

„Wie kommt es zu solchen Beschlüssen?!“ Zur Transparenz des Entscheidungsprozesses...

11. Landespsychotherapeutentag
24. September 2016

Brigitte Kemper-Bürger - Geschäftsführerin PTK Berlin

Agenda

- Ausgangspunkt
- Politischer Entscheidungsprozess
- Konkretisierung in den Selbstverwaltungs-Gremien
- Erstes Ergebnis
- Aktueller Stand
- Nächste Schritte

Ausgangspunkt

Politische und fachpolitische Diskussion über die psychotherapeutische Versorgung und Bedarfsplanung läuft seit vielen Jahren:

Stichworte u. a.:

„Wartezeiten“

„Steuerung von Patienten, Psychotherapeuten und Psychotherapie?“

„Dauer und Effizienz von PT?“

„Wer braucht was und wieviel?: Befindlichkeitsstörungen und Krankheit – Definition von Behandlungsbedarf“

„Anzahl der Behandlungsplätze? Ausschöpfung der Praxissitze?“

„Wie sollen schwer Erkrankte versorgt werden? – Unterversorgung verschiedener Patientengruppen“

„Gibt es flexible Angebote außerhalb der Richtlinien-PT?“

„Welche Rolle spielt die Kostenerstattung in der Versorgung?“

.....

Ausgangspunkt

Diskussion erster Versorgungsmodelle als Ausdruck unterschiedlicher „Systemlogiken“ und Interessen:

Modelle:

Modell des GKV SV

Modell des DPtV

Modell der DGPPN

Modell der PTK Berlin.....

Ergebnis: Es kristallisieren sich erste Vorschläge für niedrigschwellige Versorgungsangebote heraus:

Sprechstunde

Akutbehandlung

Rezidivprophylaxe

Vereinfachung des Gutachterverfahren

Förderung der Gruppentherapie

Politischer Entscheidungsprozess

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

11.06.2015

§ 92 Abs. 6a SGB V

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

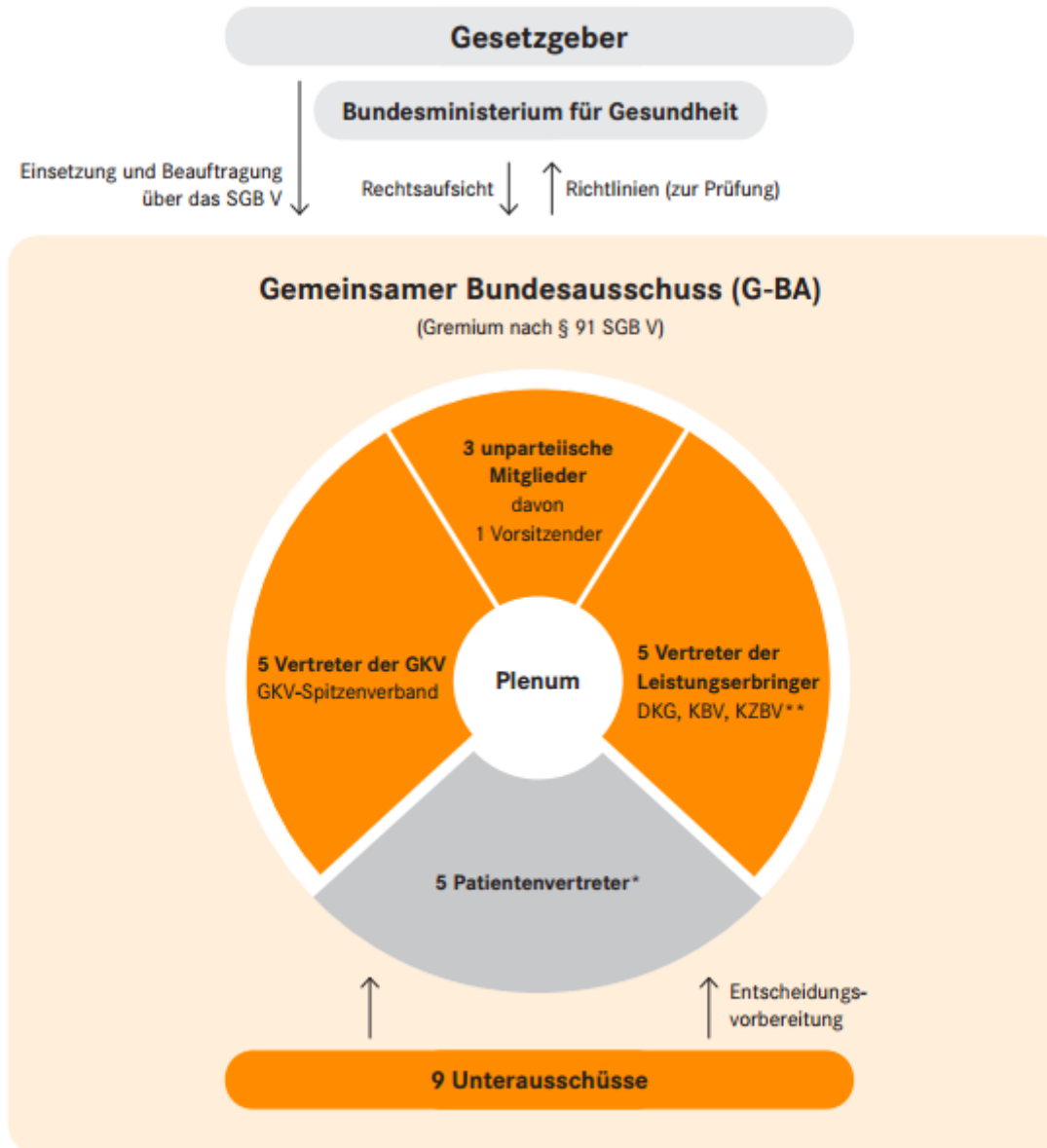
Konkretisierung in den SV-Gremien

Der Gemeinsame Bundesausschuss:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.“

(Homepage GB-A, Stand 12.08.2016)



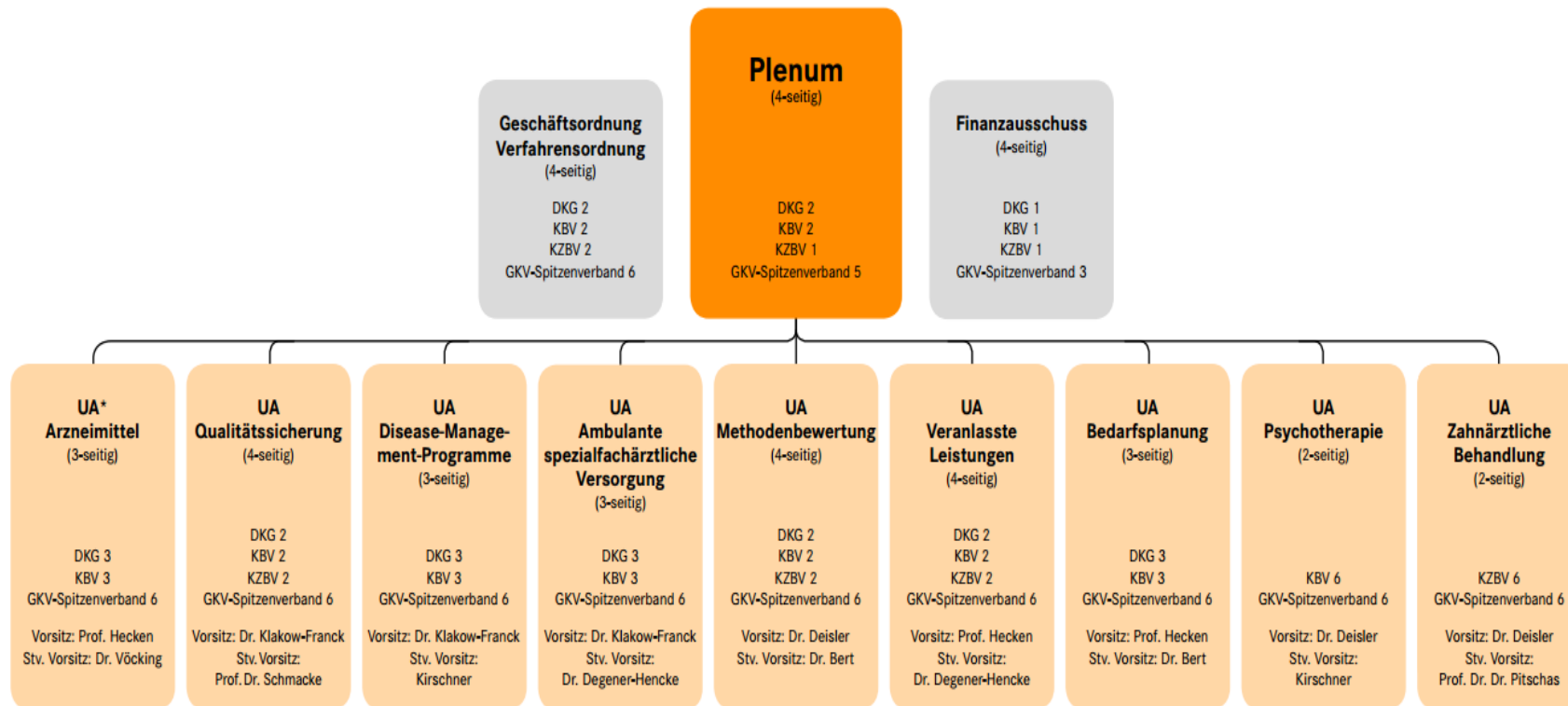


* Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

** Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen. Andernfalls erfolgt eine anteilige Stimmübertragung auf die betroffenen Organisationen nach § 14a Abs. 3 GO.

Quelle: Homepage G-BA
11.09.16

Der Gemeinsame Bundesausschuss im Überblick



- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil (§ 92 Abs. 7e SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil, soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist (§ 136 Abs. 3 SGB V).

Quelle: Homepage G-BA 11.09.16

*Unterausschuss (UA)

Ergebnis

Im G-BA verabschiedete Psychotherapie-Richtlinie
(Stand: 16.06.2016)

Wesentliche Änderungen:

- Psychotherapeutische Sprechstunde / tel. Erreichbarkeit
 - Für den Patienten ist die Wahrnehmung einer Sprechstunde vor Beginn einer PT verpflichtend. (Erw: 1-3 Std., Ki/Ju: 1-5 Std.)
 - Für PP/KJP ist das Angebot **freiwillig**. **Auflage BMG 9.9.16 !**
 - Bei Angebot: mind. 100 Min./Woche (bei hälftigem Versorgungsauftrag entsprechend weniger).
 - Tel. Erreichbarkeit der Praxis für Patienten von 250 Min./Wo (bei hälftigem Versorgungsauftrag 125 Min./Wo) muss sichergestellt werden.
 - Ergebnis der Sprechstunde muss dem Patienten schriftlich mitgeteilt werden.

Auflage BMG 9.9.16 !

Ergebnis

Wesentliche Änderungen:

- Probatorische Sitzungen
 - Es soll auch zukünftig probatorische Sitzungen vor der Durchführung einer RiLi PT geben, allerdings beschränkt: mindestens 2 bis höchstens 4 Stunden. (bei Ki/Ju bis 6 Std.)
- Akutbehandlung
 - Kurzfristige Interventionen (bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Min. oder 12 Einheiten à 50 Min.) können bei dringendem Behandlungsbedarf ohne Antrags- aber mit Anzeigepflicht durchgeführt werden.
 - Anrechnung der Akutbehandlung auf eine evtl. durchzuführende Richtlinien-therapie.

Ergebnis

Wesentliche Änderungen:

- Kurzzeittherapie

- Die bisherige Kurzzeittherapie von 25 Stunden muss zukünftig in 2 Abschnitten à 12 Std. erbracht werden.
- Es besteht Antragspflicht mit **Genehmigungsfiktion** (3 Wochen) – ohne Gutachterverfahren. **Hinweis BMG 9.9.16 !**

- Langzeittherapie

- Die Langzeittherapie kann auch weiterhin als gutachterpflichtige Langzeittherapie beantragt werden (nach den max. 4 probatorischen Sitzungen, nach einer Akutbehandlung oder nach einer Kurzzeittherapie).
- Vereinfachung des Antragsverfahren
- Neue Stundenkontingente (Einzeltherapie)
 Erw: VT: 60+20, TfP: 60+40, AP: 160+140
 Ki/Ju: VT: 60+20, TfP: 70/90+80/90, AP: 70/90+90/90
 + 25% für Bezugspersonen

Ergebnis

Wesentliche Änderungen:

- Dokumentation

- Dokumentation mit standardisierten Fragebögen (u. a. Sozialstatus, Bildungsniveau, Symptombelastung, bei Kindern: Intelligenz) wird **verpflichtend**.

Beanstandung BMG 9.9.16 !

- Der **Fragebogen soll dem Gutachterbericht beigefügt werden.**

Beanstandung BMG 9.9.16 !

- Gruppentherapie

- Gruppentherapie gilt zukünftig als gleichwertige in der Indikationsstellung zu berücksichtigende Anwendungsform.
- Mindestteilnehmerzahl wird auf 3 TN festgelegt.

Ergebnis

Wesentliche Änderungen:

- Kinder- und Jugendpsychotherapie
 - Bezugspersonen aus dem soz. Umfeld können leichter einbezogen werden. (max. 25% mehr Sitzungen)
 - Jugendliche bis 21 Jahre (ggfs. auch länger) können von KJPs behandelt werden.
 - Sprechstd., Probatorik und Rezidivpr. etwas länger als bei Erw.

- Rezidivprophylaxe
 - Bei einer Behandlung von > 40 Std. können max. 8 Std. (bei > 60 Std. max. 16 Std.) als Rezidivprophylaxe berücksichtigt werden.
 - Die Stunden werden auf das Behandlungskontingent angerechnet.

Gröhe streitet mit Psychotherapeuten

Der Gesundheitsminister will, dass Sprechstunden angeboten werden müssen. So sollen die meist monatelangen Wartezeiten verkürzt werden

BERLIN - Müssen alle Psychotherapeuten ihren Patienten künftig eine Sprechstunde anbieten? Oder dürfen sie sich selber aussuchen, ob sie sich an dem neuen Angebot beteiligen? Um diese Frage dreht sich ein Streit zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dem obersten Beschlussgremium von Ärzten, Krankenkassen und Kliniken im eigentlich selbstverwalteten deutschen Gesundheitswesen.

Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hat dieses Gremium jetzt zu Nachbesserungen verdonnert - weil es den Auftrag des Gesetzgebers, solche Sprechstunden anzubieten, nur als Kann-Leistung definiert hat. „Der Therapeut oder die Therapeutin kann Sprechstunden anbieten und teilt dies sowie die Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit“, heißt es in der vom GBA im Juni geänderten Psychotherapie-Richtlinie. Dadurch, so finden sie im Ministerium, sei der Wille des Gesetzgebers nicht adäquat umgesetzt.

Die Verpflichtung für Psychotherapeuten, künftig auch Sprechstunden anzubieten, findet sich in dem Mitte 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz. Damit reagierte der Gesetzgeber auf das Problem, dass es hierzulande oft

drei Monate, in strukturschwachen Regionen kann das noch deutlich länger dauern. Mit dem neuen Sprechstunden-Angebot soll zumindest die Ersteinschätzung deutlich flotter gehen. Binnen weniger Tage, so hieß es, könne dadurch abgeklärt werden, ob eine Psychotherapie nötig ist und wie die Zeit bis zum Therapiebeginn überbrückt werden kann.

Der GBA beschloss daraufhin, den Besuch einer mindestens 50-minütigen Sprechstunde zur „verpflichtenden Voraussetzung“ für jede Weiterbehandlung zu machen. Gleichzeitig stellte er es den Therapeuten aber frei, solche Sprechstunden überhaupt anzubieten. Nur wer mitmacht, muss pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag auch mindestens 100 Minuten für Sprechstunden vorhalten. Dem Ministerium ist das zu wenig. Zudem, so Ministerialdirektor Ulrich Orłowski, habe der Bundesausschuss nur über das „Wie“ und nicht über das „Ob“ des Angebots zu entscheiden gehabt.

Bei den Sprechstunden handle es sich „um eine spezifische Leistung, die der Verbesserung der Versorgung dient und

angebot, das für den Zugang der Patientinnen und Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung essentiell ist, abzulehnen, kollidiert insoweit mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen“.

Gleichzeitig rechnet das Ministerium den Experten vor, dass hierzulande pro Jahr etwa 500 000 Patienten eine Psychotherapie beginnen. Um den Sprechstundenbedarf für diese zu decken sei „rein rechnerisch ein Angebot in der Größenordnung von etwa 10 000 Sprechstunden à 50 Minuten pro Woche erforderlich“. Und wenn dieses „Mindestvolumen“ nicht bereits zum Start der neuen Regelung im April 2017 vorgehalten werde, „etwa weil das freiwillige Angebot an Sprechstunden sich erst sukzessive entwickelt, wäre der Zugang der Versicherten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt“.

Spricht: Es den Psychotherapeuten zu überlassen, ob sie freiwillig Sprechstunden anbieten wollen oder nicht, kommt für das Ministerium nicht in die Tüte. Bis Ende November hat der Bundesausschuss Zeit, seine Richtlinie zu korrigieren. Zum Unwillen der Therapeuten. Die möchten sich nur ungern verpflichten lassen: Mit freiwilligen Sprechstunden sei



Gröhe

Aktueller Stand

Beanstandung und Auflagen des BMG: (9.9.2016)

- Datenschutz: „...Einsatz der Dokumentationsbögen sowie Anlage 2 (Dokumentationsbögen) ... werden beanstandet.“
- Durchführung der Sprechstunden durch PPs und KJPs
„ ...Änderungsbeschluss so zu fassen, dass das Angebot der psych. Sprechstunde nicht als eine „Kann-Leistung“ bezeichnet wird und der Zugang der Versicherten zur ambulanten Psychotherapie auch in dem Falle gewährleistet ist, dass zu Beginn ... noch nicht genügend Sprechstunden vorgehalten werden ...“
- Patientengerechter Befundbericht
- Entscheidungsverpflichtung der Krankenkassen für Anträge auf Kurzzeittherapie („Genehmigungsfiktion“)
- Datenschutz
„ ..Einwilligungserklärung des Patienten zur Weitergabe von personenbezogenen Daten ..“



bis 30. November vom GB-A zu beschließen
Inkrafttreten der Richtlinie zum 1.4.2017

Nächste Schritte

Finanzierung der Leistungen: Verhandlungen im Bewertungsausschuss

Bewertungsausschuss:

Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen (SGB V § 87 Abs. 1). Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Die Geschäftsführung wird durch das Institut des Bewertungsausschusses wahrgenommen.

Der Bewertungsausschuss beschließt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der EBM ist die Abrechnungsgrundlage der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Nächste Schritte

Konkretisierung der Leistungen: Überarbeitung der Psychotherapie-Vereinbarung

Psychotherapie-Vereinbarung:

KBV und GKV-SV schließen als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) eine Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

Letzter Stand der heutigen Psychotherapievereinbarung: 15.01.2015

Nächste Schritte

Terminservicestellen:

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, § 75 SGB V, 11.06.2015

Von den KVen sollen Terminservicestellen eingerichtet werden, die Erstgespräche im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und Behandlungstermine vermitteln. Bei fehlenden Terminen müssen die Terminservicestellen ambulante Behandlungsplätze in Kliniken zur Verfügung stellen. Die KVen müssen damit auch Transparenz über das bestehende Behandlungsangebot schaffen.

„Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht.“

Überarbeitung Bedarfsplanungsrichtlinie:

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, § 101 SGB V, 11.06.2015

„Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen ... insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4 [Psychotherapeuten]“.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**