

VPP



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

aktuell

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E.V.

HEFT 54

September 2021

Essstörungen



Wege zu einer besseren ambulanten Versorgung

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist vielerorts unzureichend, was nicht zuletzt an langen Wartezeiten abzulesen ist. Prof. Dr. Stefan Siegel und Dr. Johanna Thünker stellen in diesem Artikel übersichtsartig dar, welche verschiedenen Lösungsansätze für dieses Problem in der Diskussion sind. Der Text soll nicht die Meinung des VPP darstellen, sondern als möglichst vollständiger und neutraler Überblick und als Grundlage für einen verbandsinternen Austausch dienen.

Inzwischen erkennen die meisten Gesundheitsexpertinnen und -experten der Parteien an, dass von einer realen Überversorgung im Bereich der ambulanten Vertragspsychotherapie keine Rede sein kann. Es werden verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten Versorgung diskutiert. Es ist eine echte Herausforderung, einen Überblick darüber zu bekommen, welche der Lösungen in der Praxis welche Auswirkungen hätten. Aus diesem Grund soll im Folgenden einmal versucht werden, die verschiedenen Optionen kurz darzustellen. Ziel ist es, eine solide Grundlage für den Diskurs innerhalb des Berufsstandes sowie im Dialog mit der Politik zu haben.

Option 1: Anpassung der Bedarfsplanung / Schaffung von mehr Kassensitzen

Die sogenannte **Bedarfsplanung**, also die Verteilung der Kassensitze in Deutschland, wird über die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Diese basiert auf Ist-Zahlen zum Zeitpunkt der Einführung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999, die im Verlauf wiederholt gemäß komplexen Schlüssel angepasst wurden. Die letzte Reform 2019 erbrachte 776 neue Kassensitze bundesweit – ein Bruchteil dessen, was zuvor in wissenschaftlichen Gutachten als tatsächlicher Bedarf bestimmt worden war.

Auswirkungen für Patientinnen und Patienten	Auswirkungen für den Berufsstand
Sollte es politisch gelingen, die Bedarfsplanungsrichtlinie tatsächlich dahingehend zu ändern, dass der von unabhängigen Sachverständigen ermittelte Bedarf abgebildet würde, könnten so bundesweit mehr Therapieplätze verfügbar sein.	Käme es dort zu mehr Kassensitzen, wo der Bedarf nicht gedeckt ist, könnten Kolleginnen und Kollegen innerhalb des etablierten Systems tätig werden. Bisher bereits gut versorgte Gebiete (Städte) blieben für junge, niederlassungswillige Kolleginnen und Kollegen weiter gesperrt.

Schwierigkeiten und Herausforderungen: Der G-BA hat die entsprechenden Gutachten und Studien bisher nur unzureichend berücksichtigt. Der Ausschuss ist paritätisch besetzt von Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie von Vertreterinnen und Vertretern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV). Die Interessenslagen sind vielschichtig. Patientinnen und Patienten sind nur mit beratender Stimme vertreten.

Option 2: Sonderwege innerhalb des Systems

Sonderbedarfszulassungen können durch den Zulassungsausschuss der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ausgesprochen werden, wenn dadurch entweder ein quantitativer oder ein qualitativer Bedarf gedeckt werden kann.

Auswirkungen für Patientinnen und Patienten	Auswirkungen für den Berufsstand
Es macht fast keinen Unterschied, wie die Therapeutin oder der Therapeut zugelassen ist. Sollte eine temporäre Zulassung wieder aufgehoben werden, können begonnene Therapien i. d. R. noch beendet werden. Im Falle von spezifischen Bedarfen könnten qualitative Sonderzulassungen eine wertvolle Ergänzung der Regelversorgung darstellen, z. B. im Kontext von Psychoonkologie. Ermächtigungen könnten dann interessant sein, wenn ein zeitlich befristeter Mehrbedarf absehbar ist, z. B. im Rahmen von Flüchtlingswellen, Pandemien oder anderen Katastrophen.	Ist ein Sonderbedarf erstmal bewilligt, kann man nahezu uneingeschränkt an der Versorgung partizipieren. Tückisch ist, dass der Bedarf nachgewiesen werden muss. Die Chancen sind dann gut, wenn schon ein Patientenstamm im Kosten-erstattungsverfahren besteht. Eine Ermächtigung zu bekommen ist ggf. leichter. Allerdings entspricht sie auch in etwa einer befristeten Stelle inklusive aller Risiken, die man als Selbstständige/r hat; die fehlende Planungssicherheit dürfte abschrecken. Jobsharing ist ein gutes Konzept entweder zur Anbahnung einer Praxisübergabe zum Ende der Berufstätigkeit hin oder auch zwischen jüngeren Kolleginnen und Kollegen mit kleinen Kindern. Schwierigkeiten macht dabei häufig die festgelegte Obergrenze. Außerdem ist das Jobsharing in dem Moment hinfällig, wenn das Gebiet entsperrt wird. Dann werden Jobsharing-Zulassungen automatisch in reale Zulassungen umgewandelt.

Bei **Ermächtigungen** handelt es sich um temporäre Zulassungen (in der Regel zwei Jahre), die ebenfalls den Nutzen haben, einen bestehenden Bedarf zu decken, bei dem allerdings nicht davon auszugehen oder nicht sicher ist, dass dieser überdauernd sein wird. Unter **Jobsharing** versteht man das Teilen einer bestehenden Kassenzulassung auf zwei oder mehr Kolleginnen oder Kollegen. Dies geht grundsätzlich in Anstellung oder in freiberuflicher Form und muss ebenfalls durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden. Jobsharing ist nur in gesperrten Gebieten möglich, und der Gesamtumfang darf den bisher durch den die Kassensitz innehabende Person erwirtschafteten Umsatz um maximal fünf Prozent übersteigen (Ausnahme, diese lag zuvor unter dem Fachgruppendurchschnitt, dann wird die sog. „Obergrenze“ auf den Fachgruppendurchschnitt um 25 Prozent erhöht). In einigen Bundesländern sind außerdem noch sogenannte **Entlastungsassistenzen** möglich.

Schwierigkeiten und Herausforderungen: Die beschriebenen Sonderwege kämpfen mit dem Nachteil, dass die jetzige Rechtslage formal eine Überversorgung konstatiert und es eigentlich gar keinen offiziellen Bedarf an mehr ambulanter Psychotherapie gibt. Es hängt also für die einzelne Kollegin oder den einzelnen Kollegen nicht von den realen Notwendigkeiten der regionalen Versorgung ab, ob man einen solchen Sonderweg beschreiten kann, sondern wesentlich auch von der Entscheidungspraxis und den gerade herrschenden Stimmungen des jeweils zuständigen Zulassungsausschusses.

Option 3: Mehr Psychotherapien im Kostenerstattungsverfahren

Das Kostenerstattungsverfahren gemäß § 13 Abs. 3 SGB V besagt, dass sich Patientinnen und Patienten eine medizinisch notwendige Kassenleistung selbst beschaffen können, wenn diese innerhalb der Regelversorgung nicht (rechtzeitig) erbracht werden kann. Sofern diese Leistung gleichwertig ist, könnten die entstandenen Kosten der Krankenkasse dann in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung dafür ist der Nachweis des „Systemversagens“, in der Regel durch Besuch einer Sprechstunde in einer Kassenpraxis, die Bestätigung der Notwendigkeit und Dringlichkeit der Therapie, die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse vor Beginn der außervertraglichen Psychotherapie sowie der Nachweis, dass im Umkreis kein Therapieplatz in einer Kassenpraxis zeitgerecht zur Verfügung steht. Die gegenwärtige Bewilligungspolitik der Krankenkassen ist trotz des Rechtsanspruchs der Patientinnen und Patienten spätestens seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 als rigide zu bezeichnen.

Auswirkungen für Patientinnen und Patienten	Auswirkungen für den Berufsstand
<p>Käme es kurzfristig zu erhöhter Kulanz oder zumindest zu einer rechtskonformen Bewilligungspraxis der Krankenkassen, könnte auf diesem Weg eine Erleichterung für viele Patientinnen und Patienten geschaffen werden.</p> <p>Nichtsdestotrotz ist das Kostenersatzverfahren komplex und mit viel Eigeninitiative verbunden. Gerade schwerer psychisch Erkrankte sind hier oft überfordert und damit benachteiligt.</p> <p>Der faktische Rechtsanspruch macht den Klageweg zwar prinzipiell vielversprechend, ein jahrelanger sozialrechtlicher Prozess ist jedoch häufig eine zu große Hürde für akut psychisch erkrankte Menschen.</p>	<p>Man ist als außervertraglich tätige/r Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut zwar unabhängig vom System der KVen, jedoch im hohen Maße der Gunst und Bewilligungspraxis der jeweiligen Krankenkassen ausgesetzt.</p> <p>Der Einsatz bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Antragsprozedere ist ebenso ressourcenbindend wie notwendig, wenn eine ausreichende Anzahl von außervertraglichen Therapien vergütet werden soll.</p> <p>Aufgrund unterschiedlicher und wechselnder Praktiken der Krankenkassen bleibt die Existenzgrundlage auf Basis dieses Modells unsicher.</p>

Schwierigkeiten und Herausforderungen: Die Kostenerstattung ist eigentlich ein rechtliches Instrument zur Lösung eines „Systemversagens“ der ambulanten Versorgung. Jede Patientin bzw. jeder Patient, die bzw. der notwendige psychotherapeutische Leistungen von seiner Krankenkasse auf dem Wege der Kostenerstattung finanziert bekommt, dokumentiert im Grunde, dass in dieser Region die Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen nicht sichergestellt werden kann. Im Grunde kann keinem der Beteiligten daran gelegen sein, dass es sich dabei um einen Dauerzustand handelt. Sowohl Krankenkassen als auch KVen müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, dass sie ihren gesetzlichen Auftrag (Sicherstellung der Versorgung) im Bereich der ambulanten Psychotherapie anscheinend strukturell nicht erfüllen können.

Option 4: Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen

Eine Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen würde bedeuten, dass sich jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut an einem selbst gewählten Ort niederlassen und sich dort zur Teilnahme auch an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung bei der zuständigen KV registrieren lassen könnte. Über die Psychotherapie-Richtlinie hätte man

nach wie vor eine Kontrolle über Indikationsqualität, Umfang und Dauer der abgerechneten Leistungen, aber ein regionaler Zulassungsausschuss würde nicht mehr über eine prinzipielle Zulassung der oder des Einzelnen entscheiden. Eine Arztgruppe, bei der dies bereits so ist, sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte. Sozial- und verfassungsrechtlich sind Zulassungsbeschränkungen eigentlich nur zulässig bei einer Überversorgung. Da der aktuelle rechtliche Begriff der Überversorgung jedoch an für die Psychotherapie willkürlich festgesetzte Verhältniszahlen gebunden ist, existieren – in Widerspruch zur realen Mangelversorgung – bundesweit nahezu flächendeckend Zulassungsbeschränkungen.

Auswirkungen für Patientinnen und Patienten	Auswirkungen für den Berufsstand
<p>Es ist realistisch, dass die Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten insgesamt steigt. Gerade in attraktiven, infrastrukturell starken Gebieten könnte ein größeres und auch ein spezialisierteres Angebot entstehen.</p> <p>Es ist andererseits zu befürchten, dass sich in strukturschwächeren Gebieten weniger Psychotherapeutinnen und -therapeuten niederlassen werden. Eventuell würden also hier weiterhin lange Wartezeiten bestehen oder die Situation würde sich sogar verschlechtern.</p>	<p>Die Ausübung der Psychotherapie käme der Tätigkeit in einem freien Beruf deutlich näher, und die berufliche sowie Lebensplanung müsste nicht mehr davon abhängig gemacht werden, wo ein Kassensitz frei würde bzw. wo Zulassungsgremien gerne jemanden haben wollen.</p> <p>Potenziell befürchten könnte man, dass in Ballungsräumen eine größere Konkurrenz entstehen könnte.</p> <p>Auch wird befürchtet, dass die Vergütung für die einzelne Therapiesitzung sinken könnte, wenn es z. B. nicht gelänge bei einem Mehr an abgerechneter psychotherapeutischer Leistung auch eine entsprechende Erhöhung des Gesamtvolumens der Vergütung durch die Krankenkassen zu erreichen.</p>

Herausforderungen und offene Fragen: Psychotherapie sollte in der Fläche der Republik verfügbar sein. Um möglichen Effekten wie der Konzentration in Ballungsräumen und der Unterversorgung in der Fläche entgegenzuwirken, müsste man weiterhin die Verteilung der Versorgung monitoren und ggf. steuern. Dies ginge beispielsweise durch Anreizsysteme, die jedoch von den Krankenkassen finanziert und von bereits Niedergelassenen akzeptiert werden müssten. Bisher sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zusammen mit

allen anderen Arztgruppen in den KVen der Länder bzw. der KBV organisiert. Sollte und könnte diese Organisationsform im Falle eines Wegfalls der Zulassungsbeschränkungen bestehen bleiben? Muss/will man eine eigene regionale Selbstverwaltungsstruktur für die ambulante Psychotherapie? Welche Auswirkungen hätte das? Wichtig wäre zu gewährleisten, dass sich veränderte Zulassungsbedingungen nicht negativ auf die Vergütung auswirken.

Option 5: Steigerung der „Effizienz“

Unter dem Stichwort *#Rasterpsychotherapie* wird der Versuch verstanden, für Psychotherapie, ähnlich wie in der Medizin zum Teil bereits üblich, Pauschalen für bestimmte Diagnosen zu definieren. Aufgrund massiven Widerstandes von Betroffenen und Behandelnden wurde eine entsprechende Gesetzesänderung in diesem Jahr zunächst gekippt, das Konzept als solches wird aber weiter diskutiert. Ziel ist die Effizienzsteigerung von Psychotherapie und damit im Schnitt eine Reduktion der Behandlungsdauer.

Auswirkungen für Patientinnen und Patienten	Auswirkungen für den Berufsstand
<p>Solche Regelungen würden bedeuten, dass psychisch erkrankte Menschen in ein Raster gepresst würden. Da Komorbiditäten und individuelle Ausprägung kaum noch berücksichtigt werden könnten, müssten sie mit einer vordefinierten Anzahl an Sitzungen auskommen.</p> <p>Ggf. käme in Betracht, bei der Diagnostik die möglichst schwerwiegendste(n) Diagnose(n) zu stellen, um das Kontingent möglichst groß zu halten, was jedoch in verschiedenen Kontexten nachteilig sein kann.</p>	<p>Auf diese Art und Weise würde die Psychotherapie sich maximal weit von einem freien Beruf entfernen. Der jeweiligen approbierten Psychotherapeutin oder dem jeweiligen approbierten Psychotherapeuten würde die Kompetenz abgesprochen werden, fachlich fundierte und wirtschaftliche Entscheidungen über die Therapieplanung zu treffen. Zudem existieren ja bereits Kontingentgrenzen sowie Instrumente zur Qualitätssicherung (aktuell: Gutachterverfahren).</p>

Option 6: Bessere Auslastung von Psychotherapiesitzen

Ein heikles Thema ist immer wieder die Behauptung, dass insbesondere ganze Kassensitze nicht voll ausgelastet seien. Eine aktuelle Umfrage zeigt, dass auf ihnen mit rund 26 Sitzungen pro Woche nur marginal mehr gearbeitet wird als auf halben Sitzen mit rund 23 Sitzungen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich hinter der „Netto-Therapiezeit“

bereits eine Gesamttätigkeit verbirgt, die an eine Vollzeitstelle heranreicht. Die Gründe für die bessere Auslastung von halben Sitzen sind vielschichtig. Das Thema wird innerhalb des Berufsstandes gern vermieden, von KVen und der Politik hingegen gern als „Killerargument“ genutzt, warum keine zusätzlichen Sitze geschaffen werden müssen. Neben der Abgabe eines halben Sitzes kämen auch Varianten aus dem Abschnitt zu Sonderwegen (vgl. Option 2) oder eine Anstellung auf dem eigenen Sitz infrage.

Auswirkungen für Patientinnen und Patienten	Auswirkungen für den Berufsstand
<p>Würden mehr Kassensitze, die bisher nur teilweise genutzt werden, geteilt, würde das zu einer gewissen Steigerung der Behandlungskapazitäten führen.</p> <p>Würden Kassensitze innerhalb einer Praxis geteilt, könnte es außerdem zu Verbesserungen bei Notfallvertretungsregelungen kommen.</p>	<p>Da man mit 23 Therapiesitzungen mit GKV-Patientinnen und -Patienten plus ggf. zusätzlichen Stunden zu Lasten anderer Kostenträger schnell auf eine 40-Stunden-Woche kommt, klingt das Konzept zeitgemäß. Wo es die Räumlichkeiten hergeben, könnten diese gemeinsam genutzt werden und so Kosten gespart und kollegialer Austausch forciert werden.</p> <p>Allerdings: Für viele Kolleginnen und Kollegen mit vollem Versorgungsauftrag bieten diese auch eine gewisse Sicherheit, da Patientinnen und Patienten außerhalb der GKV-Versorgung ja längst nicht sicher und in einigen Regionen rar sind. Im Vergleich zu anderen Arztgruppen ist das Einkommen aufgrund der Vergütung deutlich geringer, dieses bezieht sich ja auf ein kalkulatorisches Arztgehalt bei vollem Versorgungsauftrag.</p> <p>Die Regelungen, wie viel auf einem halben Sitz gearbeitet werden darf, sind regional sehr unterschiedlich. Außerdem ist das Prozedere bei der Abgabe eines halben Sitzes vielerorts aufwendig und intransparent (für Sonderwege vgl. Option 2).</p>

Dr. Johanna Thünker, Vorsitzende des VPP
Prof. Dr. Stefan Siegel, Hochschule Nordhausen

Save
the Date

Kinder brauchen mehr / Jugend braucht mehr

Am 9.11.2021 lädt das bundesweite Bündnis der Psychotherapieverbände zu einer Fachveranstaltung (hybride Tagung), die sich mit den psychischen Belastungen infolge der Corona-Pandemie beschäftigt, nach Berlin ein.



© Kelly Skkema - Unsplash

Die Folgen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind weitreichend. Wir, ein bundesweites Bündnis der Psychotherapieverbände, thematisieren mit Expertinnen und Experten die schwierige Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen unter den aktuellen Pandemiebedingungen aus wissenschaftlicher und berufspolitischer Sicht.

Anknüpfend an die Veranstaltung des Bündnisses im März, bei dem ein konkretes Maßnahmenpaket an die Politik vorgestellt/verabschiedet wurde (www.bit.ly/2XMMF5E), findet nun in Berlin eine Fachkonferenz statt. Auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse werden sowohl die Situation der Kinder und Jugendliche als auch die bisher erfolgten Maßnahmen kritisch reflektiert und im Rahmen einer abschließenden Podiumsdiskussion diskutiert.

Bitte merken Sie sich **schon jetzt** den Termin vor.

- Was?** Fachveranstaltung zu psychischen Belastungen infolge der Corona-Pandemie
Wann? 9.11.2021 von 16 bis 19:30 Uhr
Wo? Hybridveranstaltung: Berlin und online

Weitere Informationen finden Sie hier:
www.vpp.org/kinder-brauchen-mehr-jugend-braucht-mehr