Ausführliche Version der Handlungsempfehlungen

Evaluation neu eingeführter Reformelemente

Unsere Studienergebnisse zeigen, wie die mit der Reform neu eingeführten Elemente in der Versorgungsrealität umgesetzt werden. Die dringende Notwendigkeit von Veränderungen wurde besonders deutlich hinsichtlich der

- Fusionierung der KZT 1 und 2 (Nr. 2)
- Rezidivprophylaxe als Zusatzkontingent (Nr. 3)
- Flexibilisierung der telefonischen Erreichbarkeit (Nr. 4)

Fusionierung der KZT 1 und 2 (Nr. 2): §29 der Psychotherapie-Richtlinie sieht seit der Reform eine Teilung der KZT in zwei Bewilligungsschritte vor, weswegen nach 12 Behandlungsstunden eine erneute Beantragung für die KZT erforderlich ist. Die in unserer Studie befragten Psychotherapeut*innen sahen in der erneuten Beantragung mitunter einen sinnlosen Mehraufwand, da eine KZT im Regelfall nicht nach 12 Behandlungsstunden beendet sei. Manche sahen darin die Unterstellung, Therapien unnötig in die Länge zu ziehen. Mit der Fusionierung der KZTen könnten Psychotherapeut*innen nicht nur zeitlichen Aufwand einsparen: Unsere Bürokratiekostenermittlung zeigte, dass damit auch die Kosten für die Beantragung von KZTen gesenkt werden könnten. Daher empfehlen wir, die KZT 1 und 2 wieder zu fusionieren. Dafür fand sich auch im Rahmen der Abschlusskonferenz ein breiter Konsens.
Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Rezidivprophylaxe als Zusatzkontingent (Nr. 3): Im §14 Abs. 2 der Psychotherapierichtlinie wird geregelt, dass für die Rezidivprophylaxe Stunden aus dem bewilligten Behandlungskontingent verwendet werden. Psychotherapeut*innen kritisierten, dass für die Rezidivprophylaxe Stunden des bewilligten Behandlungskontingentes abgezogen werden. Daher empfehlen wir, dass für die Rezidivprophylaxe ein zusätzliches Stundenkontingent zu Verfügung gestellt wird. Konkret bedeutet dies: bei mindestens 40 Stunden LZT zusätzlich maximal 8 Stunden Rezidivprophylaxe, bei mindestens 60 Stunden LZT zusätzlich maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe.
Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Flexibilisierung der telefonischen Erreichbarkeit (Nr. 4): §1 Abs. 8 der Psychotherapierichtlinie schreibt, neben der Dauer der telefonischen Erreichbarkeit, auch vor, dass diese zu festgelegten Zeiten stattfinden sollen. Nachteile dieser Regelung wurden in unserer Studie sowohl aus der Sicht von Psychotherapeut*innen als auch von Patient*innen und Zuweiser*innen deutlich. Erstere kritisierten u.a. die fehlende Flexibilität, die sich mitunter nachteilig für Patient*innen auswirke (z. B. wenn diese in den festgelegten Erreichbarkeitszeiten nicht telefonieren können). Zudem berichteten die Psychotherapeut*innen, dass Patient*innen auch außerhalb der Sprechzeiten anrufen würden. Patient*innen und Zuweiser*innen berichteten Probleme mit der Erreichbarkeit bzw. der unterschiedlichen Erreichbarkeitszeiten von Psychotherapeut*innen. Auch im Rahmen der Abschlusskonferenz wurde die Reduktion der Belastungen für Psychotherapeut*innen kontrovers diskutiert. Um für alle Seiten eine Verbesserung zu erreichen, empfehlen wir eine Flexibilisierung der telefonischen Sprechzeiten unter Gewährleistung von guter Erreichbarkeit. So können Psychotherapeut*innen beispielsweise auf Rückruf- oder Terminwünsche von Patient*innen besser eingehen.
Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Empfehlungen zu bestehenden Versorgungselementen

In Bezug auf die bestehenden Versorgungselemente ermittelten wir in unserer Studie Handlungsbedarf hinsichtlich:

- Abschaffung der Verpflichtung zur Einholung eines Konsiliarberichts (Nr. 8)
- Anpassung Vergütungsmaßstab bei der Therapiebeantragung (Nr. 7)

Abschaffung der Verpflichtung zur Einholung eines Konsiliarberichts (Nr. 8): Das Sozialgesetzbuch V §28 Abs. 3 schreibt das Einholen eines Konsiliarberichts als Voraussetzung für den Beginn einer Psychotherapie vor. Unsere Studienergebnisse zeigen, dass der Konsiliarbericht von Psychotherapeut*innen mitunter als bürokratische Hürde mit wenig Mehrwert angesehen wird, die den Beginn einer Psychotherapie verzögern kann (z. B. dann, wenn Patient*innen mit der Vereinbarung eines Zusatztermins überfordert sind oder Termine bei ärztlichen Zuweiser*innen zusätzliche Wartezeit verursachen). Um Verzögerungen des Therapiebeginns sowie Bürokratieaufwände zu reduzieren, empfehlen wir die Abschaffung des Konsiliarberichts als notwendige Voraussetzung für den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie. Es sollte die Möglichkeit bestehen bleiben, den Konsiliarbericht im Bedarfsfall anfordern zu können.
Adressat dieser Empfehlung ist der Gesetzgeber.

Anpassung Vergütungsmaßstab bei der Therapiebeantragung (Nr. 7): In den Tragenden Gründen zur Psychotherapiestrukturreform stellte der G-BA Schätzungen zu Bürokratiekosten an . Unsere Studienergebnisse stimmen mit der Schätzung des G-BA für den Zeitaufwand der Beantragung einer LZT überein. Der Tarif von 50,30 € pro Stunde für die Vergütung der Therapiebeantragung entspricht jedoch nicht der Komplexität des anfallenden Arbeitsaufwands, insbesondere bei der Beantragung von LZT. Dies spiegelte sich sowohl in den Interviews mit Psychotherapeut*innen als auch in den Diskussionen bei der Abschlusskonferenz wider. Wir empfehlen deswegen eine Überarbeitung des Vergütungsmaßstabs bei der Therapiebeantragung bzw. bei künftigen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der zugrundeliegende Tarif sollte entsprechend der Komplexität des anfallenden Aufwands angehoben werden.
Adressat dieser Empfehlung ist der Bewertungsausschuss.

Gewährleistung bedarfsgerechter Versorgung

Sowohl in den Interviews im Rahmen der Studie als auch bei der Abschlusskonferenz wurde über einzelne Versorgungselemente hinaus auch die gesamte Versorgungssituation thematisiert. Folgende Maßnahmen könnten zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen:

- Reform der Bedarfsplanung (Nr. 1)
- Einheitliches Kostenerstattungsverfahren (Nr. 9)
- Vergütung von Koordinationsleistungen (Nr. 6)
- Telefonziffer über pandemische Lage hinaus (Nr. 12)

Reform der Bedarfsplanung (Nr. 1): Die Ergebnisse unserer Wartezeitanalysen ergaben, dass durch die Reform keine Verkürzung von Wartezeiten erreicht werden konnte. Auch Psychotherapeut*innen gaben an, dass sie sich nicht dazu in der Lage sehen, Wartezeiten auf einen Therapieplatz in ihren Praxen weiter zu verkürzen. Patient*innen sowie Haus- und Fachärzt*innen beklagten die langen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung. Unsere Studie zeigt also aus verschiedenen Perspektiven, dass die Nachfrage an

Psychotherapie durch das bestehende Angebot kassenärztlich tätiger Psychotherapeut*innen nicht gedeckt werden kann. Auch bei der Abschlusskonferenz gab es hierzu breiten Konsens. Daher empfehlen wir eine Reform der Bedarfsplanung. Deren Ausgestaltung könnte, wie von der Bundespsychotherapeuten-kammer vorgeschlagen [31], eine Modifikation der Verhältniszahlen beinhalten, die sich weniger an der Altersstruktur der Gesellschaft und mehr an der psychischen Morbidität in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung über die Zeit orientiert.
Adressaten dieser Empfehlung sind der G-BA sowie die Landes- und Zulassungsausschüsse.

Einheitliches Kostenerstattungsverfahren (Nr. 9): Im Zuge des unzureichenden Angebots an Psychotherapie in kassenärztlichen Praxen wurde im Rahmen der Interviews auch der Wunsch nach der Umsetzung des Kostenerstattungsverfahrens geäußert. Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu schaffen, empfehlen wir, klare, einheitliche Kriterien für die Gewährung der Kostenerstattung bei approbierten Psychotherapeut*innen mit Fachkunde zu definieren. Zudem sollte jede Krankenkasse die in der Kostenerstattung erbrachten Leistungen offenlegen.
Adressaten dieser Empfehlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen.

Vergütung von Koordinationsleistungen (Nr. 6): Eine gute psychotherapeutische Versorgung erfordert in Einzelfällen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Behandler. Dies ist der Fall, wenn eine patientenbezogene, interdisziplinäre oder komplexe Fragestellung vorliegt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Koordination erfordert. Seit dem 1. Oktober 2020 können solche Koordinationsleistungen als Telekonsilium abgerechnet werden. Telefonische Kontakte werden durch diese Ziffer nicht abgedeckt (Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V (Telekonsilien-Vereinbarung)), sind in der Praxis jedoch häufig notwendig. Unsere Studienergebnisse bestätigten dies insofern, dass sich Zuweiser*innen und Psychotherapeut*innen für eine engere berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit aussprachen. Dies betrifft auch Patient*innen, die nicht durch die neue KSVPsych-RL (Komplex-Richtlinie) adressiert werden.

Um notwendigen sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf zu fördern, empfehlen wir die Einführung einer Abrechnungsziffer für die telefonische Kommunikation zwischen unterschiedlichen Behandler*innen.
Adressat dieser Empfehlung ist der Bewertungsausschuss.

Telefonziffer über pandemische Lage hinaus ermöglichen (Nr. 12): Die Sonderregelungen zur Corona Pandemie ermöglichte die Abrechnung telefonischer Gespräche mithilfe der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) Ziffer 01433. Diese Regelung ist aktuell jedoch bis zum 31.03.2022 beschränkt. Im Rahmen der Abschlusskonferenz wurde thematisiert, dass Patient*innen mit besonderen Einschränkungen (z. B. immobile oder technisch nicht ausreichend für Videobehandlungen versierte/ausgestattete Patient*innen) unabhängig von der pandemischen Lage auf telefonische Gespräche angewiesen sind, beispielsweise um die Zeit bis zu einem möglichen Präsenzkontakt zu überbrücken. Um telefonische Konsultationen für Patient*innen mit solchen Einschränkungen auch künftig gewährleisten zu können, sollte die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführte Telefonziffer EBM 01433 über die pandemische Lage hinaus abgerechnet werden können. Voraussetzung für telefonische oder videobasierte Gespräche sollte, außer in begründeten Ausnahmefällen, mindestens ein Präsenzkontakt sein.
Adressaten dieser Empfehlung sind die KBV sowie der GKV-Spitzenverband.

Berücksichtigung von Besonderheiten in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Im Rahmen der Abschlusskonferenz wurden weitere Themen für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie identifiziert, bei denen Veränderungsbedarf besteht:

- Kindgerechte Umformulierung der Formblätter für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (PTV 1, PTV 10, PTV 11) (Nr. 10)
- Möglichkeit zur Adressierung der Kostenzusage an den/die Psychotherapeut*in anstelle der Sorgeberechtigten bei einsichts- und urteilsfähigen jugendlichen Patient*innen (i.d.R. ab 14 Jahren) (Nr. 11)
- Erlaubnis zur Durchführung von Psychotherapie in Kleinstgruppen im kurzfristigen Verhinderungsfall von Patient*innen (Nr. 5)

Kindgerechte Umformulierung der Formblätter für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (Nr. 10): Anlage 1 der Psychotherapievereinbarung enthält die Vorlagen für die PTV-Formulare. Diese sind im gegenwärtigen Zustand ausschließlich auf die Beantragung von Erwachsenentherapie ausgerichtet, obwohl auch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien mit diesen Formularen beantragt werden. Formulierungen für die Beantragung einer Psychotherapie für ein Kind oder nicht einsichtsfähigen Jugendlichen durch die Eltern sowie die Beantragung einer Psychotherapie eines einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen für sich selbst sind nicht aufgeführt. Wir empfehlen, dass die Formulierungen im PTV1, PTV10 und PTV11 angepasst werden, sodass sie auch Kinder/Jugendliche und Eltern bzw. Sorgeberechtigte adressieren. Beispielsweise sollte bei der Beantragung einer Psychotherapie zwischen „für mich“ und „für mein Kind“ unterschieden werden. Zusätzlich sollte eine kindgerechte Version des Aufklärungsbogens über Psychotherapie (PTV10) entwickelt werden.
Adressaten dieser Empfehlung sind die KBV sowie der GKV-Spitzenverband.

Möglichkeit zur Adressierung der Kostenzusage an den/die Psychotherapeut*in anstelle der Sorgeberechtigten bei einsichts- und urteilsfähigen jugendlichen Patient*innen ab (i.d.R. ab 14 Jahren) (Nr. 11): Bei einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen muss aktuell die Kostenzusage an das Elternhaus adressiert werden, auch wenn eine Einbindung des Elternhauses für die Therapiebeantragung nicht notwendig (und mitunter nicht beabsichtigt bzw. durch den/die Jugendliche*n nicht gewünscht) ist. Um eine zwingende Einbindung des Elternhauses zu unterbinden, empfehlen wir, dass auf dem PTV1 ein Ankreuzfeld eingefügt wird, das einen Vermerk der Adressierung der Kostenzusage für eine Therapie an den/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*in enthält.
Adressaten dieser Empfehlung sind die KBV sowie der GKV-Spitzenverband.

Erlaubnis zur Durchführung von Psychotherapie in Kleinstgruppen im kurzfristigen Verhinderungsfall von Patient*innen (Nr. 5): §21 Abs. 1 Satz 2 der Psychotherapierichtlinie schreibt vor, dass eine Gruppentherapie ab einer Teilnehmerzahl von 3 Personen durchführbar ist. Sinkt die Gruppengröße, zum Beispiel durch die kurzfristige Stundenabsage von Gruppenmitgliedern, unter die Schwelle der bislang vorgeschriebenen 3 Personen, kann keine Gruppentherapie mit den verbleibenden beiden Gruppenmitgliedern durchgeführt werden. Kinder können, anders als Erwachsene, nicht einfach nach Hause geschickt werden. Psychotherapeut*innen stehen vor dem Dilemma, die Kinder und Jugendlichen beaufsichtigen zu müssen ohne Gruppentherapie durchführen zu dürfen. Eine ersatzweise Durchführung von Einzeltherapien kann nicht mit der Aufsichtspflicht für das zweite Kind vereinbart werden und ist somit keine Alternative. Wir empfehlen deswegen, dass Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche auch unterhalb der bisher vorgeschriebenen Gruppengröße von drei Personen zugelassen werden sollte, falls ein Gruppenmitglied kurzfristig verhindert ist.
Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Vorschläge ohne Konsens

Die folgenden Punkte kamen im Rahmen der Studie oder der zweitägigen Abschlusskonferenz auf und stellen Anregungen zur Diskussion in den genannten Institutionen dar.

Adressat: G-BA

A. Keine Patientenevaluation bei zukünftigen Qualitätssicherungsmaßnahmen, da diese durch behandlungsimmanente Krisen oder der zu behandelnden Symptomatik selbst verzerrt sein können

B. Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie verschiedener Verfahren in Einzelfällen

C. Durchführung von Gruppentherapie mit zwei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen ab einer Gruppengröße von 4 Kindern/Jugendlichen

Adressat: Gesetzgeber

D. Aufnahme vorsorglicher psychotherapeutischer Maßnahmen ohne F-Diagnose als Leistung zur Krankheitsprävention in das Präventionsgesetz

Adressat: Bewertungsausschuss

E. Erhöhung Vergütung Arztbrief: Aktuelles Honorar wird dem Aufwand für die Schilderung komplexer Sachverhalte nicht gerecht

F. Diskussion über generelle Vergütung telefonischer Erreichbarkeitszeiten

Adressaten: Jugendämter

G. Einheitliche Regelung zur Kostenübernahme für fallbezogene Dokumente von den anfordernden Stellen (z. B. Jugendämtern)

Adressat: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

H. Bessere Aufklärung von Kinderärzt*innen und Sorgeberechtigten über Möglichkeit einer diagnostischen Abklärung psychischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen

Adressaten: In Schulen tätige Sozialarbeiter*innen und Seelsorger*innen

I. Aufklärung von Jugendlichen über Möglichkeit der eigenständigen Beantragung einer Psychotherapie durch Sozialarbeiter*innen und Seelsorger*innen