

# Dank Strukturreform schneller in ambulante Psychotherapie?

Konsequenzen für Zukunft und Qualität der psychotherapeutischen Versorgung

Mit der reformierten Psychotherapie-Richtlinie, die zum 1. April 2017 in Kraft trat, wurden eine Reihe von Neuerungen eingeführt, die den Zugang der Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verbessern sollen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). Diese umfassen neben Änderungen bei der telefonischen Erreichbarkeit auch neue Angebote wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe.

## Weniger gutachterpflichtige Anträge

Gleichzeitig wurde der zu begutachtende Bereich in der ambulanten Psychotherapie verringert: Kurzzeittherapie (KZT) und Akutbehandlung sind grundsätzlich nicht gutachterpflichtig. Bei Fortführungen wurde einer der beiden gutachterpflichtigen Bewilligungsschritte abgeschafft, und ob die Krankenkassen für den noch verbliebenen (einzigen) Fortführungsantrag einen Bericht an den Gutachter anfordern, soll künftig im Ermessen der Kassen selbst liegen. Berichts- und gutachterpflichtige Anträge beschränken sich künftig zunächst auf den Erst- bzw. Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie (LZT).

## Gedankenanstöße zum Gutachterverfahren

Betrachtet man die aktuellen Änderungen zusammenfassend, entsteht nicht nur der Eindruck von mehr Flexibilität und Versorgungsschnelligkeit, sondern auch der, dass durch die Reform ein immer größerer gutachterfreier psychotherapeutischer Korridor geschaffen wurde. Mit anderen Worten: Man kann künftig schneller und häufiger ohne Gutachter psychotherapeu-

tisch tätig sein. Viele, die mit dem Gutachterverfahren „auf Kriegsfuß“ stehen, werden diese Änderungen sicher zunächst sehr begrüßen. In diesem Kontext möchten die Autoren Gedankenanstöße liefern und auf einige Aspekte bzw. mögliche Entwicklungen hinweisen, die zu einem umfassenden und differenzierten Blick beitragen (siehe auch Jungclaussen & Hauten, 2017).

## Akutbehandlung

Die Grundidee hinter der Akutbehandlung ist gut: Behandlungen können schneller starten, was dem Bedarf an psychotherapeutischer Krisenintervention entgegenkommt. Dennoch kann die Akutbehandlung die grundsätzlichen Mängel in der Bedarfsplanung nicht ausgleichen. Auch bei maximaler Ausdehnung der Akutbehandlung wird der Bedarf an Richtlinienpsychotherapie die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze übersteigen.

Laut §13 der reformierten Psychotherapie-Richtlinie ist in der Akutbehandlung die Nutzung von „ambulanten psychotherapeutischen Mitteln“ vorgesehen. Nach Lesart der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sollten diese den jeweiligen Richtlinienverfahren entlehnt sein, wie zum Beispiel verfahrensspezifische Methoden zur Krisenintervention (KBV, persönliche Mitteilung, 2017). Im Unterschied zur Richtlinienverfahren soll die Akutbehandlung aber lediglich der kurzfristigen Linderung und nicht der ursächlichen Behandlung seelischer Leidenszustände dienen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017).

Gleichzeitig wird die Akutbehandlung nach gegenwärtigem Verhandlungsstand schlechter bezahlt als die Richtlinienpsychotherapie. Kritisch wäre zu sehen, wenn die Akutbe-

handlung für die Kassen dadurch zu einer Spielwiese für besonders billige Psychotherapie würde, zum Beispiel aufgrund vielfältiger Sonderverträge mit verschiedensten Gruppen. Das könnte längerfristig zu einer Aufweichung der qualitativ hochwertigen drei Richtlinienverfahren in der ambulanten Psychotherapie führen.

## Kurz- und Langzeittherapie

Der Prozentsatz der Patienten, bei denen eine KZT in eine LZT umgewandelt wird, liegt bei deutlich unter zehn Prozent (vergleiche Albani, 2010; Multmeier & Tenckhoff, 2014; Techniker Krankenkasse, 2015). Das heißt, dass die meisten Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung nach einer KZT beendet sind. Mancherorts wurde spekuliert, dass der Aufwand, einen Umwandlungsbericht zu schreiben, für viele Behandler eine so große Hürde sei, dass die Bereitschaft steige, Patienten nur für eine KZT anzunehmen bzw. sie darin zu belassen.

Mit Blick auf die vollständige Berichtsbefreiung ist in diesem Zusammenhang durchaus denkbar, dass die Zahl der KZT weiter zunimmt. Das wiederum könnte zur Folge haben, dass der Zugang zur LZT zukünftig – auch aufgrund der höher belegten KZT-Plätze – noch weiter erschwert wird. Eine solche Verminderung der Zahl der berichtspflichtigen und kostenintensiven LZT wäre sicher im Interesse der Kassen – nicht aber in dem der Patienten. Somit könnte die Reform in diesem Punkt ihrer eigenen Philosophie, die Versorgung für Patienten zu verbessern, widersprechen. Dieser kontradiktorische Effekt könnte zusätzlich durch eine Ausweitung der Akutbehandlung verstärkt werden, insbesondere dann, wenn Psychotherapeuten sich in ihrer Tätigkeit „jenseits des Gutachterverfahrens“ auf Akutbehandlung oder KZT spezialisieren.

## Bericht an den Gutachter

Es ist zu erwarten, dass durch die Reform die Anzahl der psychotherapeutischen Prozesse, die ohne einen Bericht an den Gutachter initiiert werden, steigt. Jedoch bietet der Bericht an den Gutachter – trotz

aller Ambivalenz um das Verfahren (vergleiche Köhlke, 2000; Sasse, 2001; Kallinke & Kosarz, 2001; Rudolf et al., 2002; Schäfer, 2010) – bei richtiger Anwendung immer noch wichtiges Potenzial im Sinne interner Qualitätssicherung und kann helfen, die Planung und Durchführung einer Psychotherapie zu verbessern (vergleiche Rudolf & Schmutterer, 2003). Das gilt für alle drei Richtlinienverfahren.

Auch wenn – wie eine nicht repräsentative Umfrage im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie ergab – das Berichtschreiben mit 6,5 Stunden durchschnittlicher Bearbeitungszeit für einen Erstantrag auf Langzeittherapie (Jungclaussen, 2016) für viele ein mühsamer und vor allem schlecht bezahlter Vorgang ist, sind die Autoren überzeugt: Es lohnt sich, sich an den Schreibtisch zu setzen und darüber nachzudenken, was mit dem Patienten eigentlich los ist, warum er diese Probleme hat und wie ihm geholfen werden kann. Die Versprachlichung bzw. Verschriftlichung von psychologischen Hypothesen und therapeutischen Prozessen ist eine psychotherapeutische Kernkompetenz. Die Fallkonzeption kann, wenn sie richtig verstanden wird, eine wertvolle Orientierungs- und Reflexionshilfe auf dem oft verschlungenen Pfad des therapeutischen Prozesses bieten (vergleiche Jungclaus-

sen, 2013). Auch die supervisorische Erfahrung der Autoren bestätigt: Therapien machen mehr Spaß und zeigen bessere Ergebnisse, wenn sie auf einer guten Fallkonzeption und Behandlungsplanung basieren.

#### **Fortführungsantrag**

Die Kassen haben in ihrer Skepsis gegenüber dem Gutachterverfahren stets moniert, dass die Gutachter „nur“ eine Ablehnungsquote von vier Prozent erreichten, also Therapien ohnehin fast immer befürworteten (vergleiche KBV-Gutachter-Statistik). Wie die Gutachter Lieberz und Sasse (persönliche Mitteilung, 2017) verdeutlichen, war diese geringe Ablehnungsquote auch folgender Tatsache geschuldet: Gutachter hatten bislang häufig von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, bei inhaltlichen Bedenken zum Fall reduzierte Stunden zu bewilligen oder Nachbesserungen anzufordern. Häufig ging es dabei um Fragen der Psychodynamik bzw. Verhaltensanalyse, der Behandlungsplanung oder der Differenzialindikation. In der Folge gingen die Behandler im Rahmen eines Fortführungsantrags – oft nach entsprechender Supervision, Fachlektüre oder Fortbildung – auf die Monita des Gutachters ausführlich ein, nicht selten mit einem positiven Effekt für die weitere Behandlung.

Sollte sich bewahrheiten, dass die Kassen für Fortführungsanträge in

Zukunft seltener oder nie einen Bericht an den Gutachter verlangen, wäre folgende Entwicklung denkbar: Wenn der Gutachter künftig einen problematischen Erst- oder Umwandlungsantrag begutachtet und annehmen muss, dass er diesen schwierigen Fall nicht mehr im Rahmen eines Fortführungsantrags begleiten wird, könnte dies zur Konsequenz haben, dass entsprechende Anträge noch kritischer bewertet und häufiger abgelehnt werden. Denn die (begrenzte) Möglichkeit, bei kritischen Prozessen gegenzusteuern, würde entfallen.

Ferner wäre auch denkbar, dass Gutachter künftig in Fällen, in denen zum Beispiel eine verdichtete Psychodynamik oder Verhaltensanalyse nicht nachvollziehbar ist, um entsprechende Nachbesserungen bitten. Möglich ist zudem, dass Gutachter bei grenzwertigen Umwandlungsfällen in Zukunft von sich aus bei der Kasse um die Anforderung von Fortführungsberichten bitten. In jedem dieser Fälle handelt es sich um einen Versuch der Gutachter, ihrem Auftrag nachzukommen: dafür zu sorgen, dass nur notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlungen fortgeführt werden.

#### **Licht und Schatten**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die neuen Regelungen Licht und Schatten voraus werfen. Mit

ANZEIGE

BELTZ

177 X 82

Blick auf die obigen Ausführungen entsteht ein Bild, in dem zum Wohl des Patienten eine Reihe wichtiger Innovationen geschaffen wurde, die den Zugang zur Psychotherapie verbessern und flexibilisieren sollen. Zu begrüßen ist zunächst auch die Einführung spezifisch tiefenpsychologisch fundierter Gutachter, wofür oft plädiert wurde (Schäfer, 2010; 2011). Allerdings schafft die Reform auch ein neues Anreizsystem, einen Großteil der Versorgung in der vermeintlich (kurzfristig) „billigeren“ Akutbehandlung und berichtsreichen KZT – und damit am Gutachterverfahren vorbei – zu leisten. Der wesentliche Nachteil dabei: Dies könnte zu einer Eindämmung der kostenintensiven LZT führen und somit als Sparmaßnahme für die Kassen wirken (die bei der Ausarbeitung der Reform nicht wenig Einfluss hatten). Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Eine Schwächung der LZT ist mit Blick auf die Tatsache, dass ein Großteil der Patienten eine längerfristige Behandlung benötigt, höchst bedenklich. Leidtragende des Anreiz- und Sparprogramms wären am Ende die, die eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung am dringendsten brauchen: psychisch stärker beeinträchtigte Patienten. Kontradiktorisch erscheint zudem, dass die Entscheidung über die Berichtspflicht für die mitunter sehr kostenintensiven Fortführungskontingente im Ermessen der Kasse lie-

gen soll. An dieser Stelle ist denkbar, dass die Fortführungskontingente in die Höhe schnellen werden, weil durch den Wegfall des zweiten Bewilligungsschrittes bei einer Verlängerung „automatisch“ das Maximalkontingent beantragt werden kann. Nicht auszuschließen, dass an diesem Punkt noch einmal nachreguliert wird, sollte dies für die Kassen zu teuer werden.

### Aspekte der Qualitätssicherung

Vor diesem Hintergrund wird ein zweiter kritischer Aspekt deutlich: Die Zurückdrängung der gutachterlich begleitenden Prozesse in der ambulanten Psychotherapie im Allgemeinen bedeutet eine Verringerung der Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung – auch wenn viele Erleichterungen und Flexibilisierungen Behandler zunächst froh stimmen.

Trotz aller Kontroversen darf das Gutachterverfahren, das bei entsprechender Anwendung gute Effekte erzielen kann (vergleiche Rudolf et al., 2002; Rudolf & Schmutterer, 2003), nicht gänzlich ausgetrocknet oder ausgehöhlt werden. Es war und ist die „Kröte“, die es zu schlucken galt, um Implementierung und Erhalt eines qualitativ hochwertigen ambulanten Psychotherapiewesens zu gewährleisten, eines Systems, das es Psychologischen Psychotherapeuten unter anderem ermöglicht, behandlungsbedürftige

Patienten über das Solidarsystem für bis zu 300 Stunden psychotherapeutisch zu versorgen. Das ist in dieser Form weltweit wohl einmalig (vergleiche Rüger, 2007).

### Arbeit zum Wohle des Patienten

Die aktuellen Änderungen folgen unterdessen der vom Gesetzgeber gewünschten Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens (Bundesregierung, 2013) und kommen dem Interesse der Kassen entgegen, die das – aus ihrer Sicht – ineffiziente und teure Verfahren am liebsten abschaffen möchten. Da das Gutachterverfahren jedoch im Sozialgesetzbuch fest verankert ist, sind nur Modifikationen möglich. Die Änderungen stellen somit gewissermaßen einen Kompromiss dar.

Es bleibt abzuwarten, wie weitreichend die Veränderungen durch die aktuelle Reform wirklich sind. In jedem Falle ist Bewegung in die Diskussion um das Gutachterverfahren gekommen. Im besten Falle führt dies dazu, dass sich Gutachter und Behandler gleichermaßen aufeinander zu bewegen und den interkollegialen Dialog zu verbessern versuchen. Das käme vor allem einer Gruppe zugute, die in all den Diskussionen manchmal aus dem Blick gerät: den Patienten.

*Ingo Jungclaussen, Lars Hauten*

### Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut*, 55 (6), 503–514.
- Bundesregierung (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Zugriff am 14.06.2017 unter [www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Zugriff am 30.05.2017 unter [www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL\\_2016-11-24\\_IK-2017-02-16.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_IK-2017-02-16.pdf)
- Jungclaussen, I. (2012). Handbuch Psychotherapie-Antrag: Psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichtschreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Jungclaussen, I. (2016). Die Psychodynamik-Animation – Ein mediengestützter Beitrag zur Didaktik der Psychoanalyse. In S. Preiser, M. Krämer & K. Brusdeylins (Hrsg.), *Psychologiedidaktik und Evaluation XI* (S. 145–156). Herzogenrath: Shaker.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2017). Hilfreicher Stachel. Denkanstöße zum Umgang mit dem neuen Bericht an den Gutachter. *Projekt Psychotherapie. Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten*, 2, 11.
- Kallinke, D. & Kosarz, P. (2001). Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Sinnvoll und verbesserungsfähig. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (40), 599.
- Köhlike, H.-U. (2000). Das Gutachterverfahren in

der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Tübingen: dgvt.

Multmeier, J. & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (11), 438–440.

Rudolf, G., Jakobsen, T., Hohage, R. & Schlösser, A. (2002). Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste. *Psychotherapeut*, 47, 249–253.

Rudolf, G. & Schmutterer, J. (2003). Qualitätssichernde Therapiebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, PP, 1, 13–15.

Rüger, U. (2007). 40 Jahre Richtlinienpsychotherapie in Deutschland. *Psychotherapeut*, 52, 102–111.

Sasse, H. (2001). Das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung. Aktuelle Konflikte und notwendige Weiterentwicklungen. *Psychotherapeut*, 46, 278–285.

Schäfer, S. (2010). Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapie aktuell*, 2, 14–19.

Schäfer, S. (2011). Brauchen wir Gutachter speziell für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? *Psychodynamische Psychotherapie*, 10 (3), 131–146.

Techniker Krankenkasse (2015). *Depressionsatlas. Arbeitsfähigkeit und Arzneiverordnungen*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

