



Hamburg, Berlin, den 17.12.2013

Stellungnahme der DGPT, des bvvp und der VAKJP zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes

„Positionspapier zur Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie“

Am 27.11.2013 hat der GKV-Spitzenverband ein „Positionspapier zur Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie - Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen“ vorgelegt. Das vorgeschlagene Maßnahmenbündel dient dem erklärten Ziel, „für alle Versicherten weiterhin einen möglichst guten, niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten, ohne die Versichertengemeinschaft der GKV finanziell zu überfordern“. Dabei sollen mit Sprechstundentätigkeiten der Psychotherapeuten eine Verbesserung der Akutversorgung erreicht und zugleich ein Anstieg der Ausgaben für Psychotherapie verhindert werden. Zur Finanzierung sollen Umstrukturierungen sowohl bei der Bedarfsplanung als auch bei der Richtlinien-therapie erreicht werden.

Hinsichtlich der Bedarfsentwicklung werden Unter- und Überversorgung sowie Fehlallokationen im Bereich psychotherapeutischer Versorgung unterstellt, die behoben werden soll, indem Versorgungssitze in nominell überversorgten Regionen nicht nachbesetzt werden. Dabei geraten mehrere bereits im Rahmen der Beratungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes explizierte Aspekte aus dem Blickfeld:

- dass die nominelle Überversorgung in den meisten Gebieten ein Artefakt der historischen Sitzverteilungssituation bei Einführung der Bedarfsplanung für Psychotherapie darstellt,
- dass insbesondere die großen Städte umliegende Regionen mitversorgen,
- dass erwachsene Patienten zur Vermeidung von Sozialkontrolle weitere Wege auf sich nehmen,
- dass mit erweiterten Versorgungsaufgaben durch Sprechstundentätigkeit bei gleichzeitiger Reduktion der Sitze eine Erhöhung von Versorgungsengpässen und Wartezeiten provoziert würde,
- dass die Annahme, eine Verkürzung der Therapiedauer sei Ausdruck einer Besserung oder Heilung, unhaltbar ist und dass es im Gegenteil für einen positiven Verlauf der Behandlung sprechen kann, wenn Patienten dazu bereit sind, sich auf eine gründlichere und damit längerfristige Behandlung einzulassen,



- dass es auch in so genannten überversorgten Bereichen, zum Beispiel in Universitätsstädten, erhebliche Wartezeiten bis zum Zu-Stande-Kommen eines Erstkontaktes gibt und Langzeitpsychotherapieplätze Mangelware sind.

Reale Überversorgung kann nur durch regionale Analysen festgestellt werden, wenn man nicht Versorgungsverschlechterungen riskieren will.

Zur Finanzierung von Akuttherapie und Sprechstundenleistungen soll des Weiteren eine grundsätzliche Neustrukturierung der psychotherapeutischen Versorgung eingeführt werden. Nach 1 – 2 verpflichtenden Akutsprechstunden (als Erstkontakte mit einer überwiegend diagnostischen und beratenden Aufgabe) sind 3 Probatorische Sitzungen und anschließend 12 Stunden Akuttherapie (T1) vorgesehen, die antragsfrei, aber anzeigepflichtig jedem Patienten zustehen sollen. Dadurch sollen „Anreize geschaffen werden, leichte psychische Störungen mit Krankheitswert möglichst schnell zu heilen oder zumindest zu lindern“ und „dauerhafte Anreize für eine Absenkung der Therapiedauer“ gesetzt werden. Erst nach einer obligatorischen 6-wöchigen Wartezeit soll dann ein weiteres, ebenfalls nur anzeigepflichtiges Kontingent von weiteren 10 Stunden Psychotherapie (T2) abrufbar sein.

Bereits jetzt werden ca. 60 % aller Behandlungen nach den Psychotherapierichtlinien innerhalb des Kontingents von 25 Stunden beendet. Alle aktuellen Studien zur Versorgungssituation weisen aus, dass ganz überwiegend Patienten mit mittlerer bis schwerer psychischer Störungsbelastung zur Therapie kommen. Die einschlägigen Leitlinien (z.B. NVL unipolare Depression, S3 LL Angststörungen) gehen von variablen Zeiten der Akuttherapien, von längeren Behandlungsdauern bei Komorbidität und von Durchführung von Akut- und Erhaltungstherapien in einem Guss aus. Die Aussicht auf Unterbrechung würde die Entwicklung der für den Behandlungserfolg entscheidend wichtigen therapeutischen Beziehung behindern und den Patienten mitunter krisenhaften Situationen aussetzen.

Somit ist die vorgeschlagenen Strukturierung (T1 und T2) mit Unterbrechung laufender Therapien nicht erforderlich, nicht leitliniengerecht und weder therapeutisch noch ethisch vertretbar. Der mit den Portionierungen beabsichtigte Druck auf Patient und Therapeut und die regelhafte Unterbrechung laufender Therapien würden zwangsläufig bei vielen Patienten zu unberechenbaren negativen Auswirkungen auf den Therapieverlauf und die Heilungschancen führen. Eine Versorgungsverschlechterung und höhere Kosten wären die absehbaren Folgen.

Die bei schweren Störungen vorgeschlagene Umgehung der 6-wöchige Wartezeit (der sog. Bypass) bedeutet für das Gros der von der KZT-Gutachterpflicht befreiten PsychotherapeutInnen eine auf die 15. Sitzung vorgezogene Berichtspflicht im Gutachterverfahren. Für Therapeuten und Patienten ergeben sich dadurch neue



bürokratische Hürden, für die Krankenkassen – soweit Psychotherapeuten sich nicht entgegen Behandlungserfordernissen abschrecken lassen – Mehrausgaben für das Antrags- und Gutachterverfahren.

Offensichtlich inkonsistent stellt sich die Haltung zu den erforderlichen Dauern der Langzeittherapien dar. Eine Absicht, Langzeittherapien einschränken zu wollen, wird zwar in Abrede gestellt. Aber zugleich wird eine allgemeine Herabsetzung der Regeldauer von Psychotherapien auf 50 Sitzungen vorgeschlagen, was eine empfindliche Beschneidung der bisherigen Kontingente bedeuten und insbesondere Indikationsentscheidungen zur Behandlung schwer kranker Patienten erschweren würde. Ein Behandlungsbeginn ohne sichere Abschätzungsmöglichkeit, ob eine hinreichende Behandlungsdauer überhaupt zur Verfügung steht, wäre hochproblematisch und im Rahmen einer auf der Basis einer therapeutischen Regression basierenden analytischen Psychotherapie sogar ein Kunstfehler, vergleichbar damit, dass mitten in einer Operation aus Rationierungsgründen der Strom ausfällt. Die weiteren Behandlungsschritte in einer LZT sollen zwar je nach Einzelfall im Gutachterverfahren festgelegt werden, jedoch sind weitere Kontingentierungen samt maximaler Behandlungsdauer nicht konzipiert.

Den Vorschlägen insgesamt liegen Annahmen zugrunde, PsychotherapeutInnen behandeln ihre PatientInnen länger als notwendig und Patienten nähmen unnötigerweise Leistungen in Anspruch. Diese Annahmen werden durch die Ergebnisse der aktuellen Studien zur Versorgungssituation widerlegt. Die Annahmen stellen ein Globalmisstrauen einer Fachgruppe und einem Fachgebiet gegenüber dar, das besser untersucht und qualitätsgesichert (Gutachterverfahren, 60% Supervision/Intervision!) arbeitet als die meisten anderen Fachgruppen. De facto müssen angesichts der hohen Indikationsqualität die angedachten Kürzungsabsichten zwangsläufig zu schädlichen Einschnitten in die Patientenversorgung führen, mit nachfolgend höheren medizinischen Versorgungskosten.

Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbands verstehen sich als erste Positionierung einer als offen konzipierten Diskussion. Das ist gut und auch notwendig. Die unterzeichnenden Verbände sehen einen hohen Informations- und Diskussionsbedarf und halten eine Auseinandersetzung unter Einbezug aller fachlichen und versorgungspolitischen Gesichtspunkte für dringend geboten. Zur Verbesserung aktueller Versorgungsprobleme und Förderung von Erstkontakten und Sprechstundentätigkeit sind adäquate Vergütungsbedingungen und Modelle zu entwickeln, die Versorgungsverbesserungen ermöglichen. Die unterzeichnenden Berufs- und Fachverbände ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind bereit, diese Diskussion um eine bessere psychotherapeutische Versorgung zu führen und in eine engagierte Auseinandersetzung mit dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen zu treten.