



Reform der Psychotherapie-Richtlinie:

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde in Paragraph 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, der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun am 16. Juni 2016 fristgemäß über diese neuen Regelungen entschieden. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, das über alle Leistungen und die entsprechenden Richtlinien zu entscheiden hat. Auch Patientenvertreter sind in allen Beratungen beteiligt, aber nicht stimmberechtigt.

In den nächsten Monaten müssen verschiedene Regelungen in den Psychotherapie-Vereinbarungen entsprechend der neuen Beschlüsse angepasst werden. So müssen zum Beispiel genauere Durchführungsbestimmungen für die Sprechstunde und die Akuttherapie festgelegt werden und es sind neue Formulare zu entwickeln. Vor allem ist im Bewertungsausschuss die Vergütung der neuen Leistungen zu beschließen. Im G-BA-Beschluss ist festgelegt, dass die neue Richtlinie ab dem 01.04.2017 anzuwenden ist.

Ein Blick zurück: Wie kam es zu den Beschlüssen?

Als Reaktion auf die zunehmende Nachfrage nach Psychotherapie und dem Problem der Wartezeiten hatten Krankenkassen schon vor Jahren „Intelligente Koordinierungsstellen“ für Patienten mit psychischen Erkrankungen gefordert. Diese sollten eine rationale Steuerung und Verteilung der Patienten auf das „richtige“ Therapieverfahren oder andere Versorgungsangebote übernehmen. Nach deutlichem Widerstand der Psychotherapeuten und auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legte der Spitzenverband der Krankenkassen

im Herbst 2013 dann ein sogenanntes „Reformmodell“ vor.

Dieses Modell sah eine Koordinierung des Behandlungsbedarfs in der „Sprechstunde“ der niedergelassenen Psychotherapeuten vor, mehr Rationalisierung, „dauerhafte Anreize für eine Absenkung der Therapiedauer“, eine geteilte Kurzzeittherapie mit einer Mindestwartezeit von sechs Wochen zwischen den zwei Schritten sowie vermehrte Rückmeldungen an die Krankenkassen.

Die Psychotherapeutenverbände und -kammern sowie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) hatten ihrerseits Vorschläge vorgelegt, die einen schnelleren, niedrigschwelligeren Zugang zum Psychotherapeuten und weitere Elemente zur Flexibilisierung psychotherapeutischer Behandlungen vorsahen, unter anderem eine frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung, Erhaltungstherapie für chronisch kranke Patienten, themenbezogene/psychoedukative Gruppen und einen Abbau von Bürokratie. Auch die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) hatte Modelle zur Verbesserung der Versorgung erarbeitet, die dann in den Verhandlungen mit den regionalen Krankenkassen nicht umgesetzt wurden.

So war die Ausgangssituation für die vom Gesetzgeber vorgegebenen Verhandlungen im G-BA von kontroversen Vorstellungen geprägt, die dann zu Kompromissen führten, mit denen die Psychotherapeuten nur teilweise zufrieden sein können.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Pflicht, die Beschlüsse des G-BA zu prüfen und hat einzelne Teile der neuen Richtlinie beanstandet, sodass der G-BA nun nachbessern muss.

Die Beschlüsse zur Psychotherapie-Richtlinie im Einzelnen

Paragraph 1: Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeutische Praxen mit vollem Versorgungsauftrag müssen zukünftig 150 Minuten pro Woche telefonisch für die Patienten erreichbar sein. Praxen mit einem halben Versorgungsauftrag müssen 75 Minuten Erreichbarkeit vorhalten.

Editorial

**Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

im Juni hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über die neuen Regelungen zur Psychotherapie-Richtlinie beschlossen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Krankenkassen als auch die Ärzte und Psychotherapeuten Abstriche von ihren Vorstellungen machen mussten. Die Reform verlangt von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen einige Umstellungsbereitschaft. Sie bietet aber auch Möglichkeiten, den Patientinnen und Patienten ein differenzierteres Behandlungsangebot zu machen und sich deutlicher als bisher an der niedrigschwelligeren Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu beteiligen.

Wie erfolgreich die Beschlüsse in der Praxis umgesetzt werden können, wird unter anderem davon abhängen, ob die weiteren Regelungen in den Psychotherapie-Vereinbarungen eine bürokratiearme Umsetzung ermöglichen und eine faire Vergütung beschlossen wird.

Wir haben in diesem Newsletter die wichtigsten Änderungen zusammengefasst. In den nächsten Monaten gibt es noch viel zu klären, bis die neue Richtlinie im April 2017 in Kraft tritt. Die Psychotherapeutenkammer NRW wird Sie auch hierzu weiterführend informieren.

**Herzlich,
Ihr Gerd Höhner**



Gerd Höhner



Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Details der Änderungen ab 1. April 2017

Versorgungsangebote		Bewilligungsschritte für Einzeltherapie/ Gruppentherapie bei Erwachsenen		Erläuterungen		
		Schritt 1	Schritt 2			
Sprechstunde → bis zu 150 Minuten für Erwachsene → bis zu 250 Minuten für Kinder und Jugendliche	Akutbehandlung → nach mind. 50 Minuten Sprechstunde	bis zu 12 Stunden anzeigepflichtig		Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer ggf. anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.		
	Probatorik → nach mind. 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung → verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie → 2-4 Stunden für Erwachsene → 2-6 Stunden für Kinder und Jugendliche	Kurzzeittherapie		bis zu 12 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	Kurzzeittherapie gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt; Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachterpflichtig.
		Langzeittherapie	Verhaltenstherapie (VT)	bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	Ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Angabe im Antrag erforderlich).
			Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 100 / 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
Analytische Psychotherapie (AP)	bis zu 160 / 80 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 300 / 150 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen				
Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z.B. Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)						

Copyright: **Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Diese kann in 25 Minuten Einheiten aufgeteilt und durch Praxispersonal gewährleistet werden. Mit der Erreichbarkeit ist keine „psychotherapeutische Telefon-Sprechstunde“ gemeint. Vielmehr soll sie den Patienten ermöglichen, mit jemandem zu sprechen und nicht nur einen Anrufbeantworter zu erreichen.

Paragraph 11: Sprechstunde

Vor einer psychotherapeutischen Behandlung sollen sich Patienten künftig in einer Sprechstunde vorstellen. In der Sprechstunde „[...] ist insbesondere zu klären, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht oder welche weiteren fachspezifischen Hilfen notwendig erscheinen.“ Im Bedarfsfall ist eine diagnostische Abklärung im Rahmen der Sprechstunde möglich.

Die Sprechstunde dauert bei Erwachsenen mindestens 25 Minuten, maximal stehen 150 Minuten Sprechstunde je

Patient zur Verfügung. Bei Kindern und Jugendlichen stehen bis zu 250 Minuten pro Patient (=5x 50 oder 10x 25 Minuten) zur Verfügung; 100 Minuten können dabei auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

Die Sprechstunde soll eine grundsätzliche Verpflichtung für jede/n Psychotherapeut/in sein, über eventuelle Ausnahmen wird noch diskutiert. Psychotherapeuten können entscheiden, wie sie diese organisieren – offen oder mit Terminvergabe.

Das Sprechstundenangebot soll bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten in der Woche umfassen, aufteilbar in 25-Minuten-Einheiten. Bei einem halbem Versorgungsauftrag sind mindestens 50 Minuten pro Woche anzubieten. Die Sprechstunden werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.

Zurzeit ist offen, ob die ursprünglich mit dem Sprechstundenangebot verbun-

denen höheren Zeiten der Erreichbarkeit von Praxen bestehen bleibt.

Wichtig: Es ist nicht gemeint, in jeder Sprechstunde neue Patienten aufzunehmen.

Nach der Sprechstunde ist dem Patienten ein „Informationsblatt Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“ auszuhändigen (zurzeit wird dieses Informationsblatt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen erarbeitet). Die Ergebnisse der diagnostischen Abklärung und die weiteren Empfehlungen sind dem Patienten in der „Individuellen Patienteninformation“ mitzugeben. Eine Kopie davon gehört zur Dokumentation der Patientenakte.

Bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer 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.

Die Organisation von telefonischer Erreichbarkeit und Sprechstunde bedeuten für viele psychotherapeutische Praxen Umstellungen im Praxisablauf.

Positiv ist, dass trotz der Bestrebungen der Krankenkassen, die Sprechstunde bei den Kassen selbst oder bei Ärzten anzusiedeln, mit der „psychotherapeutischen Sprechstunde“ die Kompetenz der Psychotherapeuten für Diagnostik und Indikationsstellung anerkannt und im System verankert wird. Die Sprechstunde trägt deshalb zur langfristigen Absicherung des Erstzugangs zur Psychotherapie bei.

Paragrah 12: Probatorische Sitzungen

Nach der Indikationsstellung für eine Psychotherapie in der Sprechstunde

sind mindestens zwei bis maximal vier probatorische Sitzungen durchzuführen. Bei Kindern und Jugendlichen sind zur Einbeziehung von Bezugspersonen zwei weitere Sitzungen möglich.

Die Probatorik wird zum ersten Mal in der Psychotherapie-Richtlinie klar definiert und von den Inhalten der Sprechstunde und der Akutversorgung abgegrenzt.

Die probatorischen Sitzungen dienen der verfahrensspezifischen Diagnostik und der Klärung von Motivation, Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten sowie der Überprüfung der persönlichen Passung und der Angemessenheit des jeweiligen Psychotherapieverfahrens.

Paragrah 13: Akutbehandlung

Patienten kann zukünftig auch Akutbehandlung angeboten werden, ins-

gesamt bis zu 600 Minuten, in maximal 24 Sitzungen zu je 25 Minuten oder 12 Sitzungen zu je 50 Minuten.

Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist die „*Besserung akuter psychischer Krisen bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie.*“

Um einen zeitnahen Zugang zur Akutbehandlung zu gewährleisten, ist diese nur anzeigepflichtig. Sie muss allerdings innerhalb von 14 Tagen nach Indikationsstellung begonnen werden und erfordert einen Konsiliarbericht. Auf das Stundenkontingent einer gegebenenfalls sich anschließenden Psychotherapie werden die in der Akutbehandlung erbrachten Sitzungen angerechnet.



Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Details der Änderungen ab 1. April 2017 für Kinder und Jugendliche

Versorgungsangebote	Bewilligungsschritte für Einzeltherapie/ Gruppentherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J)		Erläuterungen	
	Schritt 1	Schritt 2		
Akutbehandlung → nach mind. 50 Minuten Sprechstunde	bis zu 12 Stunden anzeigepflichtig		Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer ggf. anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.	
Sprechstunde → bis zu 250 Minuten für Kinder und Jugendliche	Kurzzeittherapie	bis zu 12 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	
		bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
	Langzeittherapie	Verhaltenstherapie (VT)	K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachterpflichtig	Ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Angabe im Antrag erforderlich).
		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachterpflichtig	
Probatorik → nach mind. 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung → verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie → 2-6 Stunden für Kinder und Jugendliche	Analytische Psychotherapie (AP)	K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachterpflichtig	K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	

Verweis auf **andere Beratungs- und Unterstützungsangebote** (z.B. schulpyschologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)



**Paragraph 28:
Teilung der Kurzzeittherapie (KZT) in
KZT 1 und KZT 2**

Die Kurzzeittherapie wird in KZT 1 und KZT 2 von jeweils 12 Sitzungen aufgeteilt. KZT 1 und KZT 2 sind antragspflichtig, aber mit einer sogenannten „Genehmigungsfiktion“: die Krankenkassen müssen keinen Anerkennungsbescheid ausstellen. Die „fiktive“ Genehmigung soll den Anforderungen der „Genehmigung“ im Sinne der Bundessozialgericht-Rechtsprechung zum Mindesthonorar genügen. Das BMG hat moniert, dass es nicht zulässig sei, Anträge grundsätzlich unbeantwortet zu lassen, sodass zurzeit unklar ist, wie genau verfahren wird. Die Beantragung ist für den zweiten Bewilligungsabschnitt der Kurzzeittherapie erneut durchzuführen.

Das Gutachterverfahren entfällt generell für die Kurzzeittherapie, also für KZT 1 und für KZT 2; es sind keine 35 Berichte bis zu einer Befreiung von der KZT-Berichtspflicht mehr zu schreiben.

Die Teilung der KZT wurde vom Deutschen Psychotherapeutentag und weiteren Stellungnahmen als willkürlich und fachlich unsinnig und sogar schädlich beurteilt. Trotzdem konnten die Krankenkassen diese Regelung durchsetzen.

**Paragraph 29:
Langzeittherapie (LZT)**

Langzeittherapie kann weiterhin direkt nach der Probatorik oder nach KZT 1 bzw. KZT 2 beantragt werden. LZT ist immer gutachterpflichtig. Wie bisher ist zu Beginn oder bei der Umwandlung von KZT in LZT ein Bericht an den Gutachter zu schreiben.

Neu ist, dass in jedem Verfahren ein Antragsschritt und damit ein Bericht entfällt: das Kontingent einer LZT beträgt demnächst bei der Verhaltenstherapie (VT) und der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) 60 Sitzungen, bei der Analytischen Psychotherapie (AP) sind es weiterhin 160 Sitzungen.

Die Antragsschritte sind zukünftig in VT 12-12-60-80, in TP 12-12-60-100, in AP 160-300. Analog wurden auch die Antragsschritte in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angepasst (VT Kinder/Jugendliche 60+20; TP/AP Kinder 70+80, TP/AP Jugendliche

90+90 jeweils zuzüglich Bezugspersonen 1:4, wenn eine entsprechende Indikation gegeben ist). Es bleibt den Krankenkassen überlassen, ob nach einem ersten LZT-Bericht bei einer weiteren Verlängerung ein Bericht an den Gutachter gefordert wird. Eine Ablehnung eines Antrages erfordert immer eine gutachterliche Stellungnahme.

**Paragraph 14:
Rezidivprophylaxe**

Die Rezidivprophylaxe soll Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents der LZT sein und soll im Bericht an den Gutachter begründet werden. Die Sitzungen können dann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der LZT in Anspruch genommen werden. Nach einer KZT ist keine Rezidivprophylaxe vorgesehen.

Diese Regelung wird für chronisch kranke Patienten keine bessere Versorgung ermöglichen, denn auch bisher war es möglich, die letzten Sitzungen niederfrequent durchzuführen.

**Paragraph 38:
Dokumentationsbogen**

Der im ursprünglichen Beschluss vorgesehene Dokumentationsbogen wurde vom BMG beanstandet und muss überarbeitet werden. Es ist zur Zeit offen, ob dies bis zum 1. April 2017 möglich sein wird.

**Paragraphen 4, 20, u.a.:
Gruppentherapie**

Es gelten dieselben Regelungen wie in der Einzeltherapie: die Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie entfällt, die ersten Kontingente der Langzeittherapie wurden in VT und TP auf 60 Doppelsitzungen erhöht. Bei Verlängerungsanträgen auf das Maximalkontingent (bei VT und TP 80, bei AP 150) steht es den Krankenkassen frei, einen Bericht an den Gutachter zu fordern. Die Kontingente in der Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen wurden analog angepasst.

Die Gruppengröße wurde für alle Verfahren auf drei bis neun Teilnehmer vereinheitlicht.

Wird in der KZT von Einzeltherapie auf Gruppentherapie gewechselt, reicht eine Anzeige dieses Wechsels bei der Krankenkasse.

**Paragraph 35:
Qualifikation der Gutachter**

Gutachter müssen zukünftig für die Begutachtung von Gruppentherapie auch die Qualifikation für Gruppentherapie nachweisen und müssen grundsätzlich an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Für die Begutachtung von TP-Behandlungen werden Gutachter mit (alleiniger) Fachkunde in TP zugelassen.

**Spezifika bei Kindern und Jugendlichen:
Das soziale Umfeld wird einbezogen**

Bei der psychotherapeutischen 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.

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.

Impressum

PTK-Newsletter NRW

Herausgeber:
Kammer für Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten
Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 02 11 / 52 28 47 - 0
Fax 02 11 / 52 28 47 - 15

E-Mail: info@ptk-nrw.de
Internet: www.ptk-nrw.de
V.i.S.d.P.: Gerd Höhner
Druck: Druckhaus Fischer, Solingen
Erscheinungsweise: dreimal jährlich