

Stellungnahme des Berufsverbandes BPM (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.) zum Positionspapier des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen „Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen“ vom 27.11.2013

Der GKV-Spitzenverband legt in seinem Positionspapier vom 27.11.2013 Vorschläge für die Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland vor. Versicherte, so der Spitzenverband, die heute einen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen wollen, stoßen auf ein breit gefächertes Angebot an ambulanter Psychotherapie, das sozialrechtlich verankert ist. Deutschland verfüge u. a. „über ein beispiellos dicht ausgebautes, differenziertes und qualitativ hochwertiges System der psychotherapeutischen Versorgung“. Der Spitzenverband sieht jedoch die Notwendigkeit, das bestehende System weiterzuentwickeln, um den bestehenden regionalen Versorgungsunterschieden und den sich ändernden Versorgungsbedürfnissen gerecht zu werden. Dabei ist es das Ziel, dass „weiterhin ein möglichst guter, niederschwelliger Zugang“ zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden kann, ohne die Versichertengemeinschaft der GKV finanziell zu überfordern.

Die Verbände der Psychosomatischen Medizin begrüßen die Initiative des Spitzenverbandes, die ambulante psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln, um sie den Versorgungsbedürfnissen anzupassen und stimmen den Vorbemerkungen des Positionspapiers im Grundsatz zu.

Bei der Weiterentwicklung des Versorgungssystems ist es von zentraler Bedeutung, die psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote in ihrer ganzen Breite zu nutzen:

- In Deutschland gliedert sich die psychotherapeutische Versorgung in drei Bereiche: den psychosomatisch-psychotherapeutischen, den psychiatrisch-psychotherapeutischen und den psychologisch-psychotherapeutischen.
- Die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung setzt sich aus der psychosomatischen Grundversorgung, der Versorgung durch somatische Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und der Versorgung durch spezialisierte Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammen. Da der überwiegende Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen primär in hausärztlichen Praxen versorgt wird, sollte die Versorgung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mit in die Überlegungen einbezogen werden.
- Psychiatrische und zukünftig auch Psychosomatische Institutsambulanzen an Krankenhäusern bieten Möglichkeiten, sektorenübergreifend mit spezifischen diagnostischen und therapeutischen Leistungen (jedoch nicht Richtlinien-Psychotherapie) die ambulanten Angebote zu ergänzen und damit eine Lücke in der Versorgung, besonders beim Übergang stationär zu ambulant, zu schließen. Dabei ist die Entstehung von Doppelstrukturen zu vermeiden. Die Bedarfsplanung darf nicht dazu führen, dass die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten dadurch reduziert wird.

- Kommen Patienten wegen körperlicher Beschwerden oder mit somatischer Komorbidität in Therapie, ist sicherzustellen, dass die medizinisch-somatischen Grundlagen zahlreicher Störungsbilder beachtet werden. Patienten mit psychischer Komorbidität bei somatischen Erkrankungen können in psychosomatischen Praxen effektiv versorgt werden. Es ist die Integration eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses in der psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten.

Zu den einzelnen Versorgungszielen des Positionspapiers nehmen wir wie folgt Stellung:

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

Die Verbände der Psychosomatischen Medizin sehen in manchen strukturellen Mängeln des Versorgungssystems die Hauptursache für die Wartezeiten und begrüßen den „Ausbau im ländlichen Versorgungsbereich“. Dieser darf jedoch nicht mit dem „Abbau einer (scheinbaren) Überversorgung in Städten“ „bezahlt“ werden.

Die Förderung von ersten orientierenden Gesprächen zur Diagnostik und Therapieindikation ist zu begrüßen, dennoch werden sich hierdurch nicht alle Versorgungsprobleme lösen lassen. Es ist auf die gesamte Breite der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zurückzugreifen, um eine ausreichende psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung der verschiedenen Patientengruppen zu gewährleisten. Dazu ist es auch notwendig,

- die Finanzierung der psychosomatischen Grundversorgung und allgemein sprechenden Medizin durch Haus- und Fachärzte zu verbessern,
- eine eigene Bedarfsplanung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einzuführen,
- eine Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen auch für den ambulanten fachärztlichen Bereich, z.B. durch die Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, zu erzielen.

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.

Eine gezielte Basisdiagnostik erfolgt schon heute sowohl in den Praxen der Haus- und Fachärzte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, bei den Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und erst recht bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. Diese bieten ein niederschwelliges, gestuftes Angebot, das auch zur Krisenintervention und zur differentiellen Indikationsstellung für Psychotherapie genutzt werden kann. Allerdings werden

gerade diese niederschweligen diagnostischen und therapeutischen Gesprächsleistungen deutlich schlechter honoriert als Richtlinien-Psychotherapie.

Die Basisdiagnostik beachtet selbstverständlich die medizinischen, sozialmedizinischen, psychischen und sozialen Belange, und bezieht die Differentialdiagnose somatischer Mitverursachung von psychischen Störungen sowie die Differentialindikation für die Verordnung von Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, ambulanter Pflege, Soziotherapie etc. mit ein. Eine strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (auch der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist notwendig, um eine Versorgung der Patienten entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell zu gewährleisten.

Üblicherweise werden die Patienten ausführlich über die verschiedenen Behandlungsoptionen aufgeklärt. Das alleinige Austeilen von allgemeinen Informationsmaterialien erscheint uns nicht ausreichend.

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

Der zeitnahe Zugang zur initialen Diagnostik, Beratung und Akutversorgung ist ein wichtiges Ziel. Da das Versorgungssystem auf einem sehr differenzierten Spektrum unterschiedlicher Behandler basiert, ist der zeitnahe Zugang zu allen Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und/oder zu ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten zu gewährleisten. Hierbei ist sicherzustellen

- eine psychotherapeutische Interventionsmöglichkeit als Krisenintervention und Kurzzeittherapie, die mindestens die gleiche Honorierung wie die Richtlinienpsychotherapie erhält.
- der Aufbau von strukturierten Behandlungspfaden und Versorgungsformen, in denen die Schnittstellen der Versorgung klar definiert werden.

Grundsätzlich stimmen wir dem im Positionspapier skizzierten Modell zu. Die Mindestwartezeit von 6 Wochen nach den ersten 15 Therapiestunden ist jedoch nicht zu akzeptieren, da diese zu einer erheblichen Beeinträchtigung von Therapieverläufen führen und psychische Krisen verursachen kann.

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

Grundsätzlich haben sich Kurzzeitpsychotherapien als sehr effektiv erwiesen. Die Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen, dass zwei Drittel der Psychotherapie-Patienten eine Kurzzeittherapie (mit knapp 25 Stunden) erhalten. Oft ist diese Dauer schon ausreichend.

Kurzzeittherapien sind aber für eine anhaltende Besserung der Symptome und einer tiefgreifenden Strukturänderung eines Patienten nicht immer ausreichend. Es muss weiterhin problemlos möglich sein, eine Kurz- in eine Langzeitpsychotherapie

umzuwandeln. Bei entsprechender Indikation hat die analytische Psychotherapie auch in der Zukunft als Langzeittherapie einen eigenständigen Stellenwert in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.

Der Kostenanteil der zunächst teureren Langzeittherapien beträgt lediglich 6% der Gesamtkosten.

Bei schweren, komorbiden und chronifizierten Erkrankungen ist die Möglichkeit einer langfristigen, haltgebenden psychotherapeutischen Behandlung auszubauen, um die erreichte Stabilität im Rahmen einer sogenannten Erhaltungspsychotherapie zu sichern.

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

Bei der Verwendung von psychometrischen Tests als eine weitere Ebene der Diagnostik und Verlaufskontrolle ist zu bedenken, dass es sich bei den Fragebogenwerten nicht um objektive Daten handelt, sondern im Hinblick auf ihre methodischen Limitationen im Rahmen einer multimodalen Diagnostik zu bewerten sind.

Das Gutachterverfahren sollte beibehalten, jedoch modifiziert werden. Die Bewilligungsschritte könnten reduziert und die Stundenkontingente dem entsprechend erweitert werden.

Zur Reduzierung von Wartezeiten sollten die ersten beiden probatorischen Sitzungen mit einem Zuschlag bedacht werden, wenn eine Terminvergabe innerhalb von zwei Wochen erfolgt. Damit könnte schneller als bisher festgestellt werden, ob eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung vorliegt.

Zur zügigen Behandlungseinleitung und zur Entbürokratisierung des ganzen Verfahrens sollten generell die ersten 50 Sitzungen antragspflichtig, aber nicht gutachterpflichtig sein. Mit den eingesparten Geldern könnten die Zuschläge für die „schnellen“ probatorischen Sitzungen finanziert werden.

Versorgungsziel 6: Förderung der Gruppenpsychotherapie

Eine Stärkung der Gruppenpsychotherapie ist dringend anzustreben. Die Gruppenpsychotherapie ist in den Aus- und Weiterbildungsrichtlinien der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten verbindlich zu verankern. Psychoedukative Gruppen sollten das therapeutische Angebot erweitern.

Ein geringer Prozentsatz der ambulant tätigen Psychotherapeuten verfügt über die Zusatzqualifikation „Gruppenpsychotherapie“. Auch von dieser kleinen Gruppe wird Gruppenpsychotherapie wegen der strukturellen Probleme nicht angewandt. Die beste Möglichkeit, diesem effektiven Therapieverfahren den ihm gebührenden Platz in der Versorgung zu sichern, stellt das Aussetzen der Gutachterpflicht für die ersten 50 Doppelstunden dar.

Einer Diskussion über die von uns gemachten Vorschläge stellen wir uns gern.