

## Änderung der Psychotherapierichtlinie: G-BA Beschluss vom 16. Juni 2016

Auf welche Änderungen müssen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sich einstellen?

### *Licht und Schatten, eine erste Einordnung*

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird grundlegend reformiert. So werden Sprechstunden eingeführt und Akutbehandlungen ermöglicht. Das Antrags- und Gutachterverfahren wird vereinfacht. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16. Juni 2016 beschlossen.

Die neue Psychotherapie-Richtlinie soll zum 1. April 2017 in Kraft treten. Sie sieht eine umfangreiche Strukturreform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vor. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt damit Forderungen aus dem Versorgungsstärkungsgesetz um, den Patienten zeitnah einen niederschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu bieten und das Angebot flexibler zu gestalten.

Der Beschluss des G-BA wird nunmehr dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt. Weitere Details zur Umsetzung der neuen Regelungen legen KBV und GKV-Spitzenverband in der Psychotherapie-Vereinbarung fest. Beide Seiten müssen darüber hinaus noch über die Höhe der Vergütung für neue Leistungen wie Sprechstunden und Akutbehandlungen verhandeln.

### **Die Einzelheiten:**

#### **Kinder und Jugendliche: Soziales Umfeld wird einbezogen**

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sieht die Richtlinie künftig explizit vor, dass relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld in die Behandlung einbezogen werden können. Dies können neben den Eltern etwa auch Erzieher oder Lehrer sein, was bis dato ein Problem in der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen darstellte. Hinsichtlich der Altersgrenzen wurde klargestellt: Jugendliche bis 21 Jahre können eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalten.

Im Sinne der Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.

Neben dieser Klarstellung wurde auch eine Ausnahmeregelung hinzugefügt: Eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung kann auch erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden, wenn damit der Therapieerfolg abgesichert wird. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

#### **Sprechstunden:**

Vor einer Akutbehandlung oder Probatorik müssen sich Patienten künftig in einer Sprechstunde vorstellen. Der Psychotherapeut klärt dabei ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Richtlinienpsychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten geholfen werden kann. Die Sprechstunde dauert bei Erwachsenen mindestens 25 Minuten, maximal stehen 150 Minuten Sprechstundenzeit zur Verfügung. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Sprechstunde bis zu 250 Minuten dauern (= 5x 50 oder 10x 25 Minuten), 100 Minuten können dabei auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

*Einschätzung: Positiv ist die Anerkennung des erhöhten Aufwandes in der Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie.*

## Umfang der Sprechstunden

Therapeuten, die Sprechstunden anbieten, haben pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten zur Verfügung zu stellen, bei einem hälftigen Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten. **Die Sprechstunden werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.**

*Hinweis: D.h. je Woche entweder 2x 50 Minuten oder 4x 25 Minuten. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass dies nicht bedeutet, dass man jede Woche 2-4 neue Patienten aufnehmen muss. Die anzugebenden Sprechstunden können für die weiteren Sprechstunden (bis zu 5 bei Kindern und Jugendlichen) desselben Patienten genutzt werden.*

Bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung entlassen werden, können probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Sprechstunde beginnen. Dies gilt auch, sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder während einer laufenden Therapie erfolgt.

### Angebot ist für Psychotherapeuten freiwillig

Psychotherapeuten können wählen, ob sie Sprechstunden anbieten oder nicht und wie sie diese organisieren – offen oder mit Terminvergabe. Die weitere Behandlung muss nicht bei dem Psychotherapeuten erfolgen, bei dem der Patient in der Sprechstunde war.

*Einschätzung: Krankenkassen und Patientenvertreter wollten ursprünglich die Sprechstunde verpflichtend für alle Psychotherapeuten einführen. Hier ist es gelungen, diese für Psychotherapeuten als fakultatives Angebot zu etablieren.*

*Aber: Wer keine Sprechstunden anbietet ist künftig darauf angewiesen, dass ihm Patienten zugewiesen werden, entweder durch eine Klinik oder durch KollegInnen. Hier wird sich jeder entscheiden und eventuell auch neue Kooperationsformen aufbauen müssen.*

*Der erhöhte Organisationsaufwand, die damit verbundene Dokumentation sowie z.B. kurzfristige Absagen oder das Nichterscheinen von Patienten, muss sich in der Vergütung der Sprechstunde abbilden. Berufspolitisch trägt die Sprechstunde mittel- und langfristig zum Erhalt des Erstzugangsrechtes bei.*

### Akutbehandlung

Die Akutbehandlung soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Sie ist damit gedacht für Patienten, die rasch Hilfe benötigen, weil sie sonst schwerer oder chronisch erkranken, nicht mehr arbeiten oder zur Schule gehen können oder die andernfalls ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Ziel wäre u.a. eine mindestens kurzfristige Stabilisierung sowie ggf. eine Vorbereitung auf weitere Maßnahmen zu denen dann auch eine LZT gehören kann.

Die neue Leistung der Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gegenüber der Krankenkasse und darf maximal 600 Minuten umfassen (Mindesteinheit: 25 Minuten, also 24 x 25 Min oder 12 x 50 Min.). Das Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung ausgestaltet.

*Hinweis: Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.*

*Einschätzung: Positiv ist, dass es diese neue Leistung überhaupt gibt. Dabei wird nun ausdrücklich anerkannt, dass auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (und PP) die Kompetenz haben, akute Fälle psychotherapeutisch zu behandeln. Damit diese Leistung aber auch genutzt wird, i.S. einer verbesserten Versorgung der Patienten, besteht unsere Forderung, diese mit einer ausreichenden Vergütung auszustatten. Dabei werden wir sehr kritisch beobachten, ob die Kassen die Anzeigepflicht dazu nutzen die BSG Rechtsprechung zur Mindestvergütung (bei genehmigungspflichtiger Leistung) auszuhebeln.*

### Probatorik

Probatorik wird zum ersten Mal in der PT-RL §12 klar definiert: „Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren

Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren [...] dienen (PT-RL).“ Hier „[...] erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten .... Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung (TrG)“. Dies bedeutet, dass sich die probatorischen Sitzungen inhaltlich klar von den Inhalten der Sprechstunde und von der Akutversorgung abgrenzen.

Nach der Sprechstunde können 2-4 probatorische Sitzungen durchgeführt werden, mindestens 2 sind jedoch erforderlich, um eine KZT oder LZT einzuleiten.

Bei Kindern und Jugendlichen können 2 bis 6 probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Relevante Bezugspersonen können einbezogen werden.

### **Rezidivprophylaxe**

Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen. Im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ werden dazu die innerhalb eines bewilligten Kontingents verbliebenen Stunden genutzt: bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 8 Stunden, bei 60 und mehr Stunden maximal 16 Stunden. Die Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen können, bei Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen, bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden, bei 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.

*Einschätzung: So wichtig diese Leistung eigentlich ist (der Gesetzgeber hatte sie schließlich gefordert), so erscheint die nun getroffene Regelung als eine „Mogelpackung“ verbunden mit bürokratischem Aufwand. Denn es gibt überhaupt keine zusätzlichen Leistungen, sondern diese werden aus den jeweiligen Höchstkontingenten rekrutiert. Dass dazu bereits im Antrag Stellung genommen werden muss erscheint fachlich nicht nachvollziehbar, da kaum zu Beginn einer Behandlung erkennbar ist, ob eine Rezidivprophylaxe überhaupt notwendig wird. Dazu kommt, dass auch schon bisher die restlichen Stunden dazu genutzt werden konnten die Behandlung zur Stabilisierung über einen langen Zeitraum „auszuschleichen“. Fazit also hier: keine Verbesserung, nur Augenwischerei.*

### **KZT/ LZT**

Bei der Kurz- und Langzeittherapie wurden die Stundenkontingente sowie die Anzeige-, Antrags- und Gutachterpflicht angepasst, ohne dass die bisherigen Gesamtkontingente verändert wurden, d.h. die bisherigen Höchstgrenzen bleiben bestehen.

Die wichtigsten Änderungen bei der Kurzzeittherapie sind:

- Kurzzeittherapien können künftig 12 oder 24 Stunden umfassen (bislang 25 Stunden). Die Beantragung erfolgt in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Stunden.
- Die Anträge gelten nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist auch ohne Bescheid der Krankenkasse als bewilligt und sind nicht mehr gutachterpflichtig.

*Einschätzung: Die Aufteilung der bisherigen KZT in KZT 1 und KZT 2 ist völlig unsinnig und fachlich nicht zu rechtfertigen. Die Krankenkassen wollten sogar noch eine sechswöchige Zwangspause zwischen KZT 1+2, was jedoch in den Verhandlungen verhindert wurde. Nebenbei wurde gegenüber dem Ist-Zustand eine Stunde gestrichen.*

Die wichtigsten Änderungen bei der Langzeittherapie sind:

- Für die Langzeittherapie wurde das erste Sitzungskontingent erweitert und es entfällt für alle Verfahren der zweite Bewilligungsschritt, so dass direkt das Höchstkontingent beantragt werden kann.
- Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen.

- Die Antragsschritte in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:
  - VT Kinder/ Jugendliche 60 + 20 Stunden (zuzüglich Bezugspersonen 1:4)
  - TP/AP Kinder 70 + 80 Stunden (zuzüglich Bezugspersonen 1:4)
  - TP/AP Jugendliche 90 + 90 Stunden (bei Indikation zuzüglich Bezugspersonen 1:4)

***Einschätzung:** Hier ist es in den Verhandlungen gelungen, die nicht nachvollziehbaren und fachlich völlig unangemessenen Vorstellungen der Krankenkassen zu durchbrechen, die vorsahen, dass eine LZT erst nach Sprechstunde, Probatorik, KZT 1 und KZT 2 beantragt werden konnte. Ergebnis: eine LZT kann, bei entsprechender Indikation, weiterhin direkt nach der Probatorik beantragt werden!*

## **Gruppenpsychotherapie**

Um das Angebot von Gruppentherapien zu erleichtern und Anreize zu schaffen, wird **in allen Verfahren die Mindestteilnehmerzahl auf drei Personen abgesenkt**. Zudem ist nur noch eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse und kein Antrag auf Genehmigung der Therapie mehr notwendig, wenn der Psychotherapeut das Behandlungssetting für bereits bewilligte Stunden in der Kurzzeittherapie ändern möchte.

## **Telefonische Erreichbarkeit**

Psychotherapeuten müssen künftig sicherstellen, dass sie für eine Terminkoordination telefonisch erreichbar sind.

Für Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag gilt:

- 150 Minuten/Woche telefonische Erreichbarkeit (Mindesteinheit: 25 Minuten), wenn sie keine Sprechstunde anbieten
- 250 Minuten/Woche telefonische Erreichbarkeit (Mindesteinheit: 25 Minuten), wenn sie eine Sprechstunde anbieten

Für Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag gilt:

- 75 Minuten/Woche telefonische Erreichbarkeit (Mindesteinheit: 25 Minuten), wenn sie keine Sprechstunde anbieten
- 125 Minuten/Woche telefonische Erreichbarkeit (Mindesteinheit: 25 Minuten), wenn sie eine Sprechstunde anbieten

Die Zeiten der Sprechstunden und der telefonischen Erreichbarkeit sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Eine Überprüfung der Erreichbarkeit ist bis jetzt nicht geregelt.

***Einschätzung:** Die Erreichbarkeit der Praxis war auch schon bisher zu gewährleisten. Nun wurde dies im Zuge der Reform der Richtlinie mit einem verpflichtenden Zeitkontingent unterlegt. Dies bedeutet sicherlich für einige Praxen eine organisatorische Umstrukturierung, z.B. indem man jeden Tag zu Beginn und am Ende je 25 Minuten bei einem vollen Versorgungsauftrag anbietet oder durch die Einstellung von Praxispersonal, einer kollegialen Vernetzung, Bürogemeinschaften o.ä.. Wir könnten diese Verpflichtung auch als Chance begreifen stärker als professionelle Versorger im Gesundheitswesen erkennbar zu sein.*

## **Dokumentationsbogen**

Zu Beginn und am Ende einer Richtlinienpsychotherapie ist nun ein neuer Dokumentationsbogen gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen, der auch dem Bericht an den Gutachter beizulegen ist.

***Deutliche Kritik:** KJP/PP sind sowieso zur Dokumentation verpflichtet. Es erschließt sich in keiner Weise für Patienten und Behandler der Sinn und Zweck, insbesondere auch nicht bei einer antrags- und gutachterpflichtigen PT. Der Bogen ist nicht evidenzbasiert, erscheint eher willkürlich. Speziell bei Kindern und Jugendlichen wird generell eine Intelligenzeinschätzung verlangt, unabhängig ob dies im Einzelfall fachlich erforderlich ist. Zudem umfasst der Bogen*

*Items, die in einer z.T. stigmatisierenden und verletzenden Sprache verfasst sind (z.B. abnorme Erziehungsbedingungen oder abnorme intrafamiliäre Beziehungen). Wir fordern eine Überprüfung und Neugestaltung.*



**Kommentar Bernhard Moors:** Grundsätzlich sind m. E. die Änderungen ein Schritt in die richtige Richtung, aber eben nur ein Schritt mit vielen Kritikpunkten. Wenn jetzt allerdings die entsprechenden Umsetzungsregelungen in den Psychotherapievereinbarungen erfolgen sollten, würde dies für psychotherapeutische Behandlungen unter dem Strich eine größere Flexibilität, ein Plus an abrechenbaren Leistungen und damit eine Verbesserung der Versorgung der Patienten bedeuten.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können wir uns über einige wichtige Klarstellungen, wie z.B. bei den Altersgrenzen, aber auch Verbesserungen im Leistungsumfang freuen, da vor einer KZT oder LZT mit Sprechstunde und Probatorik mehr Leistungen als bisher zur Verfügung stehen und man deutlich flexibler reagieren kann. Damit wurde grundsätzlich anerkannt, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen Besonderheiten unterliegt und sich auch strukturell von der Behandlung bei Erwachsenen deutlich unterscheidet.

Kritisch zu beurteilen ist vor allem die fachlich nicht begründbare Aufteilung der KZT, die Mogelpackung Rezidivprophylaxe sowie die nicht evidenzbasierten Dokumentationsbögen insbesondere in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Es wird nun vor allem darauf ankommen, dass die Leistungen, insbesondere die neuen Leistungen, mit einem ausreichendem Honorar ausgestattet werden. Hierfür setzen wir uns im KV/KBV System verstärkt ein. Des Weiteren fordern wir, dass die neuen Leistungen auch bei der Berechnung des Strukturzuschlages mitgezählt werden.

Bernhard Moors