

AMBULANTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

# Umfassende Strukturreform

Die Reform der ambulanten Vertragspsychotherapie tritt zum 1. April in Kraft. Die KBV informiert über die neuen Behandlungsoptionen und Änderungen der bestehenden Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu reformieren. Auch die wesentlichen Inhalte der Reform wurden vorab festgelegt: Das Therapieangebot soll durch eine Psychotherapeutische Sprechstunde, frühzeitige diagnostische Abklärung, eine Akutversorgung und Möglichkeiten zur Rezidivprophylaxe flexibilisiert werden. Außerdem sollen das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht und Gruppentherapien gefördert werden.

Nach Abschluss der Verhandlungen hat der G-BA am 16. Juni und 24. November 2016 die Psychotherapie-Richtlinie in überarbeiteter Form beschlossen. Jetzt wurde auch die Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) an die neuen Regelungen

angepasst (siehe Bekanntmachung auf Seite 487). Bis zum 1. April 2017 soll der Bewertungsausschuss die neuen Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufnehmen, bis dahin werden auch die Regelungen zur Vermittlung von Behandlungsterminen durch die Terminservicestellen getroffen. Damit ist eine umfassende Strukturreform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abgeschlossen.

## Neue Behandlungsoptionen

Mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe wurden neue Behandlungsoptionen in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt (siehe Grafik).

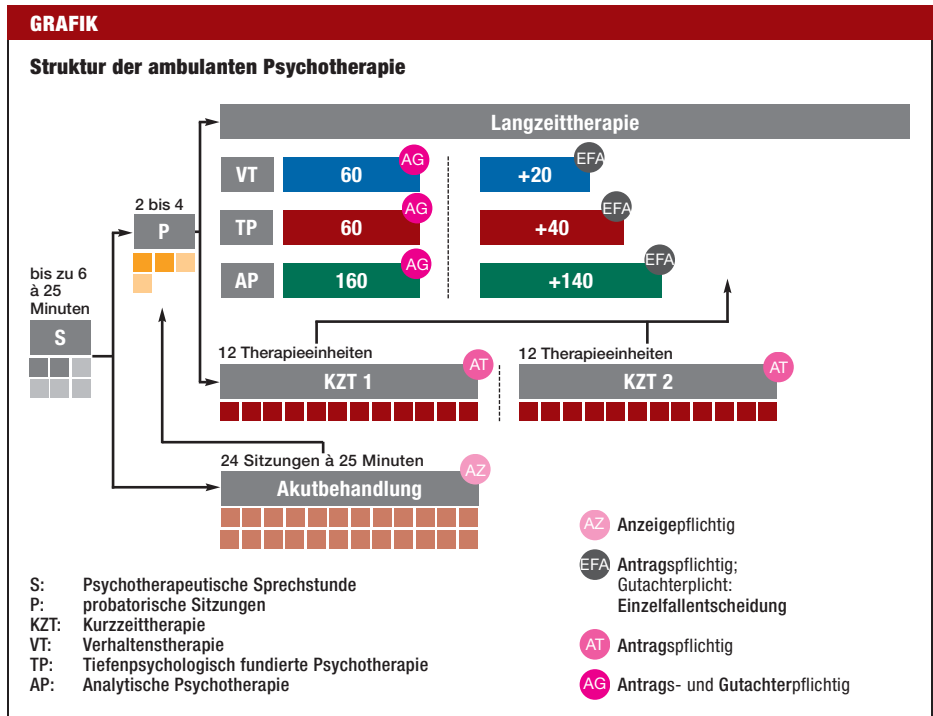
### ● Psychotherapeutische Sprechstunde:

Die Psychotherapeutische Sprechstunde stellt den niederschweligen Zugang eines Patienten zur Psychotherapie dar. Ein erwachsener Patient hat pro Krankheitsfall, also alle vier aufeinanderfolgende Quartale bei demselben Psychotherapeuten, Anspruch auf sechs Psychotherapeutische Sprechstunden mit je 25 Minuten Dauer. Kinder und Jugendliche können zehn Psychotherapeutische Sprechstunden wahrnehmen, vier davon können dabei auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten stattfinden. Hier klärt der Therapeut, ob bei dem Patienten der Verdacht einer krankheitswertigen psychischen Störung vorliegt und welche Behandlung er empfiehlt. Über das Ergebnis der Sprechstunde erhält der Patient eine schriftliche Rückmeldung auf dem neu eingeführten Formblatt PTV 11. Außerdem werden die Patienten mit einer allgemeinen Patienteninformation (PTV 10) über die ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung informiert.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde kann offen oder mit Terminvergabe organisiert werden. Psychotherapeuten stellen in der Regel bei vollem Versorgungsauftrag 100 Minuten pro Woche dafür zur Verfügung, die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Hinblick auf die regionale Versorgungssituation von dieser Vorgabe abweichen.

Jeder Therapeut muss künftig zusätzlich die telefonische Erreichbarkeit der Praxis zur Terminkoordination sicherstellen. Bei einem vollen Versorgungsauftrag muss die Praxis mindestens 200 Minuten in der Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten erreichbar sein. Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten und die Organisationsform der Psychotherapeutischen Sprechstunde zur Information der Patienten mitgeteilt werden.

**Neue Struktur der ambulanten Psychotherapie** am Beispiel von Einzelbehandlung von Erwachsenen. Informationen zu Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und als Gruppenbehandlung unter [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie).



Bis zum 1. April 2018 kann ein Patient eine Behandlung auch ohne vorherige Psychotherapeutische Sprechstunde beginnen. Ab dem 1. April 2018 muss der Patient in den letzten vier Quartalen mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen haben, bevor er eine Akutbehandlung oder eine Psychotherapie beginnt. Ausnahmen gibt es für Patienten aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung mit einer Psychotherapie indizierenden Entlassdiagnose.

● **Akutbehandlung:**

Die Akutbehandlung dient der kurzfristigen Symptomverbesserung bei akuten Krisen und der Vorbereitung auf eine anschließende Psychotherapie oder andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen. Dazu stehen den Patienten je Krankheitsfall 24 Behandlungen mit 25 Minuten Dauer zur Verfügung. Die Akutbehandlung muss gegenüber der Krankenkasse lediglich mit dem neu eingeführten Formblatt PTV 12 angezeigt werden. Die Behandlungsstunden der Akutbehandlung werden auf das beantragte Therapiekontingent angerechnet.

● **Probatorische Sitzungen:**

Vor einer Kurz- oder Langzeittherapie finden mindestens zwei probatorische Sitzungen statt, möglich sind bis zu vier bei Erwachsenen und bis zu sechs bei Kindern und Jugendlichen. Bei diesen können relevante Bezugspersonen einbezogen werden. Ein Antrag kann im Rahmen der probatorischen Sitzung gestellt werden, wenn der Termin für die zweite Sitzung bereits feststeht. Verbliebene probatorische Sitzungen können auch nach Antragsstellung durchgeführt werden.

● **Rezidivprophylaxe:**

Stunden des bewilligten Langzeittherapiekontingents können innerhalb von zwei Jahren nach Therapieende zur Rezidivprophylaxe genutzt werden. Die Rezidivprophylaxe kann nicht gesondert beantragt werden. Voraussetzung für die Rezidivprophylaxe ist, dass der Psychotherapeut sie nicht im Vorfeld abgeschlossen hat und der Krankenkasse das Therapieende auf dem Formblatt PTV 12 mitteilt. Ab

40 durchgeführten Sitzungen stehen acht, ab 60 durchgeführten Sitzungen stehen 16 Sitzungen für die Rezidivprophylaxe zur Verfügung.

Bei Kindern und Jugendlichen können bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal zehn Stunden, bei 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Relevante Bezugspersonen können einbezogen werden.

**Änderungen**

Neben den neuen Leistungen wurden bestehende Inhalte angepasst, so zum Beispiel die Kurz- und Langzeittherapiekontingente, Regelungen zur Gruppentherapie und zur Kombinationsbehandlung sowie das Gutachterverfahren.

● **Kurzzeittherapie:**

Die Kurzzeittherapie wurde in zwei Kontingente mit je 12 Sitzungen aufgeteilt. Aus der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) kann nach der siebten Sitzung eine Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) beantragt werden. Anträge auf KZT 1 und KZT 2 sind nun für alle Therapeuten ohne Gutachterverfahren vorgesehen. Ein Antrag gilt drei Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse als bewilligt. Im Regelfall erhalten die Patienten auch weiterhin einen Bescheid von der Krankenkasse, im Falle einer Ablehnung werden Patient und Therapeut informiert.

● **Langzeittherapie:**

Für Erwachsene in der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde ein größeres erstes Kontingent von 60 Sitzungen beschlossen. Für alle Verfahren bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen entfällt ein Bewilligungsschritt, mit dem Fortführungsantrag kann direkt das Höchstkontingent beantragt werden. Gleiches gilt für Langzeittherapien, die vor dem 1. April 2017 begonnen wurden und danach fortgeführt werden sollen. Die Krankenkassen können Fortführungsanträge auch ohne Gutachterverfahren bewilligen. Ob ein Bericht an den Gutachter notwendig ist, teilt die Krankenkasse dem Therapeuten nach Eingang des Antrags unverzüglich mit.

● **Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung:**

Die Gruppengröße wurde einheitlich auf drei bis neun Teilnehmer festgelegt, Einzel- und Gruppentherapie können kombiniert werden. Einzel- und Gruppensitzungen können ohne Mitteilung an die Krankenkasse getauscht werden, sofern sich das überwiegend durchgeführte Setting nicht ändert. Bei Änderung des Behandlungssettings genügt in einer Kurzzeittherapie eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse. In einer Langzeittherapie muss ein Antrag gestellt werden.

● **Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:**

Künftig gibt es auch Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Ausschreibung erfolgt in einem gesonderten Verfahren, welches im Deutschen Ärzteblatt und seiner Ausgabe PP angekündigt wird.

**Kinder und Jugendliche**

Neu für diese Altersgruppe ist unter anderem, dass künftig „relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“ in die Behandlung einbezogen werden können. Das können zum Beispiel Lehrer oder Erzieher sein.

Klargestellt wurden in der Psychotherapie-Richtlinie auch die Altersgrenzen: Kinder sind Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, und Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Daneben wurde auch eine Ausnahmeregelung hinzugefügt: Eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung kann nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden, wenn damit der Therapieerfolg abgesichert wird. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenen-therapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

Detailliertere Informationen zu den Änderungen im Bereich der Psychotherapie, insbesondere Gruppentherapie, finden sich auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie).

Dr. phil. Jan Multmeier, Dipl.-Psych.,  
Abteilung Nutzenbewertung, KBV