erhebliche Verbesserung. Wir können uns noch besser als wesentliche Ansprechpartnerinnen für Menschen mit psychischen Beschwerden einbringen, die direkt aufgesucht werden können und dann zeitnah qualifiziert beraten und behandeln. Wer künftig zu uns kommt, weiß dann rascher als bisher, ob er an einer psychischen Erkrankung leidet und ob er eine Psychotherapie oder andere Hilfen benötigt. Menschen in akuten Krisen können wir kurzfristig mit der neuen Akutbehandlung Hilfe anbieten.

Danach besteht allerdings ein altbekannter Missstand fort: Die Sprechstunde löst nicht das Kapazitätsproblem. Zu viele Patientinnen und Patienten finden nur schwer oder gar keinen Therapieplatz. Bereits heute warten sie in vielen Regionen zu lange auf eine Behandlung. Das führt häufig dazu, dass sich Erkrankungen verschlimmern und chronifizieren. Die grundsätzliche Reform der Bedarfsplanung lässt auf sich warten. Noch immer sind langfristig 4.500 psychotherapeutische Praxissitze vom Abbau bedroht.

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert daher seit Langem eine morbiditätsorientierte Planung, in der die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen eine entscheidende Rolle spielt. Gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung haben wir ein Gutachten vorgelegt, das zeigt, dass ein Einstieg in eine solche Reform möglich ist. Mit der Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist ein wichtiger Schritt getan. Weitere müssen folgen. Um dies für Sie deutlich zu machen, verweisen wir in dieser Praxis-Info auf den Weiterentwicklungsbedarf in der Psychotherapie-Richtlinie, aber auch in der Bedarfsplanung, damit sich die Versorgung psychisch kranker Menschen nachhaltig verbessert.

Mit der Einführung geht aber auch eine deutlich größere Verantwortung für jede Psychotherapeutin einher, sich zu informieren und zu entscheiden, welches Versorgungsangebot der einzelnen ratsuchenden Patientin in einer Region empfohlen werden kann. Mit dieser Praxis-Info bieten wir Ihnen vor allem verständliche Informationen für den Praxisalltag. Wir erläutern, welche Änderungen durch die neue Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung auf Sie zukommen.

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Psychotherapie-Richtlinie seit dem 1. April 2017

Die Psychotherapie-Richtlinie legt fest, wann und wie Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden kann. Sie regelt auch, bei welchen Erkrankungen ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung hat, welche psychotherapeutischen Verfahren und Methoden eingesetzt und welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen erbracht werden können.

Seit dem 1. April 2017 ist eine geänderte Psychotherapie-Richtlinie in Kraft. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hatte der Gemeinsame Bundesausschuss den

Auftrag erhalten, die Psychotherapie-Richtlinie zu novellieren. Diese führt insbesondere die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung als neue Leistungen ein. Sie ändert aber auch eine ganze Reihe von Details bei Probatorik, Kurz- und Langzeittherapie und im Antrags- und Genehmigungsverfahren.

Diese Praxis-Info der Bundespsychotherapeutenkammer soll über diese neuen Regelungen möglichst nah am Arbeitsalltag von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten informieren. Sie kann aber auch dazu genutzt werden, grundsätzliche Regelungen noch einmal nachzuschlagen.

Indikation

Psychotherapie in der ambulanten Versorgung setzt voraus, dass eine klinisch relevante psychische Störung nach ICD-10 vorliegt. Eine Indikation ist bei den folgenden psychischen Störungen möglich (§ 26 der Psychotherapie-Richtlinie):

- affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie,
- Angststörungen und Zwangsstörungen,
- somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen),
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
- Essstörungen,
- nichtorganische Schlafstörungen,
- sexuelle Funktionsstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,
- psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung (Beigebrauchsfreiheit notwendig),¹

- seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Fehlbildungen stehen,¹
- seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,¹
- schizophrene und affektive psychotische Störungen.¹

Neue Indikationen

Seit 2011 ist bei Patientinnen und Patienten, die abhängig von Alkohol, Drogen oder Medikamenten sind, auch dann eine ambulante Psychotherapie möglich, wenn noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt. Sie ist jedoch nur dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit bis zum Ende der zehnten Behandlungsstunde erreicht werden kann.

Seit 2014 sind zudem Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen sowie affektive psychotische Störungen uneingeschränkt eine Indikation für eine Richtlinien-therapie.

¹ Bei diesen Indikationen kann Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.

Psychotherapie ist ausgeschlossen, wenn:

- ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann (zum Beispiel durch mangelnde Motivierbarkeit, mangelnde Umstellungsfähigkeit),
- sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung dient oder
- sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient.

Durch die neue psychotherapeutische Sprechstunde besteht die Möglichkeit, Patientinnen, die psychosoziale Hilfen benötigen, zu beraten und weiterzuvermitteln. Näheres siehe weiter unten.

Neu: Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeutische Praxen müssen seit dem 1. April 2017 mindestens 200 Minuten in der Woche telefonisch erreichbar sein. Diese Zeit ist in Einheiten von mindestens 25 Minuten anzubieten. Die Psychotherapeutin muss nicht persönlich ansprechbar sein, sondern kann dies auch über Praxispersonal gewährleisten.

Für Psychotherapeutinnen mit halbem Versorgungsauftrag halbiert sich die Mindestzeit auf 100 Minuten in der Woche. Die Zeiten, in denen eine Praxis telefonisch erreichbar ist, müssen angekündigt werden. Seit dem 1. April 2017 müssen diese Zeiten auch den Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt werden.

Neu: Sprechstunde

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist seit dem 1. April 2017 eine Pflichtleistung für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dies gilt grundsätzlich für jede Vertragspsychotherapeutin, die über eine Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung mit einem Richtlinienverfahren verfügt.

Bei einem vollen Versorgungsauftrag sind in der Regel mindestens 100 Minuten Sprechstunde pro Woche anzubieten, bei einem halben Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dabei die Möglichkeit, diese Mindestanforderungen unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation zu erhöhen oder auch abzusenken.

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist grundsätzlich auch die Voraussetzung dafür, dass eine Patientin überhaupt psychotherapeutisch behandelt werden kann. Eine Patientin muss mindestens 50 Minuten in einer Sprechstunde gewesen sein, bevor ihr weitere psychotherapeutische Leistungen angeboten werden können. Ohne durchgeführte Sprechstunde kann ihr keine Akutbehandlung (siehe nächstes Kapitel), keine Probatorik und auch

keine Kurz- und Langzeittherapie (Richtlinientherapie) angeboten werden.

Ohne Sprechstunde können weder Akutbehandlung noch Probatorik noch Kurz- und Langzeittherapie durchgeführt werden.

.....

Diese Regelung gilt allerdings erst später als die Verpflichtung der Psychotherapeutinnen, eine Sprechstunde anzubieten. Bis zum 1. April 2018 können Patientinnen und Patienten eine Behandlung beginnen, ohne vorher in einer Sprechstunde gewesen zu sein (einjährige Übergangsfrist für Patientinnen).

Auch danach müssen nicht alle Patientinnen vor einer ambulanten Psychotherapie in einer Sprechstunde gesehen werden. Eine Ausnahme sind Patientinnen, die zuvor in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik behandelt wurden und bei denen dort die Indikation für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung gestellt wurde (Entlassungsdiagnose aus dem Indikationsspektrum nach

§ 26 der Psychotherapie-Richtlinie). Dies schließt aber nicht aus, dass eine niedergelassene Psychotherapeutin auch bei diesen Patientinnen ihre Sprechstunde für den ersten Kontakt nutzen kann, um zum Beispiel die Überweisungsdiagnose vor einer Weiterbehandlung in einer Sprechstunde zu überprüfen.

Wird eine Patientin von einer niedergelassenen Ärztin oder Psychotherapeutin überwiesen, ist zu prüfen, ob für die Patientin bereits in einer psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie gestellt wurde. Nur dann kann direkt mit der Probatorik begonnen werden.

Termine in der Sprechstunde sind in Einheiten von 25 Minuten anzubieten. Die Einheiten können nach Bedarf auch in größeren Einheiten zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine relativ flexible Ausgestaltung des Sprechstundenangebotes.

Erwachsene können in der Sprechstunde pro Krankheitsfall (aktuelles Quartal plus drei nachfolgende Quartale) bis zu 6 x 25-minütige Termine erhalten. Wechselt eine Patientin die Psychotherapeutin, handelt es sich um einen neuen Krankheitsfall, sodass erneut bis zu 150 Minuten Sprechstunde genutzt werden können. Bei Kindern und Jugendlichen können je Krankheitsfall bis zu 10 x 25-minütige Termine durchgeführt werden, davon können bis zu 100 Minuten nur mit den Eltern vereinbart werden.

Für die Sprechstunde können Termine vereinbart werden. Sie kann aber auch als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminabsprache angeboten werden.

Die Leistungen der Sprechstunde sind weder anzeigepflichtig noch antragspflichtig.

Fachliche Bewertung: Direktzugang zur Psychotherapeutin gesichert

Mit der Sprechstunde sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch stärker als bisher eine direkte zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden, die eine schnelle diagnostische Abklärung wünschen oder einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen. Dadurch konnte zum einen der Direktzugang zur Psychotherapeutin gesichert und zum anderen aber auch ihr Leistungsangebot weiterentwickelt werden.

Der Auftrag an die Psychotherapeutinnen beschränkt sich nicht nur auf die Diagnostik und Indikationsstellung zur Psychotherapie, sondern umfasst gerade auch die Abklärung, ob und welche andere Hilfen eine Patientin benötigt. Psychotherapeutinnen können damit eine komplexere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen organisieren – nicht zuletzt, weil sie inzwischen auch über die Befugnis verfügen, Soziotherapie, medizinische Rehabilitation und eine Krankenhausbehandlung zu verordnen. Die Psychotherapeutin kann und sollte bei Bedarf auch auf Hilfsangebote verweisen, die nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, zum Beispiel Angebote der Selbsthilfe, von Beratungsstellen und der gemeindepsychiatrischen Versorgung. All dies ist nunmehr ausdrücklich Bestandteil des Versorgungsauftrags von Psychotherapeutinnen. Ihnen kommt damit eine wichtige Lotsenfunktion in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu, die sich dabei an den regional unterschiedlichen Versorgungsangeboten orientieren.

Diesen Erfolg haben wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gegen erhebliche Widerstände erzielt. Sowohl von Seiten der Krankenkassen als auch von ärztlichen Interessensvertretungen waren Modelle vorgeschlagen worden, die eine untergeordnete und stark eingeschränkte Rolle der Psychotherapeutinnen vorsahen. Das wäre einer Wiedereinführung des Delegationsverfahrens gleichgekommen. Umso wichtiger ist es, dass die neue psychotherapeutische Sprechstunde als flächendeckendes Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen umgesetzt wird. Der erste Termin bei der Psychotherapeutin ist nicht nur schneller möglich, sondern bietet neben einer zeitnahen diagnostischen Abklärung psychischer Beschwerden auch eine umfassendere Beratung, ob und welche Hilfen empfehlenswert sind.

Leistungen in der Sprechstunde

Die Sprechstunde dient einer zeitnahen „orientierenden Abklärung“, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung der Patientin notwendig sind. Die Abklärung soll eine Diagnosestellung nach ICD-10 ermöglichen. Sie ist nicht verfahrensbezogen orientiert.

Die Sprechstunde dient einer zeitnahen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welches weitere Vorgehen ratsam ist.

.....

Bei Bedarf kann auch eine „differentialdiagnostische Abklärung“ erfolgen. Diese wird in der Richtlinie nicht näher definiert. Gedacht ist hierbei insbesondere an Patientinnen mit komplexeren, komorbiden psychischen Störungen, bei denen eine Differentialdiagnostik erforderlich ist. Gedacht ist aber auch an Patientinnen, die zum Beispiel vom Hausarzt zur weiteren diagnostischen Abklärung überwiesen wurden. Es kann auch schon geprüft werden, welches Psychotherapieverfahren geeignet ist. Dies ist allerdings im engeren Sinne eine Aufgabe, die speziell für die probatorischen Sitzungen vorgesehen ist.

Bei der „orientierenden“ wie der „differentialdiagnostischen“ Abklärung sind laut Richtlinie in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen. Hierunter lassen sich neben psychometrischen Verfahren unter anderem auch Diagnosechecklisten, strukturierte klinische Interviews oder Teile von Diagnosesystemen, zum Beispiel aus der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, fassen.

Aufbauend auf der Diagnostik erfolgt in der Sprechstunde die Indikationsstellung für das weitere Vorgehen, das der Patientin ausführlich zu erläutern ist. Falls eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, ist die Patientin darüber zu informieren, welches oder welche Psychotherapieverfahren empfohlen werden, ob die Behandlung als Einzel- oder Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden sollte und ob eine Behandlung in dieser Praxis durchgeführt werden kann. In diesem Fall ist auch in der „individuellen Patienteninformation“ (PTV 11) anzugeben, wann der nächste Termin für eine erste probatorische Sitzung oder eine Akutbehandlung stattfinden kann. Um Wartezeiten zu vermeiden, sollte der vor Behandlungsbeginn erforderliche Konsiliarbericht frühzeitig angefordert werden.

In der „individuellen Patienteninformation“ (PTV 11) können in einem Freitextfeld die Empfehlungen zum weiteren Vorgehen näher erläutert werden. Insbesondere kann auf die Unaufschiebbarkeit der empfohlenen Behandlung hingewiesen werden. Dies gilt speziell für Patientinnen, die nicht in der Praxis, in der die Sprechstunde stattfand, weiterbehandelt werden können, bei denen aber eine ambulante Richtlinienpsychotherapie notwendig und unaufschiebbar ist. Aber auch wenn eine fachärztliche Mitbehandlung indiziert ist, kann dies hier näher begründet werden.

Liegt bei einer Patientin keine psychische Erkrankung, aber eine relevante Belastung vor, kann die Psychotherapeutin Präventionsmaßnahmen empfehlen. Dazu gehören zum Beispiel Kurse im Stressmanagement, zu Entspannungsmethoden und Trainings, um den Konsum von Alkohol und Tabak zu verringern, die von den Krankenkassen gefördert werden. Die Kassen bieten auf ihren Internetseiten spezielle Suchdienste für Präventionskurse. Dort sind Informationen über die regionalen Kursangebote und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu finden.

Je nach Indikation kann auch auf andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen werden, zum Beispiel auf Angebote von Beratungsstellen oder auf Selbsthilfegruppen. Über aktuelle Informationen zu den existierenden Selbsthilfegruppen verfügen die örtlichen und regionalen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen, die über die „Roten Adressen“ auf der Homepage der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (www.nakos.de) zu finden sind. Aktuelle Informationen zur Suchthilfe, unter anderem zu den über 1.400 ambulanten Suchtberatungsstellen, sowie Verzeichnisse der örtlichen Selbsthilfegruppen können zum Beispiel über die Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) gefunden werden.

Bei manchen Patientinnen kann sich in der Sprechstunde auch direkt die Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine medizinische Rehabilitation ergeben. Sei es wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, wegen anhaltender Arbeits- oder Schulunfähigkeit und drohender Erwerbsminderung oder weil wegen der Komplexität der Erkrankung eine intensivere multimodale Behandlung erforderlich ist, die ambulant nicht zur Verfügung steht.

Der G-BA hat am 16. März 2017 die erweiterten Befugnisse von Psychotherapeuten geregelt. Psychotherapeuten können damit ins Krankenhaus einweisen und medizinische Rehabilitation, Soziotherapie und Krankentransport

verordnen. Diese Regelungen sind im Juni 2017 in Kraft getreten. Weitere Informationen hierzu wird die Bundespsychotherapeutenkammer dann in speziellen Praxis-Infos zusammenstellen.

Terminservicestellen

Seit dem 1. April 2017 übernehmen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Aufgabe, einen Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde zu vermitteln. Ist danach eine Akutbehandlung erforderlich, können die Terminservicestellen auch genutzt werden, um einen solchen Behandlungsplatz zu finden, falls die Praxis die Behandlung nicht selbst kurzfristig anbieten kann.

Für die Vermittlung eines Sprechstundentermins braucht die Patientin keine Überweisung. Für die Vermittlung einer Akutbehandlung ist keine Überweisung, aber eine Empfehlung zur ambulanten psychotherapeutischen Akutbehandlung erforderlich. Diese Empfehlung hat die Psychotherapeutin, die die Indikation in einer Sprechstunde gestellt hat, auf dem Formular PTV 11 zu vermerken. Hierzu erhält die Patientin in der Regel mit dem PTV 11 einen zwölfstelligen Code, den sie der Terminservicestelle nennen muss. Dagegen können Patientinnen nach einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung auch ohne eine solche Empfehlung einen Termin für die Akutbehandlung vermittelt bekommen.

Patientinnen und Patienten können sich direkt an die Terminservicestellen wenden. Gesetzlich Versicherte sollen dann innerhalb einer Woche einen Termin für eine Sprechstunde oder eine Akutbehandlung bei einer Psychotherapeutin genannt bekommen. Der Termin muss jedoch nicht innerhalb dieser Woche liegen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss vielmehr innerhalb einer Woche einen Termin vermitteln, der nicht später als vier Wochen nach der Anfrage durch die Patientin liegt.

Gelingt es der Terminservicestelle nicht, der Versicherten innerhalb einer Woche einen Termin innerhalb der Vier-Wochen-Frist zu vermitteln, muss sie ihr einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anbieten. Dafür hat sie dann eine weitere Woche Zeit. Die Versicherten haben allerdings keinen Anspruch, eine bestimmte Psychotherapeutin vermittelt zu bekommen, und der Termin muss ihnen auch nicht zeitlich passen. Den Versicherten können dabei weitere Wege zugemutet werden. Als Grenze gelten zusätzliche 30 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Bahnen und Bussen im Vergleich zur nächstgelegenen Praxis. Dies ist die maximale Entfernung, die in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt, zu der auch die Psychotherapeutinnen zählen.

Wenn die Versicherte einen angebotenen Termin nicht wahrnehmen kann, „soll“ ihr ein weiterer Termin angeboten werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Versicherte der Terminservicestelle möglichst umgehend mitteilt, dass sie zu dem angebotenen Termin nicht kann. Danach erlischt der Vermittlungsanspruch der Versicherten gegenüber der Terminservicestelle.

Information der Patientinnen und Patienten

Die Ergebnisse der Diagnostik sind mit der Patientin oder dem Patienten zu beraten. Wenn die Patientin erkrankt ist, ist sie ausführlich über ihre psychische Störung, die empfohlene Behandlung sowie mögliche Behandlungsalternativen zu informieren. Liegt eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie vor, ist die Patientin eingehend über die unterschiedlichen Psychotherapieverfahren, Einzel- und Gruppentherapie sowie den Ablauf einer Psychotherapie zu informieren. Sie erhält ergänzend auch eine schriftliche Information zu den Psychotherapieverfahren und den Regelungen der ambulanten Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung („allgemeine Patienteninformation“ – PTV 10).

Die bedeutendste Änderung ist jedoch, dass der Patientin, ergänzend zur mündlichen Information, die Ergebnisse der Sprechstunde auch schriftlich auszuhändigen sind („individuelle Patienteninformation“ – PTV 11).

In dieser schriftlichen Patienteninformation ist auch über andere mögliche Hilfsangebote zu informieren. Zum Beispiel dann, wenn keine krankheitswertige psychische Störung vorliegt oder aus anderen Gründen alternative Unterstützungsangebote zweckmäßiger erscheinen. Das können auch Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen sein. Diese Angebote können aber auch als Ergänzung zur Psychotherapie empfohlen werden. Diese können in dem Freitextfeld der individuellen Patienteninformation jeweils näher erläutert und spezifiziert werden.

Falls eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, soll die Patientin Informationen über die regional verfügbaren Angebote und über die ggf. erforderlichen Antragsverfahren erhalten.

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen (aus PTV 11)

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) *(im Klartext)*, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

Präventionsmaßnahme

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Abklärung beim Hausarzt

Facharzt für

Ambulante Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Neu: Akutbehandlung

Psychotherapeutinnen können ihren Patientinnen und Patienten zeitnah helfen. Dafür gibt es seit dem 1. April 2017 eine psychotherapeutische Akutbehandlung.

Diese Akutbehandlung ist für psychisch kranke Menschen gedacht, die rasch psychotherapeutische Hilfe benötigen und ohne diese möglicherweise schwerer erkranken würden, nicht mehr arbeiten oder zur Schule gehen könnten oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten. Nach der Richtlinie soll die Akutbehandlung eine „Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände“ bewirken. Dazu können psychotherapeutische Interventionen aus verschiedenen Richtlinienverfahren angewandt werden.

Durch Akutbehandlung soll vermieden werden, dass die psychische Erkrankung chronifiziert. Sie strebt allerdings „keine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren“ an. Ein beson-

deres Augenmerk ist auf die Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung der Patientinnen und Patienten zu legen, damit die eventuell erforderlichen weiteren Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Die Akutbehandlung kann kurzfristig nach der Sprechstunde begonnen werden. Es können je Krankheitsfall bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten durchgeführt werden.

Akutbehandlung ist eine Soforthilfe bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen.

.....

Auch vor der Akutbehandlung muss eine somatische Abklärung erfolgen. Um Wartezeiten zu vermeiden, empfiehlt es sich daher, den Konsiliarbericht bereits nach dem ersten Gespräch in einer Sprechstunde anzufordern, wenn eine weitere psychotherapeutische Behandlung indiziert ist.

Fachliche Bewertung: Problem fehlender Behandlungsplätze nicht gelöst

Die Möglichkeit, psychisch Kranken mit sofortigem Behandlungsbedarf unmittelbar zu helfen, ist eine wichtige Ergänzung des bisherigen psychotherapeutischen Leistungsangebots. Die Akutbehandlung ist gedacht für Patientinnen und Patienten, die rasch Hilfe brauchen und ohne diese möglicherweise schwerer erkranken würden, nicht mehr arbeiten, zur Schule gehen könnten oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten. Sie ist ein zeitlich begrenztes Behandlungsangebot, um Patientinnen und Patienten kurzfristig zu stabilisieren und akute Krisen zu bewältigen. Sie ist aber nicht als umfassende Behandlung konzipiert. Allein aufgrund der zeitlichen Limitierungen wird danach in vielen Fällen ein Behandlungsbedarf fortbestehen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass durch die Sprechstunde mehr Patientinnen kurzfristig diagnostisch abgeklärt werden können als bisher. Entsprechend kann die Zahl der Patientinnen, bei denen die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung gestellt wird, weiter ansteigen. Es ist zu hoffen, dass durch die Sprechstunde möglichst viele Patientinnen schneller und genauer als bisher in ein angemessenes Angebot vermittelt werden können. Ob das möglich ist, ist jedoch fraglich. Denn bereits in der Vergangenheit gab es in vielen Regionen nicht ausreichend freie Behandlungsplätze.

Dieses grundsätzliche Kapazitätsproblem in der ambulanten Psychotherapie wird durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie nicht gelöst. Eine bessere Auslastung von Vertragsarztsitzen über Jobsharing und Anstellung sowie die Zunahme an halben Praxissitzen kann hier nur ein erster Schritt sein. Als nächster Schritt ist eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung dringend erforderlich. Grundlegend heißt, dass die Fehler der bisherigen Bedarfsplanung korrigiert werden müssen und sich die Bedarfsplanung künftig stärker am tatsächlichen Bedarf orientieren und die Häufigkeit psychischer Erkrankungen berücksichtigen muss. Auch die regionalen Unterschiede im Bedarf sollten hierbei einfließen. Die Politik hat eine solche Reform bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gerade auch für die Psychotherapeutinnen auf die Agenda gesetzt.

Die Akutbehandlung ist anzeigepflichtig. Die Psychotherapeutin muss sie spätestens mit ihrem Beginn unter Verwendung des Formblatts PTV 12 der Krankenkasse anzeigen. Hierbei sind die Versichertennummer, das Datum des Behandlungsbeginns und die Diagnose anzugeben. Darüber hinaus bedarf es einer Erklärung der Versicherten auf dem PTV 12.

Soll sich an die Akutbehandlung eine Kurzzeit- oder Langzeittherapie anschließen, kann der Antrag erst nach Beendigung der Akutbehandlung während der dann erforderlichen probatorischen Sitzungen gestellt werden. Die in der Akutbehandlung erbrachten Stunden werden dabei auf das Therapiekontingent der Richtlinien-therapie angerechnet.

Probatorik

Die Probatorik leitet wie bisher die Richtlinien-therapie ein. Über die Sprechstunde hinaus kann eine weitere und vertiefte diagnostische Abklärung des Krankheitsbildes erfolgen, die Indikationsstellung präzisiert und die Eignung einer Patientin für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren geprüft werden. Dabei soll insbesondere die Therapiemotivation sowie die Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin geklärt und geprüft werden, ob eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufgebaut werden kann. In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss dies auch für die Bezugspersonen geprüft werden.

können bis zu sechs probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Diese Gespräche können Eltern zum Teil auch allein nutzen.

Vor Beginn einer Richtlinien-therapie müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen durchgeführt werden.
.....

Die Anzahl der probatorischen Sitzungen hat sich geändert. Vor Beginn der Richtlinien-therapie sind mindestens zwei und maximal vier probatorische Sitzungen à 50 Minuten durchzuführen. Das gilt auch für den Fall, dass sich an die Akutbehandlung eine Kurz- oder Langzeittherapie anschließt. Bei Kindern und Jugendlichen

Ein Antrag auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie kann gestellt werden, wenn die erste probatorische Sitzung durchgeführt und für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart worden ist. Ist der Antrag gestellt, können bis zu der Höchstgrenze weitere probatorische Sitzungen durchgeführt und damit Wartezeiten bis zum Therapiebeginn vermieden oder verringert werden.

Die Probatorik ist weder anzeige- noch antragspflichtig.

Kurzzeittherapie

Die geänderte Psychotherapie-Richtlinie unterteilt die Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte. Jeder Abschnitt umfasst bis zu zwölf Stunden. Für jeden muss ein Antrag gestellt werden (PTV 1 und PTV 2). Ein Bericht an die Gutachterin ist nicht vorgesehen.

Die Krankenkasse muss über einen Antrag innerhalb von drei Wochen entscheiden und der Patientin die Genehmigung oder Ablehnung mitteilen. Die Psychotherapeutin erhält diese Mitteilung der Krankenkasse persönlich nur im Falle einer Ablehnung und muss deshalb vor Beginn der Behandlung bei der Patientin erfragen, ob die Genehmigung der Krankenkasse bereits vorliegt.

Der Antrag kann erst nach der ersten Stunde der Probatorik gestellt werden, wenn eine zweite Stunde terminiert ist. Hierbei sind im Formular (PTV 2) die Termine der ersten beiden probatorischen Sitzungen anzugeben. Dem Antrag ist der Konsiliarbericht (Muster 22d/E – Ausfertigung für die Krankenkasse) beizufügen.

Lehnt die Krankenkasse einen Antrag ab, muss sie hingegen sowohl die Patientin als auch die Psychotherapeutin informieren und dabei eine Ansprechpartnerin für Rückfragen (inklusive Kontaktdaten) benennen.

Unterbrechungen vor dem zweiten Abschnitt der Kurzzeittherapie können vermieden werden, indem der dafür notwendige Antrag mindestens drei Wochen vor dem geplanten Ende des ersten Abschnitts gestellt wird.

Der zweite Abschnitt kann frühestens nach der siebten Sitzung des ersten Abschnitts beantragt werden.

Leistungen der Akutbehandlung werden auf die Kontingente der Kurzzeittherapie angerechnet.

Ist jedoch absehbar, dass die Kurzzeitkontingente nicht reichen, kann nach der Probatorik auch unmittelbar eine Langzeittherapie beantragt werden.

Fachliche Bewertung: Unnötige Teilung der Kurzzeittherapie

Der Gesetzgeber hatte den Gemeinsamen Bundesausschuss mit einer Vereinfachung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens bei der ambulanten Psychotherapie beauftragt. Dieser Auftrag wurde mit dem Wegfall der Berichtspflicht in der Kurzzeittherapie und dem Anzeigeverfahren bei der Akutbehandlung jedoch nur rudimentär umgesetzt. Diese Vereinfachungen wurden letztlich durch die Unterteilung der Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte à zwölf Sitzungen konterkariert.

Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie entbehrt jeder Evidenz. Sie ist ein Relikt aus den Modellen der Krankenkassen, die versuchen, über bürokratische Hürden Anreize für kürzere Behandlungen zu setzen. Dabei belegen die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dass die überwiegende Zahl der Kurzzeittherapien vor der 25. Behandlungsstunde beendet wird. Die Dauer einer Psychotherapie wird offensichtlich an den individuellen Bedarf der Patientin angepasst. Eine Zweiteilung der Kurzzeittherapie mit jeweils einem eigenen Antrag ist angesichts dieser Daten schlicht überflüssig. Sie bedeutet eine Verdoppelung des bürokratischen Aufwands, dem kein inhaltlicher Ertrag gegenübersteht. Eine inhaltliche Prüfung der Anträge ist dabei gar nicht ernstlich vorgesehen. Die Benachrichtigung über die Genehmigung der Kurzzeittherapie erhält lediglich die Patientin und nicht auch die Psychotherapeutin. Auch hierdurch können unnötige Reibungsverluste entstehen.

Bei der Gruppentherapie fallen dieser doppelte bürokratische Aufwand und die Reibungsverluste im Genehmigungsverfahren besonders ins Gewicht. Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie schafft für das Angebot und die Durchführung von Gruppentherapien neue bürokratische Hürden, die dem ursprünglichen Auftrag entgegenlaufen, die Gruppentherapie zu fördern. Sinnvoll wäre es vielmehr, die Bewilligungsschritte der Kurzzeittherapie zusammenzulegen, das Antragsverfahren in der Kurzzeittherapie durch ein Anzeigeverfahren zu ersetzen und die Berichtspflicht in der Gruppentherapie auch für die Langzeittherapie abzuschaffen.

Langzeittherapie

Eine Langzeittherapie kann entweder direkt nach der Probatorik oder nach einer Kurzzeittherapie erfolgen. Für die Langzeittherapie gelten geänderte Kontingente für die einzelnen Bewilligungsschritte. Die maximalen Kontingente bleiben bestehen (siehe Kasten).

Eine Langzeittherapie ist antragspflichtig, ein Gutachterverfahren ist notwendig. Hierfür ist zusätzlich zu den Antragsformularen PTV 1 und PTV 2 ein Bericht an die Gutachterin gemäß dem überarbeiteten einheitlichen Leitfaden (PTV 3) zu erstellen. Der Antrag kann erst nach der ersten Stunde der Probatorik gestellt werden, wenn eine zweite Stunde terminiert ist. Im Formular PTV 2 sind die Termine der ersten beiden probatorischen Sitzungen einzutragen. Die Bewilligung des Antrags ist seitens der Krankenkasse auch der Psychotherapeutin mitzuteilen. Dabei sind die Anzahl der bewilligten Therapieeinheiten und eine Ansprechpartnerin für Rückfragen (inklusive Kontaktdaten) zu nennen.

Für die Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie stehen jeweils eigene Gutachterinnen und Gutachter zur Verfügung. Auf dem Briefumschlag für die Gutachterin (PTV 8) macht die Psychotherapeutin die erforderlichen Angaben, damit eine geeignete Gutachterin ausgewählt werden kann (Qualifikation der Gutachterin hinsichtlich des Psychotherapieverfahrens, der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, der Behandlung im Gruppensetting).

Wird die Langzeittherapie nach der Kurzzeittherapie beantragt, muss diese Umwandlung bis zur 20. Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt werden. Die Krankenkasse hat dann eine Frist von fünf Wochen, über den Antrag zu entscheiden.

Auch die Verlängerung einer Langzeittherapie ist antragspflichtig. Ob eine Gutachterin hinzugezogen wird, liegt im Ermessen der Krankenkasse. Für eine Ablehnung ist allerdings auf jeden Fall die Expertise einer Gutachterin erforderlich, es sei denn, es besteht offensichtlich keine Indikation für eine Fortführung der Psychotherapie.

Stundenkontingente			
	Analytische Psychotherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Verhaltenstherapie
Langzeittherapie			
Erwachsene (Einzel/Gruppe)	160/80	60	60
Kinder (Einzel/Gruppe)	70/60	70/60	60
Jugendliche (Einzel/Gruppe)	90/60	90/60	60
Therapieverlängerung			
Erwachsene (Einzel/Gruppe)	300/150	100/80	80
Kinder (Einzel/Gruppe)	150/90	150/90	80
Jugendliche (Einzel/Gruppe)	180/90	180/90	80

Rezidivprophylaxe

Die Rezidivprophylaxe soll Rückfälle vermeiden. Dazu werden kritische Ereignisse und Lebenssituationen, die absehbar sind, mit den Patientinnen und Patienten besprochen.

Die neue Richtlinie sieht keine neue Leistung für die Rezidivprophylaxe vor. Vielmehr können dafür nur Stunden aus dem Kontingent der Langzeittherapie genutzt werden. Bei einer Behandlungsdauer unter 40 Stunden ist dies nicht möglich.

Bereits im Antrag für eine Langzeittherapie (PTV 2) muss angegeben werden, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. Die Anzahl der möglichen Stunden für eine Rezidivprophylaxe hängt von der Länge der Therapie ab. Bei Langzeittherapien von 40 bis 59 Stunden können bei Erwachsenen bis zu 8 Stunden des bewilligten Kontingents für die Rezidivprophylaxe genutzt werden, bei einer längeren Behandlungsdauer bis zu 16 Stunden. Bei Kindern und Jugendlichen bis zu 10 bzw. 20 Stunden. Die Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Therapie eingesetzt werden.

Falls beim Antrag der Langzeittherapie noch nicht absehbar ist, ob eine Rezidivprophylaxe notwendig sein wird, ist dies im Bericht an die Gutachterin zu begründen.

Damit eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden darf, ist zuvor die Beendigung der Richtlinien-therapie unter Verwendung des entsprechenden Formblatts (PTV 12) bei der Krankenkasse anzuzeigen.

Eine erneute Kurzzeittherapie ist nur antragspflichtig, aber nicht gutachterpflichtig, wenn zwischen dem angezeigten Therapieende und dem erneuten Antrag mindestens zwei Jahre liegen, auch wenn in der Zwischenzeit Leistungen der Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen wurden.

Wie bisher können am Ende der Langzeittherapie die Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen vergrößert werden.

.....

Alternativ können wie bisher am Ende der Langzeittherapie die Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen vergrößert werden. Eine solche ausschleichende Behandlung ist auch weiterhin ohne einen ausdrücklichen Antrag auf Rezidivprophylaxe möglich. Dabei ist nur zu beachten, dass nach der Psychotherapie-Vereinbarung eine Psychotherapie grundsätzlich nicht länger als sechs Monate unterbrochen werden soll. Ausnahmen davon sind besonders zu begründen.

Fachliche Bewertung: Kein zusätzlicher Leistungsbereich geschaffen

Als Abschluss einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden, mit der ein Behandlungserfolg gesichert und einem Rückfall vorgebeugt werden soll. Dabei soll bereits im Antrag einer Langzeittherapie angegeben werden, ob eine Rezidivprophylaxe eingesetzt werden soll oder dies bei Antragstellung noch nicht zu entscheiden ist.

Der Gesetzgeber hatte dagegen dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, die Rezidivprophylaxe zu fördern. Hierzu wäre es erforderlich gewesen, einen eigenen Leistungsbereich für Patientinnen und Patienten mit chronischen oder rezidivierenden psychischen Erkrankungen auszugestalten, um so flexibel und wirksam erneute Erkrankungen besser verhindern und Therapieerfolge langfristig sichern zu können. Dafür wäre ein flexibles Behandlungsangebot nach Abschluss einer Psychotherapie und jenseits des Kontingents der genehmigungspflichtigen Richtlinien-therapie sinnvoll gewesen.

Dieser Auftrag wurde letztlich nicht angemessen umgesetzt. Dabei ist auch die Beschränkung der Rezidivprophylaxe auf Patientinnen in Langzeittherapie fachlich nicht nachvollziehbar. Auch nach einer Behandlung mit bis zu 25 Stunden kann es notwendig sein, Rückfällen vorzubeugen.

Psychotherapeutische Verfahren

Wie bisher sind als Psychotherapieverfahren anerkannt:

- Analytische Psychotherapie (AP),
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und
- Verhaltenstherapie (VT).

Für die Patientinnen findet sich in der allgemeinen Patientinneninformation (PTV 10) eine Kurzbeschreibung der drei Psychotherapieverfahren.

Gruppentherapie

In einer Gruppentherapie können drei bis neun Patientinnen und Patienten behandelt werden.

Grundsätzlich können alle Indikationen im Einzel-, Gruppen- oder als Kombination beider Settings behandelt werden. Eine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie ist nicht möglich.

Nach diagnostischer Abklärung des Störungsbildes ist bei jeder Patientin zu prüfen, welches Setting geeignet ist. Die Entscheidung für ein Behandlungssetting ist mit ihr zu beraten und abzustimmen. Dabei ist eine Behandlung in der Gruppe „in angemessener Weise“ zu berücksichtigen, so die Richtlinie.

Eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie kann auch durch verschiedene Psychotherapeutinnen durchgeführt werden. Hierfür ist zwischen den beteiligten Psychotherapeutinnen ein Gesamtbehandlungsplan für jede Patientin abzustimmen. Gleichzeitig ist eine gegenseitige Information über den Behandlungsverlauf sicherzustellen, sofern die Patientin dem zustimmt. Der Therapieantrag wird gemeinsam gestellt mit einem PTV 1-Formular der Patientin und zwei PTV 2-Formularen der beiden Psychotherapeutinnen.

Ändert sich während einer Kurzzeittherapie das Behandlungssetting, ist der Krankenkasse dies mitzuteilen. Ändert sich das Setting in der Langzeittherapie, muss ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag gestellt werden, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.

Bezugspersonen

Relevante Bezugspersonen sind bei Erwachsenen insbesondere Lebenspartnerin, Lebenspartner und Familienangehörige. Bei Kindern und Jugendlichen kann auch das soziale Umfeld einbezogen werden, zum Beispiel Lehrerin, Erzieherin oder das Jugendamt.

Bezugspersonen können bei Erwachsenen sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Kurz- oder Langzeittherapie einbezogen werden. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können bei einzeltherapeutischen Behandlungen dann auch Doppelstunden durchgeführt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen auch schon in der Sprechstunde und in den probatorischen Sitzungen einbezogen werden. Für die begleitende Elternarbeit können zusätzliche Stunden in der Kurz- und Langzeittherapie genutzt werden, und zwar im Verhältnis von einer zusätzlichen Stunde je vier Stunden des Kontingents.



Überblick: Anträge und Genehmigungsschritte

- ✓ **Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik:** weder anzeige- noch antragspflichtig

- ✓ **Vor Akutbehandlung, Kurz- und Langzeittherapie: somatische Abklärung erforderlich**
Eine Akutbehandlung soll zeitnah nach der Indikationsstellung begonnen werden. Es bietet sich daher an, den Konsiliarbericht bereits nach dem ersten Gespräch in der Sprechstunde einzuholen.

- ✓ **Akutbehandlung:** anzeigepflichtig

- ✓ **Vor einer Kurz- und Langzeittherapie: Durchführung mindestens zwei probatorischer Sitzungen**

- ✓ **Kurzzeittherapie:** antrags-, aber nicht gutachterpflichtig

- ✓ **Langzeittherapie:** antrags- und gutachterpflichtig

- ✓ **Kurz- und Langzeittherapie:** kann nach der ersten probatorischen Sitzung beantragt werden
Bedingung ist die Festlegung eines Termins für die zweite probatorische Sitzung. Die beiden Termine sind im PTV 2 einzutragen.

- ✓ **Genehmigungsfrist Kurzzeittherapie:** drei Wochen
Genehmigungsfrist Langzeittherapie: fünf Wochen
Nach Beantragung einer Kurz- oder Langzeittherapie können sich Wartezeiten ergeben, weil die Krankenkasse die Behandlung genehmigen muss. Innerhalb des oben genannten Zeitraums müssen die Krankenkassen über eine Genehmigung entscheiden. Zur Überbrückung können nach Antragstellung bis zur Höchstgrenze weitere probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

- ✓ **Zweiter Abschnitt der Kurzzeittherapie (KZT 2):** Beantragung frühestens nach der siebten Stunde des ersten Abschnitts der Kurzzeittherapie (KZT 1)

- ✓ **Umwandlung Kurz- in Langzeittherapie:** antrags- und gutachterpflichtig
Die Umwandlung muss bis zur 20. Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt werden.

- ✓ **Verlängerung Langzeittherapie:** antragspflichtig
Ob eine Gutachterin hinzugezogen wird, liegt im Ermessen der Krankenkasse. Für eine Ablehnung ist allerdings auf jeden Fall die Stellungnahme einer Gutachterin erforderlich, es sei denn, es besteht offensichtlich keine Indikation für eine Fortführung der Psychotherapie.

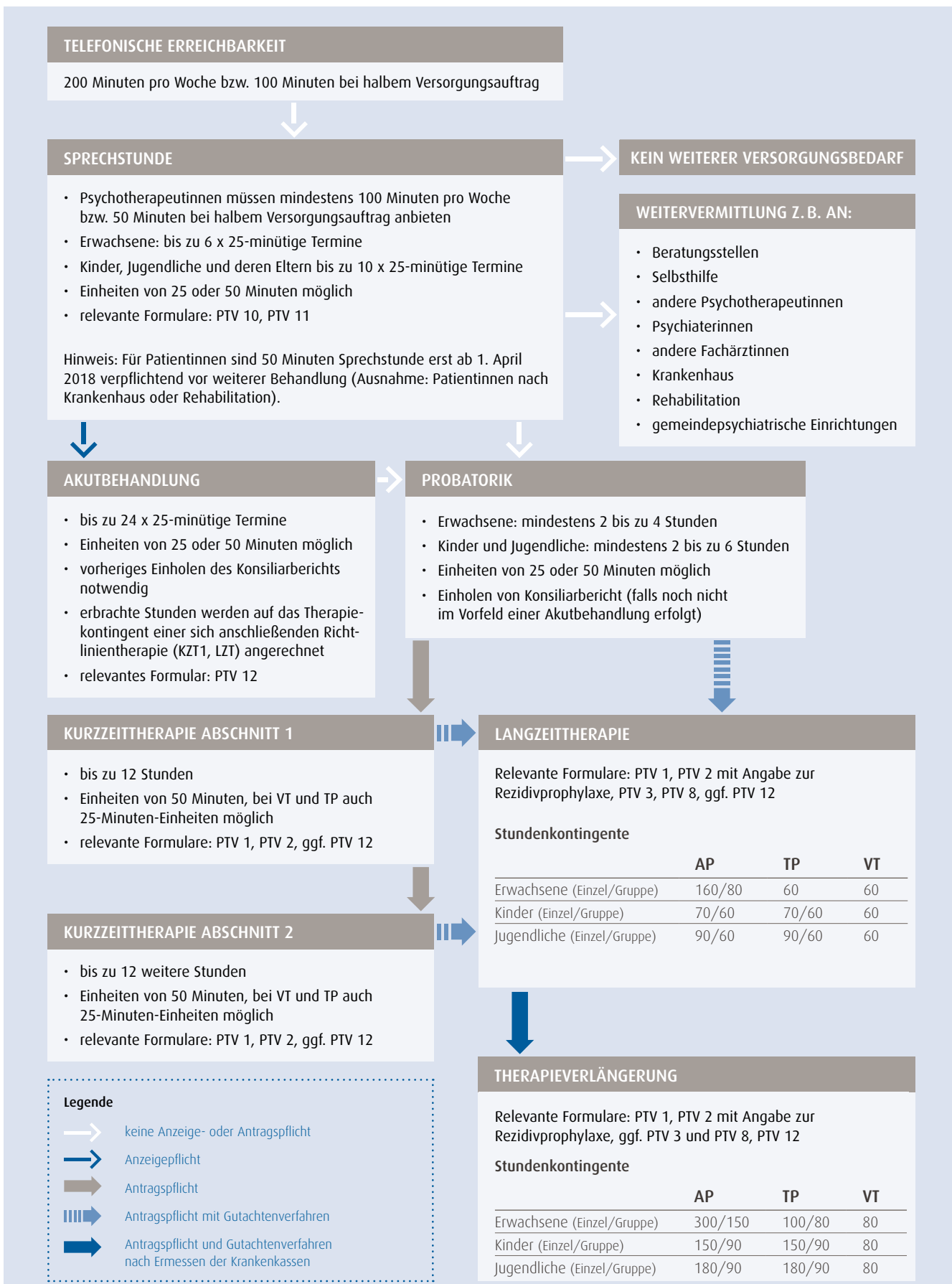
- ✓ **Einheitliche Gliederung der Berichte**
Die Berichte an die Gutachterin bei Erst- oder Umwandlungsanträgen sind nach einer für alle Verfahren und Altersgruppen einheitlichen Gliederung gemäß Leitfaden (PTV 3) zu erstellen. Relevante biografische Faktoren sollen dabei im Rahmen des funktionalen Bedingungsmodells (VT) bzw. der Psychodynamik (TP, AP) dargestellt werden. Der Bericht an die Gutachterin soll in der Regel zwei Seiten umfassen. Auch für Fortführungsanträge wird im PTV 3 eine einheitliche Gliederung vorgegeben.

- ✓ Die **Rezidivprophylaxe** soll bereits im Antrag für eine Langzeittherapie mitbeantragt werden.

- ✓ Das **Ende einer Richtlinien-therapie** ist der Krankenkasse zeitnah mitzuteilen (PTV 12).

- ✓ Für die Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie stehen jeweils **eigene Gutachterinnen** zur Verfügung.

Ablaufschema: Psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung seit 1. April 2017



Vergütung

Die psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und die Akutbehandlung (GOP 35152) werden jeweils mit 421 Punkten je vollendeten 25 Minuten bewertet. Dies entspricht bei dem seit 1. Januar 2017 gültigen Orientierungswert von 10,5300 Cent einer Vergütung von 44,33 Euro je vollendeten 25 Minuten. Die Leistungen der Sprechstunde und der Akutbehandlung werden bei der Gesamtpunktzahl (GOP) für die Berechnung der Höhe der Strukturzuschläge berücksichtigt und mit einem eigenen Zuschlag versehen. Dieser Zuschlag wird mit 72 Punkten (7,58 Euro) bewertet.

Andere nicht antragspflichtige Leistungen, insbesondere probatorische Sitzungen, übende Interventionen, Hypnose und die zehninütige Gesprächsziffer (GOP 23220) werden dagegen weiterhin nicht bei den Strukturzuschlägen berücksichtigt. Auch die Höhe der Vergütung wurde bei diesen Leistungen nicht verändert.

Die Vergütung der genehmigungspflichtigen Einzelpsychotherapie bleibt unverändert. Eigene Gebührenpositionen für die Kurzzeittherapie 1 und 2 wurden zum 1. Juli 2017 in einem neuen Abschnitt 35.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) eingeführt.

Fachliche Bewertung: Mehraufwand wird nicht angemessen vergütet

Die Vergütungsverhandlungen für die neue Sprechstunde und Akutbehandlung gestalteten sich ausgesprochen schwierig. Zunächst hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss im März mit den Stimmen der Krankenkassen und zweier Unparteiischer sogar eine im Vergleich zur Richtlinien-therapie geringere Vergütung beschlossen. Erst nach Intervention des Bundesministeriums für Gesundheit hat der Bewertungsausschuss diesen Beschluss korrigiert und für beide neuen Leistungen eine Vergütungshöhe beschlossen, die der genehmigungspflichtigen Einzeltherapie entspricht.

Dabei sind gerade bei der Sprechstunde und der Akutbehandlung eine besonders sorgfältige Befunderhebung, Dokumentation, Vor- und Nachbereitung und Leistungen zur Koordination der weiteren Versorgung über die eigentliche Gesprächszeit hinaus unverzichtbar. In der Sprechstunde ist eine umfassende Diagnostik erforderlich, um den Krankheitswert einer Störung und die Indikation für das weitere Vorgehen bestimmen zu können. In vielen Fällen ist auch eine differenzialdiagnostische Abklärung der komorbiden Störungen erforderlich und muss entsprechend dokumentiert werden. Die Ergebnisse der Sprechstunde sind der Patientin auch schriftlich mitzuteilen und mündlich zu erläutern. Dies gilt nicht zuletzt auch für die empfohlenen weiteren Versorgungsangebote, für deren Inanspruchnahme viele Patientinnen und Patienten einer Vermittlung und Unterstützung bedürfen.

Die zusätzliche Arbeitszeit, die notwendig ist, um eine Sprechstunde oder die Akutbehandlung vor- und nachzubereiten sowie zu dokumentieren, ist länger als bei einer Behandlungsstunde der Kurz- oder Langzeittherapie. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer wird dieser Mehraufwand nicht angemessen vergütet. Außerdem müssten auch die probatorischen Sitzungen auf dem Niveau der Richtlinien-therapie vergütet und in die Strukturzuschläge einbezogen werden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht deshalb weiterhin politischen Handlungsbedarf. Der Bewertungsausschuss muss eindeutige gesetzliche Vorgaben bekommen, wann und nach welchen Kriterien er die Entwicklung der psychotherapeutischen Honorare überprüfen und anpassen muss.

Die Vergütung der gruppenpsychotherapeutischen Leistungen wurde zum 1. Juli 2017 grundsätzlich verändert. Die Honorierung der Gruppentherapie erfolgt seither in Abhängigkeit von der tatsächlichen Gruppengröße. Die einzelnen Gruppentherapiestunden werden nach individueller Teilnehmerzahl mit jeweils einer eigenen Gebührenposition abgerechnet. Hierfür wurde im EBM ein Abschnitt 35.2.2 eingeführt. Für jedes Psychotherapieverfahren, unterschieden nach Kurz- und Langzeittherapie, wurden entsprechend der Teilnehmerzahlen jeweils eigene GOP geschaffen. Die Höhe der Vergütung pro Patientin für eine Gruppentherapieeinheit von 100 Minuten richtet sich nach der Anzahl der Teilnehmerinnen und variiert zwischen 88,03 Euro (836 Punkte) bei drei Teilnehmerinnen und 51,07 Euro (485 Punkte) bei neun Teilnehmerinnen. Entsprechend bewegt sich das Honorar für eine Gruppentherapieeinheit insgesamt zwischen 264,09 Euro bei drei Teilnehmerinnen und 459,63 Euro bei neun Teilnehmerinnen. In diesem Zuge wurden auch die Strukturzuschläge für die Gruppentherapie zusammengeführt und einheitlich auf 6,32 Euro (60 Punkte) festgelegt.

Die Strukturzuschläge zu den genehmigungspflichtigen Leistungen und zur Sprechstunde und Akutbehandlung werden in Abhängigkeit von der Höhe der Praxisauslastung durch genehmigungspflichtige Leistungen, Sprechstunde und Akutbehandlung honoriert. Dabei kann der Quotient, mit dem die Bewertungen der Strukturzuschläge multipliziert werden, höchstens 0,5 betragen. Um einen Strukturzuschlag zu erhalten, müssen bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 162.734 Punkte abgerechnet werden. Diese Mindestpunktzahl verringert sich anteilig mit dem Umfang des Versorgungsauftrags.

Auswahl psychotherapeutischer Leistungen in Kapitel 35 des EBM und deren Bewertung

Abschnitt 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

Der Abschnitt 35.1 enthält weiterhin alle nicht genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Die Bewertungen der in diesem Abschnitt bereits früher enthaltenen Leistungen wurden nicht geändert. In der nachfolgenden Tabelle werden daher nur die Bewertungen der neuen psychotherapeutischen Leistungen aufgeführt.

GOP	Legende	Punkte	Euro
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde (je vollendete 25 Minuten)	421	44,33
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung (je vollendete 25 Minuten)	421	44,33

Abschnitt 35.2 Antragspflichtige Leistungen

Dieser Abschnitt enthält alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Dabei wurde dieser Abschnitt in drei Unterabschnitte untergliedert, um die Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie sowie die Zuschläge gesondert abzubilden. In der Tabelle

werden beispielhaft die seit dem 1. Juli 2017 geltenden Gebührenordnungspositionen für die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie aufgeführt. Die Bewertungen der jeweiligen Leistungen in der analytischen bzw. verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie fallen entsprechend aus.

Anzahl der Teilnehmerinnen	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppentherapie		Bewertung je Teilnehmerin je 100 Minuten	
	GOP		Punkte	Euro
	KZT	LZT		
3	35503	35513	841	88,03
4	35504	35514	704	74,13
5	35505	35515	626	65,92
6	35506	35516	573	60,34
7	35507	35517	535	56,34
8	35508	35518	507	53,39
9	35509	35519	485	51,07

Im Unterabschnitt 35.2.3 werden seit dem 1. Juli 2017 die Strukturzuschläge zusammengefasst. Hierdurch erhalten auch die Strukturzuschläge eine neue GOP.

GOP	Legende	Punkte	Euro
35571	Strukturzuschlag Einzeltherapie	143	15,06
35572	Strukturzuschlag Gruppentherapie	60	6,32
35573	Strukturzuschlag psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	72	7,58

Abschnitt 35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

Durch die Neustrukturierung des Kapitels 35 erhalten auch die psychodiagnostischen Testverfahren neue Gebühren-

ordnungspositionen (35600 bis 35602). Die Höhe der Vergütung dieser Leistungen bleibt unverändert.

