

Positionspapier

Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen

Dr. Thomas Uhlemann, Dr. Julian Dilling

Stand: 27.11.2013

Vorbemerkung

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitsbedingte Frühberentungen werden in den letzten Jahren immer häufiger mit psychischen Erkrankungen begründet. Verschiedene wissenschaftliche Studien und auch systematische epidemiologische Erhebungen wie der Bundesgesundheitsurvey sowie Auswertungen von Abrechnungsdaten der Krankenkassen sprechen gegen die Annahme einer Erhöhung der Neuerkrankungen in den letzten Jahren. Unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob sich die Morbidität im Bereich psychischer Erkrankungen wirklich erhöht hat oder annähernd konstant bleibt, ist deshalb zu prüfen, ob das derzeitige Versorgungs- und Behandlungsangebot den heutigen Anforderungen anzupassen ist.

Versicherte, die heute einen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen wollen, haben einen einfacheren Zugang zum Spezialisten als früher und sie treffen auf ein vielfältiges Angebot. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind inzwischen in die vertragsärztlichen Strukturen integriert und bieten zusammen mit den ärztlichen Psychotherapeuten ein breitgefächertes Angebot an ambulanter Psychotherapie sozialrechtlich verankert an.

Seitens der Patienten ist die Akzeptanz von Psychotherapie als Behandlungsverfahren bei psychischen Störungen in den letzten Jahren deutlich gestiegen; die grundsätzliche Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird nicht mehr in gleichem Maß wie früher tabuisiert. Allein in der ambulanten Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten werden mittlerweile pro Jahr ca. eine Million Patienten behandelt.

Dennoch ist die Versorgung offensichtlich noch nicht ganz so, wie es aus Sicht verschiedener an der Versorgung und Behandlung beteiligter Gruppen wünschenswert wäre.

Bei aller Kritik ist zu bedenken, dass Deutschland u.a. über ein beispiellos dicht ausgebautes, differenziertes und qualitativ hochwertiges System der psychotherapeutischen Versorgung verfügt, das weitestgehend durch die gesetzlichen Sozialversicherungssys-



teme, d. h., durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Rentenversicherung finanziert wird.

Versicherte erhalten die erforderliche psychotherapeutische Behandlung aufgrund des Solidarprinzips unabhängig von der jeweiligen individuellen Beitragszahlung. Einen Leistungsausschluss aufgrund von Vorerkrankungen gibt es, anders als bei der privaten Krankenversicherung, nicht. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie konstatiert zudem eine im internationalen Vergleich herausragende Integration der Psychotherapie in die allgemeine Krankenversorgung.

Um auch in Deutschland zweifellos bestehende Unterschiede in der Versorgung der einzelnen Regionen zu vermindern und um den sich ändernden Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen, muss das bestehende System jedoch weiterentwickelt werden. Denn für alle Versicherten soll weiterhin ein möglichst guter, niedrighschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, ohne die Versichertengemeinschaft der GKV finanziell zu überfordern.

Es wird es deshalb darauf ankommen, das psychotherapeutische Leistungsangebot zu konsolidieren und so zu strukturieren, dass den gesetzlich Versicherten auch in Zukunft ein inhaltlich überzeugendes, qualitativ hochwertiges und zugleich wirtschaftliches Angebot bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden kann.

In den folgenden Überlegungen geht es zunächst um eine Weiterentwicklung des Angebots im ambulanten psychotherapeutischen Bereich; Rahmenbedingungen auf der Angebotsseite werden hier durch die Bedarfsplanung und die gesetzlichen Vorgaben der Qualitätssicherung gesetzt.

Versorgung mit Psychotherapie – Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung dient der Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen (§ 92 Abs. 1 SGB V, § 99 SGB V). Hierzu gehört auch, eine sachgerechte Verteilung des Leistungsangebotes im Raum zu gewährleisten. Der räumliche Bezug dieser Planung liegt für Psychotherapeuten in Landkreisen und kreisfreien Städten, die bestimmten, vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung entwickelten Versorgungstypen zugeordnet werden können.

Neben der Verteilung der Sitze im Raum ist es Ziel der Bedarfsplanung, die Anzahl der Psychotherapeuten in einem bestimmten Zielkorridor zwischen definierten Grenzen zur Über- bzw. Unterversorgung zu halten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt als untergesetzlicher Normgeber hierfür Verhältniszahlen fest.

Verteilungsprobleme lösen – rechtliche Limitierungen abbauen

Die psychotherapeutische Versorgung ist nicht in allen Gegenden so, wie es wünschenswert wäre. In großstädtischen Ballungsräumen und vielen (Universitäts-) Städten, in denen sich Ausbildungseinrichtungen befinden, beträgt die Dichte an Psychotherapeuten ein Vielfaches dessen, was zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) vereinbart worden ist.

Parallel zu der fast flächendeckenden Überversorgung fehlen ggf. Psychotherapeuten im Versorgungsangebot in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in strukturschwachen Regionen abseits von Groß- und Mittelstädten. Die großen regionalen Unterschiede und das Stadt-Land-Gefälle in der Versorgungsdichte mit Psychotherapeuten sind vor allem darauf zurückzuführen, dass Praxen bevorzugt in Großstädten bzw. in Städten mit Ausbildungseinrichtungen eröffnet wurden. Zudem gibt es nach wie vor erhebliche Unterschiede in der Angebotsdichte und der Angebotsstruktur zwischen den östlichen und den westlichen Bundesländern.

Hier gilt es, auf einen stärkeren Ausgleich zu dringen. Die deutliche Ausweitung der Anzahl der Sitze für Psychotherapeuten im Zuge der neuen Bedarfsplanung ab 2013 zielt deshalb auch in erster Linie auf einen Abbau des Versorgungsgefälles zwischen städtischen und ländlichen Regionen ab; die Versorgung wird sich in dieser Hinsicht deutlich verbessern.

Folgt man den Intentionen des Bundesgesetzgebers könnten sich weitere Verbesserungen mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) dadurch ergeben, dass in Zukunft auf regionaler Ebene bei der Verteilung der Sitze eine Feinsteuerung vorgenommen wird; hierbei können besondere regionale Versorgungsbedarfe berücksichtigt werden und damit regionale Fehlverteilungen ggf. ausgeglichen werden. Fraglich bleibt allerdings, ob von der neuen gestaltenden Rolle der Landesebene eine wirkliche Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist oder ob letztlich nur eine Konkurrenz der Regionen um Arzt- und Psychotherapeutensitze ausgelöst wird, bei der es am Ende Gewinner – und natürlich auch Verlierer geben wird.

Um die Verteilung von Sitzen für Psychotherapeuten seitens der Selbstverwaltung tatsächlich stärker steuern zu können ist es dringend geboten, bestimmte rechtliche Restriktionen abzubauen. Vor allem müssten die Bestimmungen des § 103 Absatz 4 SGB V (Nachbesetzungsrecht) überarbeitet oder abgeschafft werden. Demnach können Praxen vereinfacht gesagt – verkauft, verschenkt und über den Tod des Praxisinhabers hinaus vererbt werden, womit eine flexible, an veränderten Versorgungsbedarfen orientierte Planung auch für das psychotherapeutische Angebot unnötig erschwert wird. Darüber hinaus ist das Verhältnis von Zulassung und Versorgungsauftrag grundsätzlich zu regeln und dem G-BA bzw. der Landesebene (Landesausschüsse, Zulassungsausschüsse) Möglichkeiten zu eröffnen, Zulassungen weitgehender als bisher befristet auszusprechen.

Versorgung mit Psychotherapie – Struktur und Qualitätssicherung des Angebots

Die folgenden Überlegungen zur Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Angebots und dessen Qualitätssicherung bündeln die aktuellen Diskussionen bei den Krankenkassen. Generelles Ziel der Überlegungen ist es, die Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen voranzubringen und praktikable Lösungen für identifizierte Versorgungsprobleme zu erarbeiten.

Aufgegriffen werden zentrale Probleme der Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung (u. a. Wartezeiten, Zugangsmöglichkeiten, mangelnde Indikationsbezogenheit der Zuweisung, lange Behandlungsdauer). Die nachstehende Auflistung möglicher Maßnahmen stellt den aktuellen Diskussionsstand dar und ist nicht abschließend.

Bei der Weiterentwicklung des Angebots wird es zunächst darum gehen, den Gestaltungsspielraum bestehender Regelungen auszuschöpfen, ehe neue gesetzliche Vorgaben angemahnt werden. Angepasst werden müssen die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL), die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) und ggf. der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sowie die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL).

Dennoch wird es sich nicht vermeiden lassen, dass der Gesetzgeber bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen in einigen Punkten, insbesondere bei der sektorübergreifenden Planung, beim Zulassungsrecht und bei erforderlichen Maßnahmen für den Abbau von Überversorgung, so modifiziert, dass eine nachhaltige Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Versorgungsangebots tragfähig umgesetzt werden kann.

Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Verschiedene Gesetze verpflichten zur Qualitätssicherung bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen (u. a. §§ 135–137 SGB V), untergesetzliche Normen operationalisieren gesetzliche Vorgaben (u. a. G-BA 2005: Qualitätsmanagement-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung).

In der Psychotherapie stehen für Qualitätssicherung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit Konsiliarberichte, Vorgespräche (probatorische Sitzungen) und das Gutachterverfahren zur Verfügung.

Das etablierte Gutachterverfahren gemäß § 26 PT-Richtlinie und § 12 PT-Vereinbarung trägt in der heutigen Fassung allerdings nur bedingt zur Qualitätssicherung bei. Vor allem gibt es keine Prüfung der Prozessqualität, keine Messung der Ergebnisqualität (keinen Abschlussbericht, keine Zielerreichungsprüfung) und es ist zudem teuer. Es ist deshalb unbedingt notwendig und auch krankenkassenseits immer wieder gefordert worden, das Gutachterverfahren zumindest zu ändern und zu ergänzen oder aber durch eine völlig neue Qualitätssicherung zu ersetzen.

Denn bisher wird ein differenziertes, umfangreiches und teures Leistungsangebot, das international ohne Beispiel ist, in nur geringem Maße qualitätsgesichert erbracht. Von Evidenzbasierung und Innovationsoffenheit kann zurzeit kaum die Rede sein.

Strukturelle Vorschläge und Vorgaben, die – wie die neue Bedarfsplanung – die Anzahl von Psychotherapeutenstellen in ländlichen Gegenden mit dem Ziel größerer Verteilungsgerechtigkeit erhöhen, die auf neue Leistungsangebote abzielen oder den Auslastungsgrad von Psychotherapeuten vergrößern, müssen von prozess- und ergebnisorientierten Maßnahmen begleitet werden, die auf eine Verbesserung der Qualität des psychotherapeutischen Leistungsangebots abzielen. Zu nennen ist hier u. a. die immer noch geringe Indikationsbezogenheit der Zuweisung der Versicherten zu den einzelnen Therapieverfahren. Nicht jeder Versicherte erhält auch genau die Therapie, die zur Behandlung seiner Erkrankung sinnvoll und notwendig ist. Deshalb sollen zukünftig in den probatorischen Sitzungen und jeweils zu Beginn und Ende eines Therapieabschnitts psychometrische Instrumente eingesetzt werden und es sollte auch grundsätzlich geprüft werden, ob das Gutachterverfahren durch andere Formen der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung ergänzt oder abgelöst werden sollte.

Ziele einer Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie für erwachsene Versicherte – Maßnahmen zur Zielerreichung

Prämisse: Die Bundesrepublik verfügt im Bereich der ambulanten Psychotherapie über ein im internationalen Vergleich ungewöhnlich vielfältiges und dichtes Behandlungsangebot; es ist deshalb davon auszugehen, dass eine vergleichsweise optimale Versorgung der Versicherten mit den bestehenden finanziellen und personellen Kapazitäten möglich ist. Aus der Sicht der Krankenkassen ergibt sich daraus ein erstes Versorgungsziel:

Versorgungsziel 1: Die Sicherstellung der Versorgung ist mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen.

Maßnahme: Versorgungsgerechtigkeit bricht sich an Fehlallokationen und Wartezeiten. Hier gilt es insbesondere im Bereich der Bedarfsplanung eine bessere, bedarfsgerechte Verteilung der Psychotherapeuten in der Fläche zu erreichen, indem vor allem die Überversorgung in den Stadtstaaten sowie in Städten mit Ausbildungseinrichtungen abgebaut wird. Ein effizienterer Ressourceneinsatz könnte auch über die geplanten Sprechstunden der Psychotherapeuten befördert werden.

Prämisse: Das Angebot für psychisch Kranke in seiner heutigen Form ist sehr unübersichtlich und schlecht strukturiert. Für Patienten bedeutet das, dass sie weitgehend auf sich gestellt sind und nur schwer Anhaltspunkte für den richtigen Behandlungspfad finden können. Ein wichtiges Versorgungsziel ist daher für die Krankenkassen:

Versorgungsziel 2: Patienten müssen genauer über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten informiert und beraten werden; zudem ist eine verbesserte Basisdiagnostik der Patienten erforderlich, um die geforderte Beratung entsprechend kompetent leisten zu können.

Maßnahme: Je Krankheitsfall wird eine (maximal zwei) verpflichtende Sprechstunde(n) eingeführt, in der eine Anamnese erstellt wird, eine erste Diagnostik erfolgt und der Patient zu den verschiedenen Versorgungsangeboten informiert und beraten wird. Die Sprechstunde entfaltet damit eine Steuerungswirkung, kann aber ggf. auch zur Krisenintervention im Sinne eines niederschweligen Angebots eingesetzt werden. Ähnlich wie bei einem Arztbrief sollte dem Patienten ein Merkblatt mitgegeben werden, aus dem für den Patienten die möglichen Behandlungsalternativen und für den potentiellen Leistungserbringer der Grund für die Überleitung hervorgehen. Darüber hinaus ist eine Rückmeldung an die Krankenkasse vorgesehen.

Prämisse: Ein schneller Zugang zu professioneller Behandlung ist assoziiert mit geringeren AU-Zeiten. Psychotherapie per se führt jedoch nicht automatisch zu einer kürzeren Zeit der AU. Aber: Je früher jemand in AU mit einer Psychotherapie beginnt, umso kürzer scheint die Gesamtzeit der AU zu sein. Dieser Zusammenhang zeigt sich unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung und unabhängig vom Therapieverfahren. Weitere Untersuchungen und Datenanalysen sind erforderlich.

Versorgungsziel 3: Patienten mit psychischen Erkrankungen sollen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten erhalten.

Maßnahme: Gegenüber der heutigen Antragspflicht für Psychotherapie wird der Zugang zu einer Therapie mit einer Realisierung der Vorschläge der Krankenkassen erheblich vereinfacht. Jeder Versicherte kann zunächst direkt zu einem Psychotherapeuten in eine Sprechstunde gehen, in der die erforderliche Diagnostik ebenso wie eine individuelle Beratung erfolgt. Das Modell sieht bei den ersten beiden Therapiekontingenten nur eine Anzeigepflicht vor, so dass Versicherte/Patienten unbürokratisch und schnell in eine Psychotherapie gelangen können, wenn dies notwendig sein sollte

Prämisse: Datenauswertungen der Krankenkassen zeigen eine große Streuung bei der Therapiedauer über alle Richtlinienverfahren. Es sollen deshalb Anreize gesetzt werden, leichte psychische Störungen mit Krankheitswert in möglichst kurzer Zeit zu heilen oder zumindest zu lindern. Zugleich ist darauf zu achten, dass schwer kranke Patienten nicht schlechter gestellt werden. Es ergibt sich das folgende Versorgungsziel:

Versorgungsziel 4: Das Angebot an Psychotherapie muss zukünftig so strukturiert werden, dass Anreize zur Erbringung von Kurzzeittherapien nicht zur Vernachlässigung von Langzeittherapien führen.

Maßnahme: Aktuelle Datenauswertungen der Krankenkassen legen nahe, dass der Zuschnitt der Kontingentschritte deutliche Auswirkungen auf die Behandlungsdauer hat. Über zwei Drittel der Patienten in Psychotherapie beenden schon in der zur Zeit bestehenden Struktur ihre Therapie vor der 25. Therapiestunde. Die Kontingentierung ist zukünftig deshalb so zu bemessen, dass dauerhaft Anreize für eine Absenkung der Therapiedauer entstehen. Patienten mit schweren Erkrankungen, die eine Langzeittherapie benötigen, dürfen dabei jedoch nicht schlechter gestellt werden.

Gemeinsame Analysen der Krankenkassen, die mit Ergebnissen der Literatur zum Umfang und zur Dauer von Psychotherapien übereinstimmen, ergaben zudem, dass die hier vorgeschlagenen Kontingente in den einzelnen Therapiephasen (s. Graphik) angemessen konfiguriert sind. Da in allen drei Richtlinien-Verfahren die gleichen Patienten und Diagnosen behandelt werden, wurde die Verhaltenstherapie als Maßstab für die Kontingentierung zu Grunde gelegt. Gleichzeitig werden in Zukunft Anreize zur Verkürzung der Therapie gesetzt, indem die Inanspruchnahme von Probatorik plus erstem Therapiekontingent auf 15 Stunden insgesamt begrenzt wird. Entsprechend wird mit dem zweiten Therapiekontingent verfahren. Vor Überleitung in den zweiten Kontingentschritt, der die zur Verfügung stehende Therapiezeit auf 25 Stunden erweitert, ist eine Mindestwartezeit von 6 Wochen vorgesehen. Bei schweren Krankheitsverläufen kann in begründeten Ausnahmefällen eine direkte Zuweisung zur Langzeittherapie erfolgen.

In der Langzeittherapie befinden sich vorwiegend Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, so dass hier eine gute Versorgung gewährleistet sein muss, damit die Patienten nicht in die stationäre Versorgung wechseln müssen. Gleichzeitig sieht die Richtlinienpsychotherapie vor, dass die Behandlung auf die „Linderung von Krankheitsbeschwerden“, das „Heilen einer psychischen Erkrankung“ oder zumindest die „Verhütung der Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung“ abzielt und damit nicht zu einem Dauerzustand werden darf. Aus diesem Grunde wurde die jetzige Kontingentierung, die maximal 300 Stunden umfasst, modifiziert. Das zur Verfügung stehende Therapievolumen liegt nun grundsätzlich bei 50 Stunden. Weitere Therapiestunden sind dann – wie bislang – auf Grundlage einer Einzelfallentscheidung der Krankenkassen unter Gutachtereinbezug möglich.

Anzeigepflicht/Antragspflicht/Gutachten

Erst nach 25 Therapiestunden (inkl. Probatorik) entsteht eine Antragspflicht und das Gutachterverfahren wird obligatorisch. Dieser Schritt ist erforderlich, da es sich bei dem dritten Kontingent um das größte Kontingent handelt, das der Probatorik plus erstem und zweitem Therapiekontingent mit 25 Therapiestunden entspricht. Aus den gleichen Gründen ist bei den Einzelfallentscheidungen jeweils ein Antrag und der Einsatz eines ggf. noch zu modifizierenden Gutachterverfahrens erforderlich.

Prämisse: Die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung ist für die Krankenkassen von großer Bedeutung. Eine Reform des ambulanten psychotherapeutischen Leistungsangebots muss auch das Gutachterverfahren ergänzen bzw. weiterentwickeln; daher lautet ein Versorgungsziel der Krankenkassen:

Versorgungsziel 5: Verbesserte Qualitätssicherung der Leistungserbringung durch eine höhere Transparenz des Versorgungsgeschehens insgesamt.

Maßnahme: Der Einsatz psychometrischer Instrumente zu Beginn einer Therapie und nach jedem Therapieabschnitt trägt erheblich zur Qualitätssicherung bei bzw. ist das Qualitätssicherungsinstrument der Wahl, unabhängig von der Frage, ob eine Begutachtung erfolgt. Der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat bereits ein standardisiertes Instrument (Fragebogen) entwickelt, mit dem die Angemessenheit eines Psychotherapieverfahrens im individuellen Fall und der Erfolg einer Therapie objektiv eingeschätzt werden können. Dieses Instrument könnte eingesetzt werden, sobald ein Gesamtpaket Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie abgestimmt ist.

Einsatz psychometrischer Instrumente:



Der Einsatz psychometrischer Instrumente ist in der Probatorik, sowie nach T1, T2, T3 und EFE verpflichtend.

Die Auswertungen werden dem Bericht an den Gutachter angefügt.

Es ist über den Einsatz solcher Instrumente hinaus in jedem Fall sinnvoll, der Inanspruchnahme von Psychotherapie eine Sprechstunde bei einem Psychotherapeuten vorzuschalten, in der die unterschiedlichen Möglichkeiten des Umgangs mit einer psychischen Störung im Einzelfall aufgezeigt und abgewogen werden können. Nicht in allen Fällen ist eine Psychotherapie indiziert; manchmal wären ganz andere Versorgungsangebote adäquat, beispielsweise eine Selbsthilfegruppe oder eine stationäre Behandlung. Es geht bei der Sprechstunde, die als neue Leistung selbstverständlich evaluiert werden müsste, zunächst darum herauszufinden, ob eine Psychotherapie dem Patienten weiterhelfen könnte oder nicht.

Prämisse: Im Rahmen der Datenauswertungen der Kassen hat sich gezeigt, dass die psychotherapeutische Versorgung derzeit im Wesentlichen durch Einzeltherapien erfolgt. Heute finden nur etwa 2 % der Therapien im Gruppensetting statt. Dieser Umstand ist insofern kritisch zu sehen, als die Einzeltherapie wesentlich höhere Ressourcen erfordert und nicht davon auszugehen ist, dass eine Einzeltherapie in Abhängigkeit von der Indikation einer Gruppentherapie vorgezogen wird. Vielmehr ist der organisatorische Aufwand für eine Gruppentherapie für den Therapeuten deutlich höher; zudem macht die Therapie an sich von Seiten des Therapeuten ein erhöhtes Aufmerksamkeitsniveau erforderlich. Hieraus resultiert eine ineffiziente Nutzung von Ressourcen. Die Krankenkassen verfolgen daher das folgende Versorgungsziel:

- ▶ Stärkung der Versicherten durch erhöhte Transparenz; Ziel: Erreichung besserer Patientenmündigkeit durch Information und Beratung; Sub-Ziel: stärkere Indikationsbezogenheit der Behandlung, effiziente Ressourcennutzung.
- ▶ Ermöglichung eines zeitnahen Zugangs zu Psychotherapeuten; Sub-Ziele: Verringerung von Wartezeiten, Senkung von AU-Zeiten.
- ▶ Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch
 - Einrichtung einer vorgeschalteten, obligatorischen Sprechstunde für Beratung, Akutbehandlung, Krisenintervention etc. (min. 1, max. 2 Std. im Krankheitsfall)
 - weiterhin Pflicht zu probatorischen Sitzungen vor Beginn einer Psychotherapie (3 Std.)
 - Stärkere Differenzierung des Angebots durch Neufestsetzung der Behandlungskontingente und der Bewilligungsschritte (Vereinfachung, Entbürokratisierung); 1. Behandlungskontingent = 12 Std. PT, 2. Behandlungskontingent = 10 Std. PT, anschließende Langzeitkontingente (25 Std. PT plus Einzelfallentscheidungen)
 - Kurzzeitinterventionen (12 + 10 Stunden) sind lediglich anzeigepflichtig; eine Inanspruchnahme kann mittels KV-Karte erfolgen
 - Zwischen 1. und 2. Behandlungskontingent ist eine obligatorische Wartezeit von 6 Wochen vorgesehen (Bypassoption direkt zur Langzeittherapie in begründeten Fällen möglich)
 - Langzeittherapie bleibt antrags- und genehmigungspflichtig (Gutachterverfahren)
 - Sicherstellung von Kurz- und Langzeitinterventionen
 - Verbesserte Basisdiagnostik
 - Vorschaltung einer obligatorischen Mindestwartezeit (6 Wochen) vor dem 2. Therapiekontingent; direkter Anschluss einer LZT an die Probatorik weiterhin möglich (Gutachterverfahren)
 - Förderung von Gruppenpsychotherapie (u.a. zur Verminderung von Wartezeiten)
 - Qualitätssicherung der Versorgung durch Einbeziehung psychometrischer Instrumente zu Beginn und zum Ende jeder Therapie sowie vor und nach den Bewilligungsschritten bzw. in Ergänzung des Gutachterverfahrens (ohne gesonderte Vergütung).
- ▶ Verbesserung der Abstimmung des psychotherapeutischen Angebots mit anderen Versorgungsbereichen (präventiver, stationärer und rehabilitativer Bereich).
- ▶ Regelungen zur Vergütung:
 - Angestrebte Veränderungen der Vergütung werden ausgabenneutral gestaltet
 - Angemessene Vergütung der Sprechstunden
 - Vergütung der vorbereitenden Stunden (Probatorik) bleibt beim Status Quo

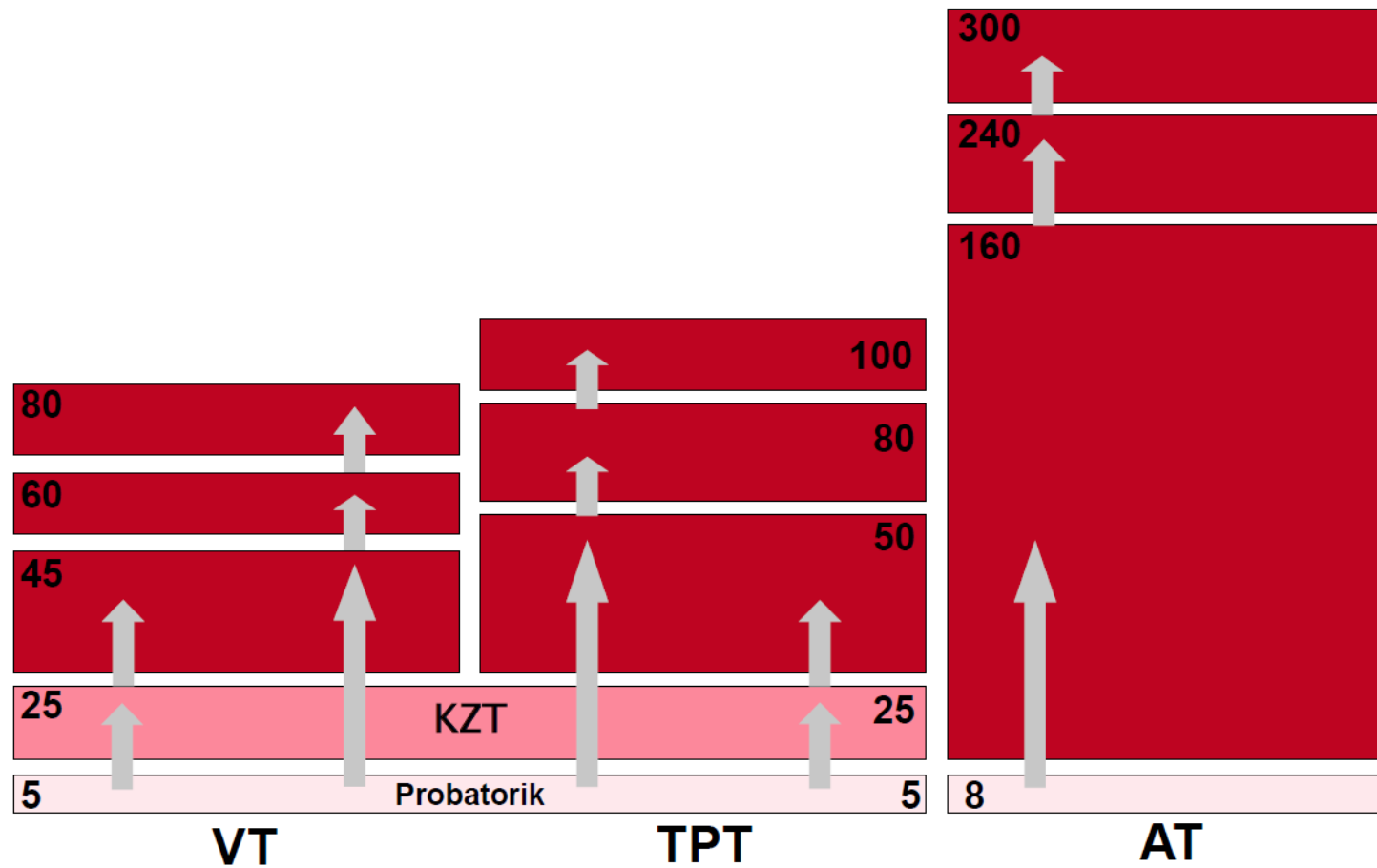
- Eine Differenzierung der Vergütung wird angestrebt (d.h. Absenkung genauso wie Aufwertung), so dass der Behandlungsbedarf angemessen berücksichtigt wird



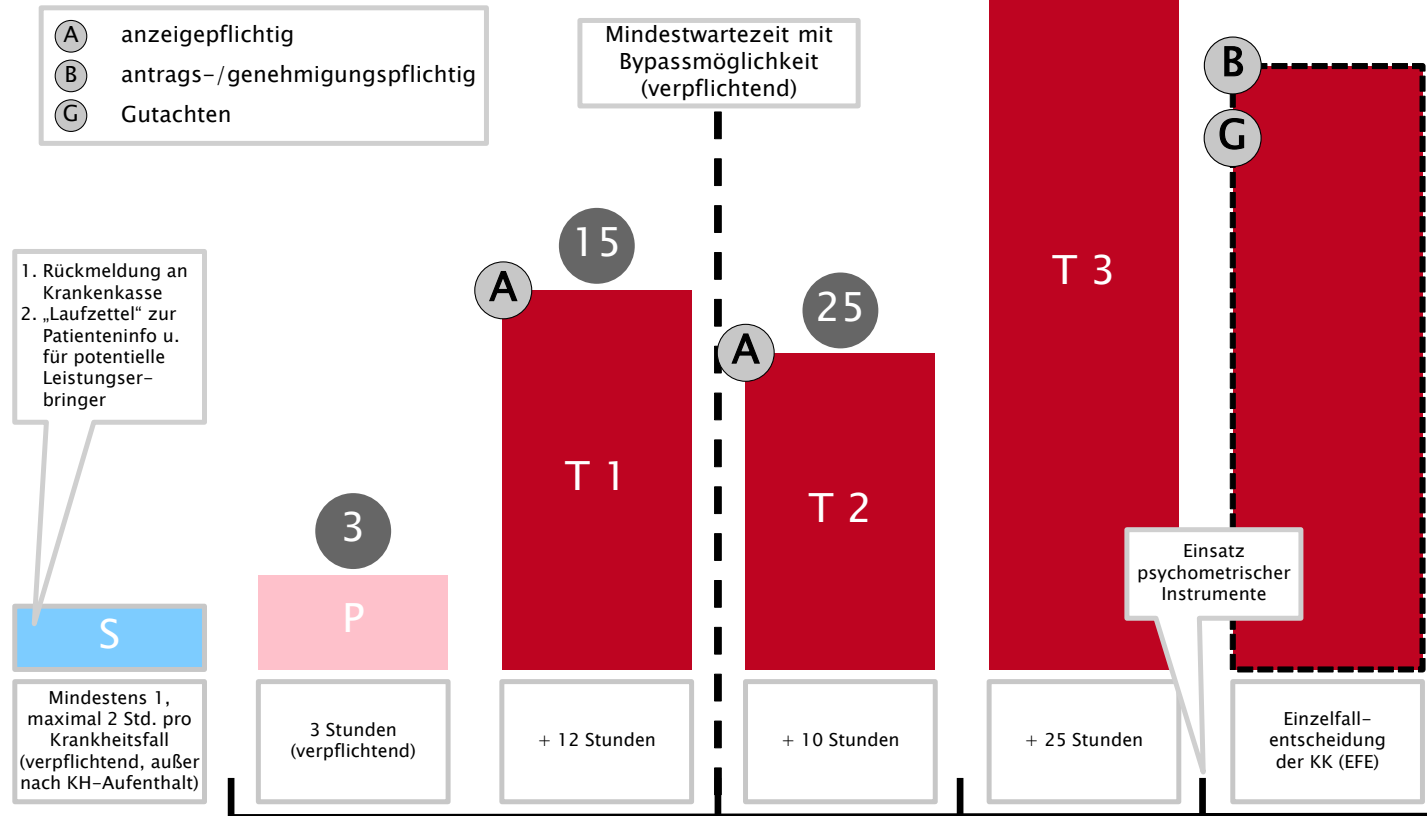
Status Quo: Kontingente/Bewilligungsschritte



Spitzenverband



Zukünftige Strukturierung – ambulante Psychotherapie



S= Sprechstunde für Beratung, Steuerung und ggf. Krisenintervention, P = Probatorik, T = Therapie; Std. entspr. jeweils 50 Minuten.