

DPTV Hintergrund

November 2013 (3)

INFORMATION

Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Vorabdruck aus: Psychotherapie Aktuell 4.2013 (ISSN 1869-0335)



Kontakt Dr. Cornelia Rabe-Messen
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · E-Mail corneliarabe@dptv.de

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

Dieter Best
Sabine Schäfer

Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Die DPTV hat in einem längeren Diskussionsprozess mit kooperierenden Verbänden ein Modell einer gestuften Versorgung entwickelt. Ausgangspunkt für dieses Modell waren die in unseren Praxen täglich erlebten Missstände in der Versorgung unserer Patienten und damit die Aufgabe, echte Versorgungsbesserungen zu entwickeln. Im Gegensatz zu den geltenden Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und -vereinbarung

- wird es dem Bedarf unterschiedlicher Patientengruppen besser gerecht.
- nutzt es die spezifische psychodiagnostische Kompetenz der Psychotherapeuten besser und stellt damit die Entscheidungen für weitere Behandlungsmaßnahmen auf eine rationalere Grundlage.
- verbessert es den konsiliarischen Austausch mit zuweisenden Ärzten.
- stärkt es die Behandlungskontinuität zwischen stationären und ambulanten Behandlungen.

Unser Modell stellen wir nachfolgend dar.

Bedarfsgerechtere Behandlungsoptionen

Bisher folgt die ambulante psychotherapeutische Versorgung – mit Ausnahme einiger weniger, im EBM definierter Gesprächsleistungen – ausschließlich den restriktiven Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie:

Für den ersten Kontakt stehen Patienten und Psychotherapeuten in der derzeitigen Versorgung nur die probatorischen Sitzungen zur Verfügung. Sie dienen laut Psychotherapie-Vereinbarung dem Zweck, die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie klären und einzuleiten. Probatorische Sitzungen werden deshalb üblicherweise erst dann angeboten, wenn ein Platz für eine Richtlinienpsychotherapie frei geworden ist oder in absehbarer Zeit frei wird. Benötigten Patienten eine diagnostische Abklärung bezüglich weiterer Maßnahmen, müssen sie lange warten, bis sie die Gelegenheit für eine diagnostische Abklärung erhalten.

Für Psychodiagnostik mittels Screening- und Testverfahren stehen zwar EBM-Gebührenordnungspositionen zur Verfügung, diese sind aber in der Abrechnungsmenge mehrfach beschränkt: Sie können laut einer Bestimmung der Psychotherapie-Vereinbarung während einer laufenden Psychotherapie nur insgesamt dreimal genutzt werden. Und sie dürfen je Behandlungsfall nur bis zu einer bestimmten Punktzahlbergrenze abgerechnet werden. Darüber hinaus werden sie so schlecht vergütet (mit 35 € je 60 Minuten), dass sie nicht wirtschaftlich zu erbringen sind.

Auch für Kriseninterventionen stehen behelfsweise nur die schlecht vergüteten probatorischen Sitzungen zur Verfügung. „Behelfsweise“, weil sie wie oben erwähnt eigentlich der Überprüfung der Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie dienen sollen. Es gibt keine spezifischen Angebote für eine Akutversorgung in dringenden Fällen. Psychotherapeuten verwenden dafür zurzeit in der Praxis entweder diese probatorischen Sitzungen oder es ist ein reguläres Antragsverfahren einzuleiten.

Der Psychotherapie-Richtlinie liegt immer noch der Gedanke zugrunde, dass eine Psychotherapie möglichst eine einmalige Episode im Leben eines Patienten bleiben soll. Je mehr aber Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl bei psychischen Krankheiten anerkannt wird und je mehr Behandlungsmethoden für schwer psychisch Kranke entwickelt werden, umso mehr kommen Patienten mit chronischen Krankheiten in die Praxen. Für diese Patienten gibt es nur unzulängliche Angebote langfristiger, niederfrequenter Behandlung. Psychotherapeuten behelfen sich dann mit erneuten probatorischen Sitzungen, mit den unzulänglichen und sehr schlecht vergüteten Gesprächsleistungen (EBM-Nr. 23220) oder sie bieten psychotherapeutische Gespräche als IGeL-Leistungen an¹.

Unser Modell einer gestuften Versorgung sieht den Zugang der Patienten zu den Psychotherapeuten an den Stellen vor, die ihrem tatsächlichen Bedarf entsprechen (siehe Schaubild Seite 3).

Sprechstunde (S)

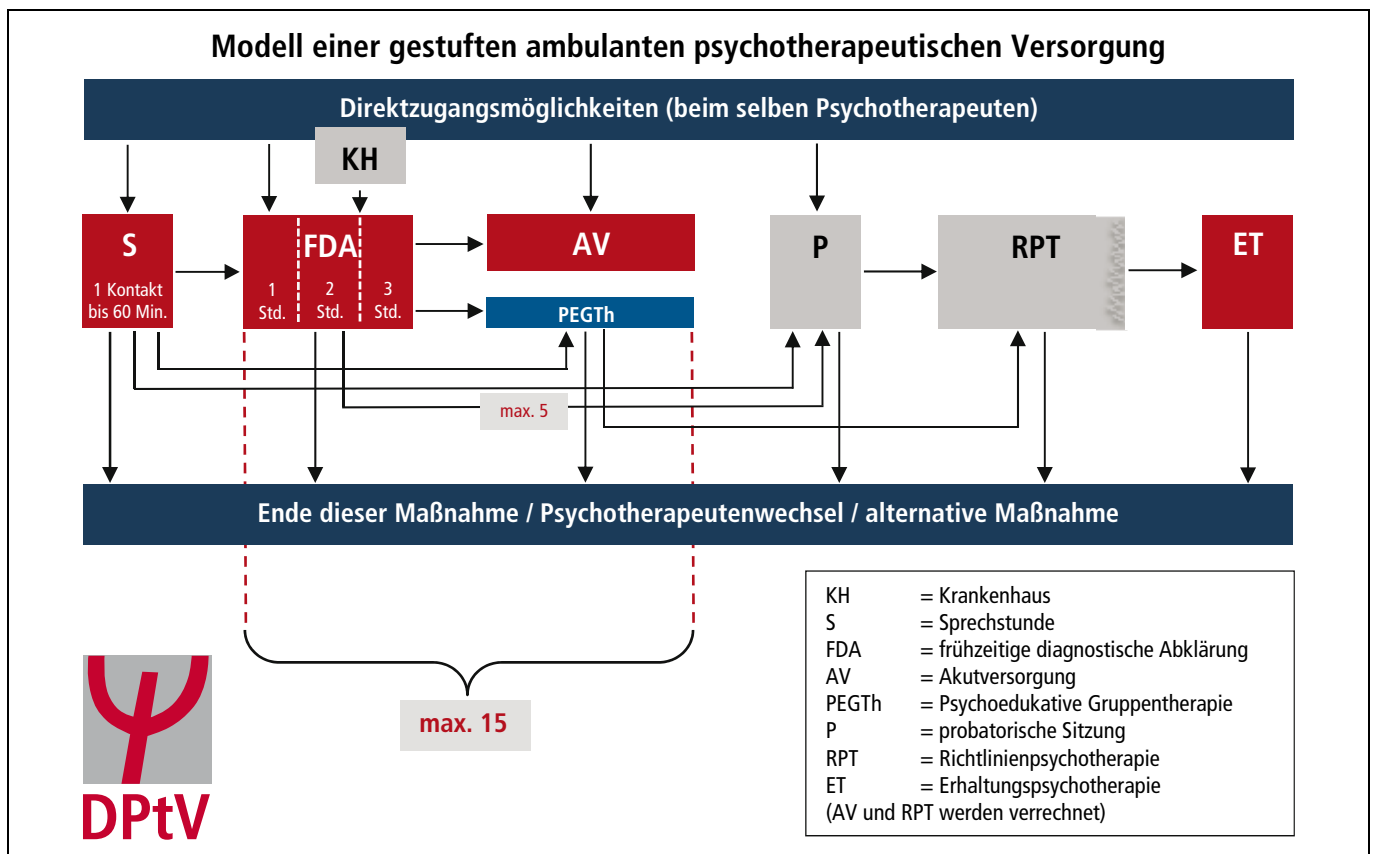
Mit der Sprechstunde entsteht ein niedrigschwelliger Zugang zum Psychotherapeuten. Vorgesehen ist bis zu einer Stunde pro Patient, die in zwei Einheiten unterteilt werden kann. In die Sprechstunde können kurzfristig auch Patienten kommen, die sonst auf einen Anrufbeantworter treffen oder bei denen der Psychotherapeut telefonisch, ohne die Patienten je gesehen zu haben, in einer Krise versucht zu helfen und die Modalitäten einer Psychotherapie zu erklären. Sprechstunde ist keine Psychotherapie, sie dient der Klärung des Zuweisungskontextes, der ersten Befunderhebung und einer ersten diagnostischen Einschätzung. Außerdem können weitere Maßnahmen mit dem Patienten erörtert werden.

Frühzeitige diagnostische Abklärung (FDA)

Frühzeitig bedeutet, dass die diagnostische Abklärung innerhalb von 14 Tagen nach der Kontaktaufnahme erfolgen sollte. Werden Patienten aus einer stationären Behandlung heraus zur ambulanten Psychotherapie verwiesen, wäre zu überlegen, die Frist zu verkürzen, wenn die Klinik rechtzeitig Kontakt zu einem ambulanten tätigen Psychotherapeuten aufnimmt. Auch wenn eine diagnostische Abklärung bereits in der Klinik durchgeführt wurde und die Ergebnisse vorliegen, ist wenigstens eine FDA-Sitzung notwendig, um die Ergebnisse zu sichten, eventuell zu ergänzen und bei der Klinik nachzufragen.

FDA ist konzipiert als Komplexleistung, bestehend aus der Einholung und Sichtung somatischer Befunde, der konsiliarischen Erörterung mit zuweisenden Ärzten oder Krankenhäusern, der Durchführung eines standardisierten

¹ und verdienen dabei weniger als mit Psychotherapie als Kassenleistung (s. Walendzik, A. u.a.: Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010, Studie der DPTV in Zusammenarbeit mit der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen)



Screeningverfahrens und gegebenenfalls indikationsbezogener Fragebögen, der psychodiagnostischen Testverfahren oder Leistungstests. Die Diagnostik endet mit einer Diagnose, gegebenenfalls differentialdiagnostischen Erwägungen, einer standardisierten Zusammenfassung in Form einer Mitteilung an den Patienten und den zuweisenden Arzt und einer Empfehlung der eventuell notwendigen Weiterbehandlung. Die diagnostische Abklärung kann auch nur als Auftragsleistung eines Arztes oder Psychotherapeuten verwendet werden, die der Abklärung für die Weiterbehandlung dient. Weil der Umfang der notwendigen Diagnostik sehr unterschiedlich und damit schwer abzuschätzen ist, ist ein Kontingent von ein bis drei Sitzungen vorgesehen.

Sollte sich während oder am Ende der Diagnostik die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie herausstellen, kann zu probatorischen Sitzungen übergeleitet werden, wobei die Sitzungen für die frühzeitige diagnostische Abklärung angerechnet werden.

Akutversorgung (AV)

Akutversorgung kommt in dringlichen Fällen in Frage, z.B. um Patienten in akuten Krisen schnell behandeln zu können oder um Arbeitsunfähigkeit abzuwenden. Die Beurteilung der Dringlichkeit sollte den Psychotherapeuten im Austausch mit zuweisenden Stellen überlassen bleiben. Allgemeingültige objektive Kriterien dürften sich schwerlich finden lassen und die Diagnose allein rechtfertigt – mit Ausnahme akuter Belastungsreaktionen – noch keine Dringlichkeit. Die Akutversorgung nach unserem Vorschlag sollte innerhalb von 14 Tagen nach Zuweisung eingeleitet werden und sie sollte einschließlich der FDA bis zu 15 Sitzungen umfassen. AV ist kein „Add on“, sondern die in der Phase der AV verwendeten Sitzungen werden auf die erste Phase einer gegebenenfalls folgenden Richtlinienpsychotherapie angerechnet. Beispiel: In der AV wird nach 10 Sitzungen festgestellt, dass eine Richtlinienpsychotherapie

indiziert ist. Später werden dann vom ersten Kontingent der Richtlinienpsychotherapie 10 Sitzungen abgezogen.²

Psychoedukative Gruppentherapie (PEGTh)

Anstelle der AV kann auch eine themenbezogene psychoedukative Gruppentherapie im Umfang von bis zu 15 Doppelsitzungen mit beschränkter Zielsetzung durchgeführt werden. Entsprechende Programme sowohl für psychische Störungen als auch für die begleitende psychologische/psychosoziale Behandlung in Gebieten wie der Psychodiabetologie, Psychokardiologie, Psychoonkologie, Asthma sind in Vielzahl vorhanden.

Probatorische Sitzungen (P)

In § 11 Abs.12 der Psychotherapie-Vereinbarung wird der Zweck der probatorischen Sitzungen definiert: „Probatorische Sitzungen dienen ausschließlich dem Zweck festzustellen, ob ein Antrag und gegebenenfalls welcher auf Psychotherapie gestellt werden soll.“ Außerdem soll geprüft werden, ob sich eine tragfähige therapeutische Beziehung entwickeln lässt, ob die Patienten ausreichend motiviert und umstellungsfähig sind und mit welchem Störungs- und Behandlungskonzept die Psychotherapie beantragt werden kann. Der diagnostische Zweck ist somit ein anderer als bei der FDA. Wenn bereits eine FDA durchgeführt worden ist, werden die dafür verwendeten Sitzungen auf die Anzahl der probatorischen Sitzungen angerechnet. Denn es kann unterstellt werden, dass bereits in der FDA Erkenntnisse gewonnen werden, die für die

² Ein ähnliches Modell ist bereits in der Beihilfeverordnung eingeführt: In der Verhaltenstherapie können 10 Sitzungen ohne das übliche Voranerkennungsverfahren abgerechnet werden. Wird festgestellt, dass 10 Sitzungen nicht ausreichen, wird ein Antrag für eine Langzeittherapie unter Abzug der bisher verbrachten Sitzungen gestellt.

Indikationsentscheidung in der probatorischen Phase verwendbar sind. Im gleichen Sinne kann auf probatorische Sitzungen verzichtet werden, wenn davor AV durchgeführt wurde. Auch hier kann unterstellt werden, dass die in der AV-Phase erzielten Erkenntnisse über die Indikation einer Psychotherapie ausreichen.

Richtlinienpsychotherapie (RPT)

Das Modell einer gestuften Versorgung benötigt insofern eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, als vom Kontingent des ersten Bewilligungsschrittes bisher gegebenenfalls verwendete Sitzungen einer AV abgezogen werden. Ansonsten berührt das Modell einer gestuften Versorgung die Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinie nicht, es sei denn, das Modell wird insgesamt in der Psychotherapie-Richtlinie verortet und es wäre gewünscht, weitere Bedingungen wie z.B. das Gutachterverfahren oder die Kontingente zu verändern (s.u.).

Erhaltungstherapie (ET) bzw. Rezidivprophylaxe

Wie eingangs erwähnt, nimmt die Anzahl chronisch psychisch Kranker, die zur ambulanten Behandlung kommen, zu. Für Patienten, bei denen sich die Therapieziele auf den Erhalt einer relativen Stabilität richten, wie z.B. bei bestimmten Formen der Schizophrenie, bei chronischer Depression oder zum Teil bei Persönlichkeitsstörungen, ist das episodische Verständnis von Behandlung wie es derzeit in der Psychotherapie-Richtlinie verankert ist wenig geeignet. Es fehlen, analog zur pharmazeutischen Medizin, Möglichkeiten einer „Erhaltungstherapie“ zum Erhalt der in einer vorausgegangenen Richtlinienpsychotherapie erreichten Stabilität. Erhaltungstherapie in diesem Sinne ist keine stützende „psychosomatische Grundversorgung“ mit eher rudimentärem Störungsverständnis, sondern eine niederfrequente Psychotherapie auf der Grundlage eines gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten und vereinbarten differenzierten Störungsverständnisses (z.B. im Sinne eines individuell ausgearbeiteten Vulnerabilitäts-Stress-Modells). „Rezidivprophylaxe“ ist eine Behandlungsform, die dazu dienen soll, die mit einer Richtlinienpsychotherapie erreichte Symptomreduktion oder -freiheit möglichst langfristig zu erhalten. In der NVL Depression ist die „Rezidivprophylaxe“ bzw. „Erhaltungstherapie“ ein wichtiges Modul in der Behandlung von Depressionen (die Begriffe werden dort synonym verwendet): „Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden“ (Empfehlung 3-48).

Unser Modell sieht 12 Einzelsitzungen bzw. 24 Doppelsitzungen Gruppentherapie im Jahr vor. Diese Sitzungen können je nach Bedarf über das Jahr verteilt werden. Eine Genehmigung der Krankenkasse sollte für mehrere Jahre gelten.

Fazit und offene Fragen

Weil die psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Behandlungen der Psychotherapeuten zeitgetaktet und jede Leistung mit Mindestzeiten versehen ist und weil der zeitliche Einsatz der Psychotherapeuten konstant ist, führt das Modell der gestuften Versorgung nicht zu einer Ausweitung der Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten. Es führt auch nicht zu einer Ausweitung des zeitlichen Aufwandes je Patient/in, was durch die verschiedenen Verrechnungen der Kontingente gesichert wird. Im Gegenteil ist davon auszugehen, dass die klare und zum Teil begrenzte Zielplanung Zeitaufwände in begrenztem Maße einspart. Mehrere Fragen sind aktuell noch in der Beratung:

Welche Modifikationen sind notwendig für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen? Die Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) hat Vorschläge gemacht, zusätzliche Sitzungen für die Bezugspersonen vorzusehen und wegen der aufwendigeren Diagnostik die FDA zu erweitern.

Sollen die hier vorgeschlagenen neuen Behandlungsmodule in der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden oder würde eine bundesmantelvertragliche Regelung analog zum Anhang „Psychotherapie-Vereinbarung“ des BMV ausreichen? Für ersteres spräche der höhere Grad der Verbindlichkeit der Regelung.

Welches Modul soll nur anzeigepflichtig, welches genehmigungspflichtig sein? Auf dem Hintergrund der BSG-Rechtsprechung zur Vergütung der Psychotherapie ist die Genehmigungspflicht eine unverzichtbare Bedingung, wenn bei diesen Gesprächsleistungen auch der Schutz der BSG-Rechtsprechung gelten sollte. Andererseits darf eine Genehmigungspflicht nicht mit der Auflage des Gutachterverfahrens verknüpft sein, sonst ließe sich z.B. die Akutversorgung nicht zeitnah und unbürokratisch anbieten. Wenn alternativ lediglich eine Anzeigepflicht vorgesehen sein sollte, wie es die Krankenkassen vorschlagen, müsste die Festlegung der Vergütung so „wasserdicht“ sein, dass nicht nur ein Verfall der Vergütung, sondern auch eine regelmäßige Anpassung der Höhe nach den Grundsätzen der BSG-Rechtsprechung auf Dauer sicher ist. Außerdem muss gesichert sein, dass der obligatorische Konsiliarbericht weiterhin nur für die Psychotherapie im Sinne der bestehenden Psychotherapie-Richtlinie erforderlich ist, d.h. dass er ergänzend der somatischen Abklärung dient. Die derzeitigen Konsiliarberichte erfüllen leider in den meisten Fällen nicht ihre Aufgabe. So schlägt das Modell der gestuften Versorgung hier die gezielte Einholung der relevanten somatischen Befunde im Rahmen der FDA vor.

Weil angesichts des hohen Bedarfs die meisten Psychotherapeuten mit Einführung des Modells von Anfragen nach Akutinterventionen (S, FDA, AV) überschwemmt würden, müsste das Regelwerk Begrenzungen je Psychotherapeut/in vorsehen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass Therapieplätze für reguläre Psychotherapien verknappert würden.

Sicher eine wesentliche Frage ist die der Vergütung der Module. Hier sollte ein deutlicher Anreiz für frühzeitige Interventionen und für die Diagnostik gesetzt werden, ohne dass die Vergütungen für die reguläre Richtlinienpsychotherapie oder für Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe gesenkt würden. Auf keinen Fall dürfen die Vergütungsanreize so gesetzt werden, dass Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf benachteiligt werden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass das Modell einer gestuften Versorgung zusätzliches Geld kostet. Angesichts der enormen Folgekosten psychischer Krankheiten durch AU-Zeiten, Krankenhausbehandlungen, medikamentöser Fehlbehandlungen und Frühberentungen ist Psychotherapie immer noch eine günstige Leistung. Das dafür investierte zusätzliche Geld ist gut investiertes Geld. ■

Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut, stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Vorsitzender des Beratenden Ausschusses Psychotherapie in der KBV und Mitglied in der Vertreterversammlung der KBV.

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.