



Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

im Folgenden wollen wir Ihnen einige Konzepte vorstellen, bei denen Sie, wenn Sie alles verwirklichen, 1.2 Millionen neue Therapieplätze jährlich schaffen können, ohne einen einzigen Psychotherapeuten neu zulassen zu müssen. Das entspricht einer rechnerischen Zulassungszahl von 720 psychotherapeutischen Niederlassungen. Die Schaffung der zusätzlichen Behandlungsplätze erfolgt **kostenneutral!** Im Jahr 2019 ließe sich diese Zahl vorübergehend noch weiter erhöhen (vgl. Zusammenfassung).

Vorschlag 1

1. Schaffung von selbstverwalteten Terminvergabestellen bzw. Zentren für psychosoziale Gesundheit in Eigenverwaltung von Psychotherapeuten

Diese Idee entstand lange vor der Amtszeit unseres amtierenden Bundesgesundheitsministers Spahn. Auch lange vor der Reform der Psychotherapierichtlinie. Wir haben in Bonn und Umgebung einige 100 Psychotherapeuten. Von diesen hat immer der eine oder andere noch Therapieplätze frei. Bisher habe ich bei Kollegen herumtelefoniert, wenn ein Patient dringend einen Therapieplatz brauchte. Ich habe mich dann gefragt, warum können wir das Ganze nicht vernetzen, also gegenseitig austauschen, wer wann einen Therapieplatz frei hat. Aber es gibt doch die Zentralstelle zur Vergabe von freien Therapieplätzen, die z. B. wie das ZIPD in Aachen eingerichtet worden sind, haben einige Kollegen gesagt. Nachteil dieser Zentren ist, dass sie ohne vorherige Vorprüfung Patienten einfach an Therapeuten, die freie Plätze gemeldet haben, weiterschicken. So bekommt der Verhaltenstherapeut einen Patienten geschickt, der eine analytische Psychotherapie braucht und umgekehrt. Zeit- und Energieverschwendung für beide Seiten. Abgesehen davon hat die Erfahrung gezeigt, dass jemand, der einen Therapieplatz meldet, plötzlich 20, 30 oder mehr Anrufe bekommt, obwohl dieser Platz längst vergeben ist. Aus diesem Grund habe ich folgendes Modell entwickelt:

1. Einrichtung einer gemeinsamen telefonischen Terminvergabe mit vorheriger fachkundlicher Vorabklärung.
2. Entwickeln einer TerminiDatenbank, die Therapeuten selbst online ausfüllen können.
3. Psychotherapeuten können ihre Spezialgebiete, spezielle Ausbildungen (z. B. Traumausbildung) aber auch Fremdsprachenkenntnisse (z. B. türkisch, arabisch usw.) angeben.

Dieses Vorhaben ist einige Jahre vor sich „hingedümpelt“. Das werden die Kolleginnen und Kollegen kennen, denn Therapeuten sind auch sehr kreative Menschen, haben aber eben in der Regel keine Zeit dazu, dies umzusetzen, zumal dies als Einzelkämpfer auch schwer bis unmöglich ist.

Als die Reform der Psychotherapierichtlinie uns verpflichtete, zwei Stunden telefonische Bereitschaft pro Woche abzuhalten, wurde ich von Kolleginnen und Kollegen bedrängt, das nun endlich umzusetzen. Das habe ich dann auch getan. In Bonn haben wir das Modell umgesetzt, an dem derzeit 20 Therapeutinnen und Therapeuten teilnehmen. Warum „so wenig“? Ganz einfach: Wenn wir mehr aufnehmen würden, würde der ganze Laden zusammenbrechen. Wir konnten innerhalb von weniger als zwei Jahren, in denen das Modell besteht, insgesamt 335 Therapieplätze (nicht Sprechstunden, sondern Therapieplätze!) vermitteln. Zusätzlich sind spontan dadurch 40 Therapieplätze geschaffen worden bzw. erhalten geblieben, da die an der Terminvermittlung teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen keine telefonische Bereitschaft abhalten müssen. Meist gelingt es, die Patienten ad hoc zu vermitteln, manchmal müssen wir welche auf die Warteliste setzen. Sobald ein Therapeut wieder freie Termine meldet, werden die Patienten angerufen und ein Vermittlungsversuch vorgenommen. Kommt ein Patient mit einem Therapeuten nicht klar oder umgekehrt, meldet er sich wieder bei uns und wir versuchen, ihn an einen anderen Kollegen zu vermitteln. Mein Traum und meine Wunschvorstellung dabei war, dass wir ein psychosoziales Kompetenzzentrum daraus weiter entwickeln, d. h., Zentren in allen Regionen und größeren Städten, in denen z. B. ein oder zwei Psychotherapeuten fest angestellt arbeiten, die nicht nur die Terminvermittlung übernehmen, sondern auch die Patienten unterstützen, flankierende Maßnahmen, wie Selbsthilfegruppen, Soziotherapie usw. zu bekommen. Warum der Begriff „Kompetenzzentrum“? Das Kompetenzzentrum soll über ein umfassendes Fachwissen der örtlichen psychosozialen Betreuungs- und Therapiemöglichkeiten verfügen und auch entsprechende Kontakte haben, die es dann ermöglichen, Vermittlungen schneller, einfacher und unbürokratischer durchzuführen. Diese Kompetenzzentren können niedergelassene Psychotherapeuten dann „anzapfen“. Wie soll das aussehen? Nehmen wir ein Beispiel: Ein Psychotherapeut kommt nach der Sprechstunde zu der Überzeugung, dass für diesen Patienten eine Soziotherapie notwendiger wäre als eine Psychotherapie. Diese darf der Psychotherapeut auch verordnen – aber er kennt keinen Soziotherapeuten oder – wenn doch – weiß er auch nicht, welcher Soziotherapeut welche Kapazitäten hat. Ein anderer Therapeut empfiehlt einem Patienten, in eine Selbsthilfegruppe für Spielsüchtige zu gehen – auch er weiß nicht mehr, als dem Patienten zu raten dies zu googeln. Natürlich könnte der Therapeut auch für den Patienten z.B. eine geeignete Selbsthilfegruppe suchen – was viele Therapeuten auch tun. Aber dies bindet wieder zusätzliche Zeit.

Zusätzlich könnten solche Kompetenzzentren auch überbrückende Maßnahmen für

Patienten anbieten, während diese auf einen Therapieplatz warten, z. B. stützende Gespräche oder auch „Überbrückungsgruppen“.

Wir haben ein solches Projekt beim Innovationsausschuss beantragt – dieses wurde abgelehnt. Nur am Rande: Wir haben für dieses Projekt für drei Jahre 300.000,00 € Fördermittel beantragt – was in Anbetracht der Fördergrößen anderer Projekte ein „Klacks“ ist.

Im Jahr 2018 haben wir bei 20 teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen **134 Therapieplätze vergeben können** (wir sprechen nicht von einzelnen Sprechstunden, sondern von freien Therapieplätzen!). **Insgesamt in 2 Jahren 325 Plätze**. Alles in Eigenorganisation und Eigeninitiative!

Erweiterung der Terminvergabestellen auf „Zentren für psychosoziale Gesundheit (ZpG)“

Zentrum für psychosoziale Gesundheit (ZpG)

Zusammenfassung

Durch ein Zentrum für psychosoziale Gesundheit sollen die Wartezeiten auf Therapieplätze durch freiwillige zentrale Erfassung und Vermittlung freier Therapieplätze örtlicher Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf lokaler Ebene verkürzt werden. Eine **gemeinsame Vermittlungsstelle mit einer Telefonnummer, die örtliche Therapeuten** miteinander zur Vergabe freier Psychotherapieplätze bzw. Sprechstundentermine vernetzt.

Fachkompetenzen einzelner Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (z.B. Traumatherapie, Essstörungen, Therapie mit Migranten) aber auch spezielle Sprachkenntnisse (z.B. Türkisch, Arabisch u.a.) werden erfasst und gebündelt.

Vermittlung durch Fachpersonal (z.B. psychol. technische Assistenten)

Gleichzeitig Bündelung von Kompetenzen zur und Übernahme der Vermittlung von Patienten in weiterführende Therapiemaßnahmen wie Ergotherapie, Soziotherapie, stationäre Therapie, Rehabilitationsmaßnahmen. Zusammenarbeit mit den Trägern wie der DRV usw.

Überbrückende Maßnahmen für Patienten, die auf einen Therapieplatz warten wie Überbrückungsgruppen, Überbrückungsgespräche.

Für Therapeuten **Schaffen einer Vernetzungsstruktur mit regionaler**

Zusammenarbeit, Austausch, Weiterbildungen bzw. Intervisionsgruppen. Übernahme der Kontakte zu Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, stationären Einrichtungen usw. Besorgen von Versorgungsangeboten.

Effekt der Versorgungsverbesserung

Patienten bekommen schneller Therapieplätze, müssen nicht mehr Therapeuten „durchtelefonieren“. Therapieplätze sind durch eine gemeinsame örtliche Online-Datenbank immer auf dem neuesten Stand. Therapien können schneller aufgenommen werden, Fehlbehandlungen und Krankzeiten werden minimiert.

Leitziele der Zentren für psychosoziale Versorgung

- Eine zentrale Stelle stellt ihre Kompetenz den Patienten und anderen Therapeuten zur Verfügung
- Freie Therapieplätze werden über eine Onlinedatenbank örtlich gesammelt und regelmäßig aktualisiert. Hierbei können Therapeuten insbesondere ihre

Spezialisierungen (z.B. Traumatherapie für Migranten oder Flüchtlinge) sowie ihre Fremdsprachenkenntnisse angeben, sodass die Patientenvermittlung zielgerichteter und effektiver erfolgen kann.

- Psychotherapietermine werden zentral vom Zentrum vergeben.
- Patienten müssen nur noch eine Rufnummer anrufen.
- Patienten können dabei auch gleichzeitig über Therapie/Therapieverfahren und das Kassenverfahren informiert werden.
- Telefonische Beratung und Weitergabe von Informationen über Psychotherapie an Patienten
- Das Zentrum organisiert auch Kontakte und Vermittlungen von Patienten zu Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und Selbsthilfegruppen. Gleichzeitig werden Klinikkontakte gepflegt, um etwaige stationäre Versorgung von Patienten, zeitnah und zielgerichtet sicherstellen zu können.
- Das Zentrum sorgt für den kollegialen Austausch, durch Vernetzung, Fortbildungen, Intervisionsgruppen und Qualitätsgruppen und Qualitätszirkeln.
- Intervisionsgruppen für Therapeuten können angeboten bzw. vermittelt werden
- Urlaubs- oder Krankheitsvertretungen von Psychotherapeuten, können schneller über das Netzwerk organisiert werden.
- Überbrückungsgespräche für Patienten, die auf einen Psychotherapieplatz warten
- Überbrückungsgruppe für Patienten, die auf einen Psychotherapieplatz warten
- Das Modell kann in anderen Regionen übernommen werden.

Ausgangslage

1. Gesamtlage

Viele Patienten suchen dringend einen Therapieplatz, was in vielen Gegenden schwierig ist. Andererseits gibt es Gebiete, in denen eine 140 % Überversorgung mit Psychotherapeuten besteht. Auch in diesen Gebieten finden Patienten oft keinen Therapieplatz und weichen auf das System der Kostenerstattung aus. Grund ist häufig die Schwierigkeit, die freien Therapieplätze unausgelasteter Therapeuten unter einer Vielzahl von Therapeuten zu finden. Ein Aufwand, dem psychische kranke Menschen meist nicht gewachsen sind.

2. Auf Seite der Patienten

Patienten, die einen Therapieplatz benötigen, suchen diesen in der Regel über Listen, die sie von Ihrer Krankenkasse bekommen oder im Internet z.B. über KV-Portale oder Arzt-Suchmaschinen usw.

Der Patient telefoniert diese Liste ab und erfährt meist, dass der angerufene Therapeut keinen Therapieplatz frei hat und in der Regel auch lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz hat. Üblicherweise können Therapeuten auch keine Kollegen nennen, die freie Plätze haben (und wenn, können sie auch nicht wissen, ob diese noch frei sind).

Nach einigen enttäuschenden Anrufen geben viele Patienten resigniert auf. Besonders dann, wenn sie unter depressiven Störungen und damit verbundener Antriebslosigkeit leiden. In der Folge bleiben diese Patienten oft jahrelang unbehandelt und verursachen (unnötige) Kosten in anderen Bereichen der somatischen Medizin oder durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Dabei gibt es in vielen überversorgten Gebieten freie Therapieplätze, von denen die Patienten jedoch nichts wissen.

Denn die Listen der Krankenkassen und die Seiten der Portale offenbaren den Patienten nicht, ob ein Therapeut einen Platz frei hat oder nicht und wie lange seine Wartezeit ist.

2. Auf Seite der Therapeuten insbesondere durch Veränderungen durch die neue Psychotherapie-Richtlinie

Bedingt durch die neue Psychotherapie-Richtlinie, aber auch durch andere Kompetenzerweiterungen wie die Möglichkeit, Krankenseinweisungen selbst vorzunehmen, Soziotherapie oder Ergotherapie zu verordnen, stellt neue Anforderungen an die Psychotherapeuten und verlangt eine Erweiterung seiner Arbeitszeit durch die

- telefonische Erreichbarkeit
- Recherchebedarf beispielsweise bei Klinikeinweisungen oder Verordnung von Soziotherapie etc.

Gerade die telefonische Erreichbarkeit stößt bei vielen Therapeuten, die keinen Therapieplatz frei haben, auf Kritik und Unmut, weil sie therapiesuchenden Patienten immer wieder erklären müssen, dass sie im Moment keinen Platz frei haben. Ein für beide Seiten unbefriedigende Situation.

Lösungen

1. Vernetzung der lokal tätigen Psychotherapeuten
2. Schaffen einer zentralen Vermittlungsstelle für freie Therapieplätze und Sprechstundentermine mit telefonischer Terminvergabe und einer Online-Datenbank, die sowohl von Therapeuten als auch von der Vermittlungsstelle bedient werden kann.
3. Kompetenzenbündelung von Informationen an einer Stelle

Zielsetzung

Zielsetzung eines „Zentrums für psychosoziale Gesundheit (ZpG)“ ist die nachhaltige Verbesserung der Versorgungslage psychisch kranker Menschen in Städten, Ballungsgebieten und ländlichen Gegenden. Hierzu sollen über eine Online-Datenbank lokale Psychotherapeuten miteinander vernetzt werden, um auf diese Weise freie Therapieplätze sowie Behandlungskompetenzen und

Spezialisierungen effektiver auf die Bedürfnisse hilfesuchender Personen zuschneiden zu können.

Neben der Qualitätsverbesserung psychotherapeutischer Angebote im Allgemeinen kann auf dieser Basis für die am Projekt beteiligten Gruppen ein erheblicher Mehrwert erwartet werden. Für Psychotherapeuten bedeutet dies im Einzelnen etwa:

- effizientere Indikationsauswahl,
- Zeitgewinne durch diagnostisches Vorabscreening,
- passgenauere Gestaltung von Anträgen auf Kostenerstattung und in der Folge erhöhte Wahrscheinlichkeit der Bewilligung,
- Qualitätsverbesserung und Entlastung durch Intervision,
- Erhöhung von Therapiekapazitäten durch Reduzierung telefonischer Erreichbarkeitsverpflichtungen.

Auf Seiten der Patienten lassen sich unter anderem folgende Ertragsperspektiven beschreiben:

- Verbesserte Quantität und Qualität von Therapieangeboten,
- Steigerung der individuellen Passgenauigkeit von Psychotherapie,
- Schnellerer Zugriff auf stationäre Einrichtungen bzw. Selbsthilfegruppen durch Vernetzung.

Grundlegende Ziele

1. Schaffung eines auf Dauer funktionierenden lokalen Modells, das
2. auf andere Städte bzw. Regionen angewendet werden kann und dort ohne Anfangsreibungsverluste sofort umgesetzt werden kann.

Zu 1:

Im ersten Schritt geht es darum, lokal niedergelassene Therapeuten in einem Netzwerk zu verbinden. Über die Vernetzung findet zunächst der Informationsaustausch der Psychotherapeuten untereinander durch regelmäßige Treffen statt. Dabei entstehen Bindungen der Therapeuten untereinander und an das Netzwerk.

Im so installierten Netzwerk wird das kollegennahe Modell der Vermittlungsstelle und des Zentrums vorgestellt und beworben.

Zu 2:

Es wird eine zentrale Therapie- und Terminvermittlungsstelle geschaffen. Hierzu werden Räume angemietet, Personal aquiriert und die notwendige technische Infrastruktur (Datenbank, Technik, Ausstattung, Schulungsmaßnahmen) geschaffen.

Die Onlinedatenbank:

Die Termindatenbank wird als wichtigstes Instrument erstellt, erprobt und eingerichtet. Therapeuten können ihre Sprechstundentermine bzw. freie Therapieplätze selbst online verwalten. Die Vermittlungsstelle hat Zugriff auf die

Datenbank und kann anrufenden Patienten sofort Termine besorgen, die Therapeuten bei Vergabe eines Termins informieren und vergebene Termine sperren.

Zur Datensicherheit und Datenschutz siehe Kapitel „Datensicherheit und Datenschutz“.

Die teilnehmenden Therapeuten werden in der Datenbankbenutzung unterrichtet bzw. geschult. Ferner steht ein Mitarbeiter der Vergabestelle zu vorgegebenen Zeiten telefonisch Therapeuten mit Fragen oder technischen Schwierigkeiten zur Verfügung. Dies erscheint sinnvoll und notwendig, da die stärkste Alterskategorie niedergelassener Psychotherapeuten zwischen 40 und 60 Jahren liegt, die nicht mit der Digitalisierung der Arbeitswelt groß geworden sind und die sich in vielen Dingen hier noch schwer tun. Bleiben diese auf sich selbst gestellt, dürfte die Motivation in dieser Gruppe erfahrungsgemäß abnehmen.

Eine zentrale Telefonnummer – für viele Therapeuten

Es wird eine örtliche zentrale Telefonnummer eingerichtet, die für alle teilnehmenden Therapeuten gleich ist.

Der Patient muss **nur noch eine Telefonnummer anrufen** und „erreicht“ so eine Vielzahl von Therapeuten.

Damit wird auch vermieden, dass der Patient bei weiteren teilnehmenden Therapeuten anruft, da er bereits erfahren hat, wer einen Platz bzw. Termin frei hat, in der Regel schon einen Termin bekommen hat (zumindest für eine Sprechstunde) und aus diesem Anruf die Telefonnummer schon kennt.

Das Terminvergabeverfahren

Bei der Vergabe wird der Patient zunächst gefragt, ob er für einen bestimmten am Modell teilnehmenden Therapeuten anruft. Dann wird seine Symptomatik erfragt und dabei der Bedarf ermittelt. Wird bei einem passenden Therapeuten (passend nach dem benötigten Therapieverfahren) nach dem telefonischen Screening ein Termin gefunden, wird er mit dem Patienten ausgemacht und der Therapeut hierüber schriftlich informiert. Findet sich kein Termin bei einem Wunschtherapeuten, werden dem Patienten Termine bei anderen Therapeuten vermittelt. Wünscht der Patient keinen anderen Therapeuten oder findet sich keine freie Terminmöglichkeit, wird er auf eine Warteliste gesetzt. Sobald ein Termin beim gewünschten Therapeuten oder, wenn keine Wunschtherapeut genannt wird, bei einem anderen Therapeuten frei wird, wird diesem Patienten der Termin reserviert und der Patient sowie der Therapeut hierüber informiert.

Für Notfälle werden die Fachkräfte speziell geschult. Darüberhinaus soll ein approbierter Therapeut im Hintergrund zur Verfügung stehen, der gezielt eine Krisenintervention durchführen kann, sofern die Fachkraft mit der Situation überfordert ist.

Maßnahmen in Notfällen kann die Verweisung an eine Akutklinik (Psychiatrische Klinik des Einzugsbereichs), Einschaltung des psychosozialen Dienstes des örtlichen

Gesundheitsamts, Einschaltung des Notdienstes des Jugendamts, Alarmierung des Rettungsdienstes usw. sein.

Erfassung von Fachkompetenzen und Fremdsprachenkenntnissen von Therapeuten

Ein weiterer Vorteil ist, dass in einer solchen Datenbank auch Fachkompetenzen (z.B. Traumatherapie) oder Spezialisierungen (z.B. Spezialisierung auf Essstörungen) sowie Fremdsprachenkenntnisse von Therapeuten erfasst werden. Das kommt gerade Patienten mit Migrationshintergrund und mangelnden Deutschkenntnissen zu gute.

Vorteile des Modells einer lokalen Terminvergabestelle

1. für Patienten

- es muss nur noch eine Telefonnummer angerufen werden, statt eine lange Liste durcharbeiten. Lange frustrierende erfolglose Suchen nach Therapieplätzen entfallen.
- er kann auf eine bessere Patient-Therapeut-Passung (Patient-Therapieverfahren-Passung) vertrauen

2. für Therapeuten

- Wegfall zum Erbringen der telefonischen Bereitschaft
- Qualifizierte Vorauswahl von Patienten und damit bessere Patient-Therapeut-Passung
- Unterstützung des Therapeuten z. B. bei der Vermittlung von Soziotherapeuten, Selbsthilfegruppen und anderen (Patient kann sich dann direkt ans Zentrum wenden).

3. für die Solidargemeinschaft

- Minimierung fehlgeleiteter Therapien
- Wegfall von Fehlbesetzungen von Sprechstunden bei Therapeuten, die keinen Therapieplatz frei haben, da die Patienten vom Zentrum nur an Therapeuten weitervermittelt werden, die freie Therapieplätze oder zeitnah freie Therapieplätze anbieten können.
- Wegfall für die Kostenerstattung
- Vermeidung von Chronifizierung des Leidens bei Versicherten
- Leidensgerechte Optimierung der Versorgungsleistungen

Gesamtnutzen des Konzepts für alle Beteiligten

- Schaffen eines Pilotprojekts, das als Modell für weitere Städte und Regionen verwendet werden kann.

Vorteile dieses Modells einer lokalen Terminvergabestelle gegenüber den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS) und den Zentralen Informationsbörsen Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZIP).

1. Vorteile dieses Modells einer lokalen Terminvergabestelle gegenüber den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS)

- qualifizierte Vermittlung mit höherer Patient-Therapeut-Passung (Patient-Therapieverfahren-Passung) und damit Vermeidung unnötiger Kosten und Verzögerungen durch Fehlbehandlung aufgrund qualifizierten Personals
- Patienten können auch fachlich über die Therapieverfahren, die Antragsstellung usw. informiert werden und bekommen qualifizierte Antworten auf ihre Fragen (bezogen auf die Therapie, nicht das Störungsbild)
- größere Bereitschaft der Therapeuten, freie Therapieplätze und Sprechstundentermine zu nennen, wenn die Vergabestelle von Kollegen organisiert wird
- es werden nur lokale Termine vergeben, damit entfallen längere Fahrzeiten für die Patienten, was besonders finanziell schlechter gestellten Patienten oder Patienten mit hoher persönlicher Belastung (z.B. alleinerziehende Mütter) oder Patienten, die aufgrund ihres Störungsbildes durch weitere Fahrstrecken überfordert sind oder diese gar nicht bewältigen können (z.B. Agoraphobie, soziale Ängste, u.a.).

2. Vorteile dieses Modells einer lokalen Terminvergabestelle gegenüber den Zentralen Informationsbörsen Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZIP)

- Zentrale Vermittlungsbörsen geben nur von Therapeuten gemeldete Psychotherapieplätze weiter, die nach einiger Zeit schon vergeben sind. Patienten werden die Plätze jedoch oft noch weitergegeben, weil Therapeuten die Vergabe erfahrungsgemäß nicht an die ZIP melden.
- es findet bei den ZIPs keine Prüfung der Patient-Therapieverfahren-Passung statt
- es werden sofort freie Termine genannt
- die freien Therapieplätze sind auch real frei, weil die Therapeuten ihre Kapazitäten selbst und einfach aktualisieren können.
- Maßnahmen in Notfällen können nicht erfolgen

3. Abgrenzung gegenüber den Institutsambulanzen

Ambulanzen psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute vermitteln ebenfalls „Therapieplätze“. Hier ist die Motivationslage aber eine andere. Die Patienten werden an Ausbildungskandidaten der Institute vermittelt.

Zu 3:

Nach Einrichtung der Vermittlungsstelle werden die für Arbeit notwendigen Kompetenzen beschafft bzw. umgesetzt. Hierzu gehört die Kontaktaufnahme zu psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken, örtlichen

Soziotherapeuten und Ergotherapeuten, weiteren beteiligten Institutionen, wie Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfekontaktstellen, Jugendämtern, psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen mit betreutem Wohnen usw. hergestellt. Auch hier ist daran gedacht, sämtliche beteiligte Institutionen in einer anderen Datenbank zu erfassen. Für bestimmte Beteiligte sollen auch eigene Onlinezugänge zu der zweiten Datenbank geschaffen werden. Hier können Kliniken ihre aktuelle Belegung und die Aufnahmebedingungen oder z.B. Soziotherapeuten ihre Kapazitäten selbst verwalten bzw. aktualisieren (Termine, Adressänderungen, Änderungen der Aufnahmebedingungen usw.)

Langfristiges Ziel

Langfristig soll sich das Projekt ab dem 4. Jahr selbst tragen. Dies wird durch finanzielle Beteiligung der Therapeuten durch monatliche Beiträge gewährleistet. Die Bereitschaft hierzu wird auch während der Evaluation miterhoben.

Die Bereitschaft soll durch die Vorteile effizienteren Arbeitens motiviert werden. Erfahrungsgemäß therapieren Therapeuten lieber, als sich administrativen Aufgaben zu widmen.

Neue Projekte in anderen Städten bzw. Regionen können schneller damit rechnen, dass das Projekt sich selbst trägt, da sie die Erfahrungen und Veränderungen aus dem Modellprojekt übernehmen können.

Langfristige Finanzierung

Ein Zentrum soll sich langfristig durch Eigenbeiträge der beteiligten Therapeuten selbst finanzieren. Geplant ist, das Modell über drei Jahre aufzubauen und sukzessive ausreichend Kollegen für die Selbstfinanzierung des Modells zu gewinnen.

Beteiligen sich 100 Therapeuten einer Stadt oder Region an einem solchen Zentrum, und bezahlen einen Betrag von 65 Euro pro Monat, ergeben sich bereits ausreichende Einnahmen, um das Zentrum langfristig zu sichern. Die Höhe des Beitrages erscheint realistisch, da sie einem Bruttowert von etwa einer Arbeitsstunde entspricht - berücksichtigt man noch, dass dieser Betrag steuerlich absetzbar ist, entspricht dies einem Nettobeitrag von ca. 60 Euro (berechnet an Hand einer durchschnittlichen Steuerprogressionen).

In dem von uns berechneten Beispiel würde der Break – even- point bei 65 Kollegen liegen, was einem Anteil von etwa 15 % der örtlich ansässigen Psychotherapeuten entspricht.

Um diese Anzahl von Kollegen zu gewinnen, bedarf es der Schaffung eines solchen Zentrums mithilfe einer Anschubfinanzierung, um ein solches funktionierendes Zentrum zu schaffen und zu etablieren.

Aus diesem Grund ist es notwendig, das Modell langfristig bei den Therapeuten

vorzustellen und bekannt zu machen.

Diese Vorlaufzeit dürfte sich bei Übernahme des Modells in anderen Regionen oder Städten deutlich verkürzen, da man auf ein bereits funktionierendes Modell mit bewährter Infrastruktur aufbaut, was gleichzeitig dem neuen Modell einen größeren Vertrauensvorsprung verleiht.

Warum es sinnvoll und notwendig ist, die Zentren in Eigenverwaltung der Psychotherapeuten zu geben

Ein solches Modell bedarf einer großen Vertrauensbasis der teilnehmenden Psychotherapeuten. Sobald Therapeuten einen Eingriff in die Selbstverwaltung und berufliche Selbstbestimmung vermuten, sinkt die Bereitschaft, an einem solchen Modell mitzuwirken.

Psychotherapeuten sind gegenüber Institutionen der Kassenversorgung sowie Krankenkassen vorsichtig, weil sie befürchten in ihrer beruflichen Selbstbestimmung beeinflusst zu werden oder gar im schlimmsten Falle in ihrer Arbeit und Arbeitsleistung kontrolliert zu werden. Um eine größtmögliche Mitarbeitsbereitschaft („Compliance“) zu schaffen und nachhaltig sicherzustellen, scheint es uns unumgänglich ein solches Zentrum in der Selbstverwaltung und Selbstorganisation örtlicher Psychotherapeuten zu etablieren. Nur so wird die notwendige Voraussetzung für Psychotherapeuten geschaffen, um sich am örtlichen Zentrum freiwillig zu beteiligen.

Deshalb soll das Modell ausschließlich in Selbstverwaltung der teilnehmenden Therapeuten verbleiben. Die damit auch ein großes Maß an Mitgestaltungsmöglichkeiten bekommen, so dass ihr Bedarf und ihre Wünsche oder Anregungen auch unkompliziert umgesetzt werden.

Therapeuten haben so das Gefühl, sie haben es „mit Kollegen zu tun“, können mitbestimmen und haben nicht mit einer Institution zu tun, die den therapeutischen Arbeitsalltag nicht kennt und mit den Bedürfnissen, Möglichkeiten und Grenzen der Therapeuten nicht vertraut ist.

Durch die Selbstverwaltung werden so asymmetrische Machtverhältnisse verhindert. Therapeuten werden kaum bereit sein, freiwillig mehr Daten über ihre Tätigkeit als diejenigen, zu denen sie verpflichtet sind, preiszugeben (Anzahl der Therapieplätze, Arbeitszeiten etc.), weil sie Überwachung bzw. Eingriffe in deren Berufsautonomie befürchten. Unter Kollegen ist diese Bereitschaft weit höher, weil eine selbstverwaltetes Zentrum weder Kontroll- noch Restriktionsbefugnisse hat. Abgesehen von einem geringeren Vertrauen als gegenüber einer Institution, die von den Therapeuten selbst erschaffen und verwaltet wird („Von Kollegen für Kollegen“), ist zu erwarten, dass keine Bereitschaft zur Zahlung eines monatlichen Beitrages an eine Institution, die von einem der genannten Träger und nicht von Therapeuten selbst geschaffen wurde, besteht.

Vorteile der Selbstorganisation sind größeres Vertrauen der Therapeuten in das Angebot als bei einem marktwirtschaftlich orientierten Unternehmen oder einer Einrichtung, die von einer Institution (wie Krankenversicherungen, Kassenärztlichen Vereinigungen) geschaffen wurde. Therapeuten vertrauen ihre Patienten und ihre Kapazitätsdaten eher Kollegen an als Nicht-Kollegen.

Die Bereitschaft zur Teilnahme der örtlichen Therapeuten an diesem Modell steht und fällt

1. mit dem Vertrauen der Behandler in das Zentrum
2. mit dem erwarteten Nutzen, insbesondere dem Entlastungsnutzen



Vorschlag 2

2. Modifikation des Gutachterverfahrens (§34 Psychotherapierichtlinie)

Zur Beantragung längerer Psychotherapien ist nach der Psychotherapie-Richtlinie das Gutachterverfahren vorgesehen. Hierzu schreiben Psychotherapeuten einen Antragsbericht an den Gutachter, der in der Regel zwei bis drei Seiten lang ist. Nach einer Befragung der ‚Initiative für gerechte Honorare aus dem Jahre 2016 benötigen Psychotherapeuten im Durchschnitt **vier Stunden** für einen Erst- oder Umwandlungsantrag.¹

Die bisherige Form des Antragsverfahren für eine Psychotherapie ist für Psychotherapeuten sehr zeitaufwändig. Hier werden oft mehrere Stunden für den Bericht an den Gutachter benötigt.

Im Jahr 2016 fielen Im Bundesdurchschnitt fielen insgesamt 387.674 Gutachtenanträge an. Durch die Änderung der Psychotherapierichtlinie im Jahr 2017 und der damit verbundenen (relativen) Abschaffung der Antragspflicht bei Fortführungsanträgen dürfte sich die Anzahl der Anträge etwa halbiert haben, so dass wir aktuell von etwa 190.000 Antragsberichten pro Jahr ausgehen.

Für die Kurzzeittherapieanträge gab es vor der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 die Pflicht, für 25 beantragte Therapiestunden auch einen Bericht an den Gutachter zu schreiben. Von dieser Pflicht waren nach einer aktuellen Befragung im Jahre 2016 93,5 % der niedergelassenen Therapeuten befreit.²

Die Befreiung zur Gutachterpflicht ergab sich aus § 28 der alten Psychotherapie-Richtlinie. Die dann mit der Änderung der Therapie-Richtlinie im Jahr 2017 abgeschafft wurde. Mit Änderung der Psychotherapievereinbarung im gleichen Schritt, mit der Änderung des § 15, (5) der Psychotherapievereinbarung:

„Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält.“

In Verbindung mit der Abschaffung des alten § 28 der Psychotherapie-Richtlinie wurde die Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie wieder „durch die Hintertür“ eingeführt. Und zwar sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, Antragsberichte für Kurzzeittherapien zu verlangen, können dies jedoch nach § 15 (5) PTV jederzeit tun. Wir bekommen immer mehr Zuschriften von Mitgliedern, die darauf hindeuten, dass

¹ <http://gerechte-honorare.de/index.php?page=1740443641&f=1&i=1740443641>

² http://gerechte-honorare.de/Umfrage_KZT/results.php

die Krankenkassen auch bei Kurzzeittherapien Antragsberichte für das

Gutachterverfahren verlangen. Dies kann in Zukunft Therapeuten daran hindern, Kurzzeittherapien zum Beispiel unmittelbar an eine stationäre Kurzzeittherapie oder Reha-Maßnahme anzuschließen beziehungsweise an eine begonnene Akutbehandlung als Kurzzeittherapie fortzusetzen. Es ist aus zeitökonomischen Gründen oft nicht möglich, einen Antragsbericht gerade für akute, nicht vorhersehbare Psychotherapiefälle zu schreiben.

Daher schlagen wir folgende Modifizierungen vor:

2.1 Modifizierung des Gutachterverfahrens

Zwar liegen die endgültigen Zahlen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die im Jahr 2018 erstellten Gutachten und damit Antragsberichte an den Gutachter noch nicht vor. Wir gehen jedoch durch die Abschaffung eines Bewilligungsschrittes (in der alten Psychotherapie-Richtlinie waren es drei) und dem weitestgehenden Verzicht der Krankenkassen auf die Berichterstellung von Fortführungsanträgen, von einer geschätzten Zahl von 190.000 gutachterpflichtigen Psychotherapien im Jahr 2018 aus. Wenn wir die Zahl von vier Stunden nehmen, so sehen wir, dass dadurch alleine 760.000 Stunden bei Psychotherapeuten gebunden sind. Vorgesehen sind im Honorarbewertungsmaßstab und bei der Bewertung der EBM-Ziffer 35131 eine Zeitstunde, die der Psychotherapeut rechnerisch für den Antragsbericht benötigen darf.

Wenn das Gutachterverfahren so modifiziert wird, dass den Psychotherapeuten das Ausfüllen so erleichtert wird, dass diese tatsächlich in nur noch einer Stunde ausgefüllt werden können. Dies kann z.B. durch Vereinfachung mit Auswahlfeldern oder semantischen Differenzialen etc. erfolgen. Dadurch könnten zusätzlich 570.000 Behandlungsstunden frei werden und dementsprechend etwa 12.500 Behandlungsplätze geschaffen werden.

2.1.1 Abschaffung der Berichtspflicht für Kurzzeittherapien

Die Berichtspflicht wird erst ab der 25. Therapiesitzung verbindlich.
Änderung des § 15, (5) der Psychotherapievereinbarung.

In:

„Die Krankenkasse kann **nach der Kurzzeittherapie 2** grundsätzlich jeden Antrag einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält.“

Alternativ: Wiedereinführung der Befreiung von der Berichtspflicht bei Kurzzeittherapien.

Wiedereinführung des alten § 26 (a) der alten Psychotherapierichtlinie, nach § 34 der neuen Psychotherapierichtlinie, z.B. als § 34a

§ 34a Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie

¹Von der in § 26 festgelegten Begründungspflicht für einen Antrag im Gutachterverfahren können Therapeutinnen und Therapeuten für die Kurzzeittherapie durch die Kassenärztliche Vereinigung befreit werden. ²Voraussetzung ist, dass sie für das jeweilige Verfahren 35 Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren gemäß dieser bzw. der bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Richtlinie aufgrund von Erstanträgen von Patientinnen und Patienten ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorlegen und nachweisen, dass sie die Therapien persönlich und eigenverantwortlich durchgeführt haben. ³Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie bei Erwachsenen beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können bis zu 15 Therapiegenehmigungen für analytische Langzeittherapien angerechnet werden. ⁴Von den 35 Therapiegenehmigungen müssen mindestens 20 eine Einzeltherapie betreffen. ⁵Will die Therapeutin oder der Therapeut eine Befreiung vom Gutachterverfahren auch für die Gruppentherapie erhalten, müssen von den für das entsprechende Verfahren und den entsprechenden Bewilligungsschritt vorgelegten 35 Therapiegenehmigungen 15 für eine Gruppentherapie erteilt worden sein. ⁶Voraussetzung für eine Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen ist die Vorlage von 35 im Gutachterverfahren genehmigten Therapien von Kindern und Jugendlichen. ⁷Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können sowohl Therapiegenehmigungen für Langzeittherapien von tiefenpsychologisch fundierter als auch von analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen angerechnet werden. ⁸Bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sowohl eine Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch für die Behandlung von Erwachsenen besitzen und eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen in einem Richtlinienverfahren beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können bis zu 15 Therapiegenehmigungen für Psychotherapie von Erwachsenen in diesem Richtlinienverfahren angerechnet werden. ⁹Die Befreiung vom Gutachterverfahren für die Kurzzeittherapie gilt für Therapeutinnen und Therapeuten, die die oben geforderten Nachweise erbracht haben und die Behandlung selbst durchführen.“

Zusätzlich als Satz 10 **wäre einzuführen**: „¹⁰Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die vor dem 1.4.2017 von der Pflicht zum Gutachterverfahren bei Kurzzeitherapien befreit waren, erhalten die Befreiung ohne weitere Prüfung.“

2.1.2 Modifizierung des Gutachterverfahrens bei Erst-, Umwandlungs- und Fortführungsanträgen

Anpassung der Vorgaben für den Antragsbericht an den im Standardbewertungssystem verwendeten Zeitbedarf für die ärztliche Leistung gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V von 60 Minuten (Kalkulationszeit und Prüfzeit!).

Wir schlagen folgendes Wahlverfahren, welches die Psychotherapeuten individuell wählen können, vor:

2.1.2.1 Vereinfachtes Antragsverfahren mit einer verkürzten Form des Antragsberichts

Durch Standardisierung bestimmter Punkte (Therapieplanung, psychischer Befund, Prognose) sowie durch genaue Vorgaben von Kriterien für die Gutachter zur Bewilligung bzw. Ablehnung von Therapien. Die Vorgaben für den Antragsbericht sind insgesamt so zu gestalten, dass ein Therapeut im Durchschnitt nicht mehr als 60 Minuten zum Erstellen des Berichts benötigt.

2.1.2.2 Supervisionsverfahren

Die Therapeutin bzw. der Therapeut kann selbst einen unabhängigen, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beauftragten Gutachter zur persönlichen Fallvorstellung aufsuchen. Der Gutachter prüft nach dem standardisierten Verfahren (unter 2.1.2.1) die Kriterien zur Bewilligung. Vorteil ist hier, dass der Therapeut notwendige Änderungen z.B. in der Therapieplanung oder sonstige erforderliche Modifikationen sofort erfährt und auch fehlende Informationen direkt ausräumen kann. Nicht zu unterschätzen wäre auch ein interkollegialer Supervisionsaspekt, den dieses Verfahren mit sich bringt.

Durch diese Vereinfachung könnten bereits etwa **570.000 Therapiestunden, also etwa 12.500 neue Therapieplätze** zusätzlich pro Jahr geschaffen werden.



Vorschlag 3

3. Zulassen der Kombination von unterschiedlichen Therapieverfahren zur Verbesserung der Versorgung

In der Psychotherapie-Richtlinie war zur Verbesserung der Versorgung auch vorgesehen, die Gruppen-Psychotherapie zu fördern. Die neue Gruppen-Psychotherapie ist ein sehr hilfreiches Verfahren, was insbesondere bei sozialen Ängsten, Vereinsamung, Kontaktproblemen, sowie Abgrenzungsschwierigkeiten (was häufig ein gewichtiges Thema bzw. eine Ursache bei Burnout-Störungen ist). Das Problem hierbei ist, dass viele Psychotherapeuten nicht beziehungsweise noch nicht über die Qualifikation zur Gruppentherapie verfügen. Ein wesentlicher Schritt, um den Zugang zur Gruppentherapie zu vereinfachen, war es, als im Jahre 2016 die Psychotherapie-Richtlinie dahingehend geändert wurde, dass Gruppen-Psychotherapien und Einzeltherapien parallel von einem oder zwei verschiedenen Therapeuten angeboten werden durften.

Dieses Verfahren war zuvor nur im stationären Bereich erlaubt – im ambulanten Bereich war es nicht zulässig. Gleichzeitig wurde erlaubt, die Einzeltherapie und die Gruppentherapie bei verschiedenen Therapeuten durchzuführen. Nach § 18 der Psychotherapie-Richtlinie war eine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie bisher nicht zulässig. Die Begründung lag darin, dass eine Kombination zu einer Verfremdung der Methoden bezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann. Dies ist zwar grundsätzlich richtig – bezieht sich aber auf die gleichzeitige Anwendung beider Verfahren in einer Einzeltherapie bei einem Therapeuten.

Bedingt durch die Notwendigkeit einer erhöhten Neutralität und therapeutischen Distanz in psychoanalytisch begründeten Verfahren verbieten sich gleichzeitig Verfahren, bei denen eine größer (auch oft körperliche) Nähe zum Therapeuten entsteht. In verhaltenstherapeutischen Übungen entsteht diese z.B. beim gemeinsamen Einüben zum Verlernen spezifischer Ängste, also Fahrstuhlfahrten, Treppegehen, Bahnfahrten und so weiter.

Es ist uns kein Grund ersichtlich, warum eine Kombination von gruppen-therapeutischen Verfahren der einen therapeutischen Ausrichtung mit einem einzeltherapeutischen Verfahren der anderen Ausrichtung nicht kombinierbar sein soll, sofern beide Therapien bei unterschiedlichen Therapeuten stattfinden. So kann zum Beispiel eine Verhaltenstherapie im Einzelsetting bei einem Angstpatienten eine wertvolle Ergänzung durch eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppen-Psychotherapie erfahren, in der der Patient im direkten Kontakt mit anderen seine

Ängste verlieren kann. Gleiches gilt auch für die Kombination in der anderen Reihenfolge (Verhaltenstherapie-Gruppe, tiefenpsychologisch Einzelsitzungen).

Wir schlagen daher vor, den § 18 der Psychotherapierichtlinie wie folgt zu ändern:

„Psychoanalytisch begründete Verfahren- und Verhaltenstherapie sind **im Einzelsetting** nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der Methoden bezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen können. **Bei einer Kombination von gruppentherapeutischen Sitzungen mit Einzelsitzungen ist die Kombination beider Verfahren zulässig, sofern sie bei unterschiedlichen Psychotherapeutinnen beziehungsweise Psychotherapeuten stattfinden.**“



Vorschlag 4

4. Prüfung der Notwendigkeit neuer Niederlassungen und Umsetzung, wo es erforderlich ist, sowie Schaffung von Anreizen und Vereinfachungen in den Zulassungen

4.1. Anpassung der Bedarfsplanung an eine wissenschaftlich gesicherte Bedarfsprüfung für Psychotherapie

Es sollte eine unabhängige Einrichtung (z.B. das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit oder das Robert-Koch-Institut) beauftragt werden, den tatsächlichen Bedarf an Psychotherapie mit wissenschaftlichen Methoden zu ermitteln. Dabei sollen insbesondere regionale Unterschiede des tatsächlichen Bedarfs herausgearbeitet werden, um für jeden Bereich eine passende Bedarfsplanung berechnen zu können.

4.2. Schaffung von zeitlich begrenzten Zulassungen

In Regionen, in denen nur ein zeitlich begrenzter höherer Bedarf ermittelt wird, könnten zeitlich begrenzte Zulassungen ausgegeben werden (z.B. 5 oder 10jährige Sonderzulassung mit erneuter Prüfung vor Ablauf des Zeitraumes)

4.3. Höher-Honorierung in wenig beliebten, unterversorgten Gebieten

Hier könnten höhere Honorierungen ähnlich wie bei den Landärzten Anreize beispielsweise für junge Therapeuten schaffen, sich in solchen Gegenden niederzulassen.



Vorschlag 5

5. Verzicht auf die Anschlußpflicht zur Telematik für Psychotherapeuten

Gründe:

Psychotherapeuten lehnen die elektronische Patientenakte und den Anschluß an die Telematik überwiegend ab. Nach einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2019 zur Akzeptanz der Telematik von uns, wollen sich 92,5 % der Psychotherapeuten nicht an die Telematik anschließen lassen.³

Die Bedenken dürften im Ministerium hinreichend bekannt sein.

Psychotherapeuten, die sich an die Telematik anschließen lassen werden überwiegend keine Daten aus psychotherapeutischen Behandlungen in die elektronischen Patientenakten schreiben. Diese Daten sind zu sensibel, könnten auch bei anderen Behandlern zu Stigmatisierung oder Vorurteilsbildung führen. Abgesehen davon, sehen viele Psychotherapeuten das besondere für die psychotherapeutische Arbeit unamgängliche Vertrauensverhältnis, durch die Telematik als gefährdet an.

Der einzige „Nutzen“ im gesetzlichen Gesundheitswesen wäre der Versichertstammdatenabgleich. Da jeder Patient, der eine Psychotherapie bei einem Psychologischen Psychotherapeuten oder bei einem Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten aufnehmen will, ohnehin zum Erstellen des vorgeschriebenen Konsiliarberichtes einen Arzt aufsuchen muss, fällt dieser Aspekt weitestgehend weg.

Kostenersparnis bei Verzicht auf die Pflicht zum Telematik-Anschluß für Psychotherapeuten

Gehen wir von 28.500 niedegelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Stand 2017) aus, dann würde bei einem Verzicht die sofortige Ersparnis im Jahr 2019 bei 471.960.000 € liegen. Das entspricht einer Therapiestundenzahl von zusätzlichen 5.261.538 Einzelsitzungen. Oder einer zusätzlichen Sitzanzahl von 3.177 bei Vollaustlastung.

³ <https://www.umfrageonline.com/results/df70ef2-b908958>



Zusammenfassung der Gewinne durch unsere Vorschläge

Vorschlag 1:

Wegfall der telefonischer Erreichbarkeit bei 28.500 Behandlern á 2 Sitzungseinheiten zu 50 Minuten

Freie Therapiesitzungen = freie Therapieplätze: ⁴	57.000
Rechnerisch geschaffene Niederlassungen ohne Neuzulassung: ⁵	34

Vorschlag 2:

Wegfall bürokratischem Auswandes durch das Gutachterverfahren⁶

Freie Therapiesitzungen = freie Therapieplätze:	570.000
Rechnerisch geschaffene Niederlassungen ohne Neuzulassung: ⁷	340

Vorschlag 3:

Kombination von Einzel- und Gruppentherapien in unterschiedlichen Psychotherapieverfahren.

Keine „messbare“ Generierung neuer Therapieplätze oder rechnerisch geschaffener Niederlassungen ohne Neuzulassung, jedoch deutliche Verbesserung und Effizienzsteigerung der Therapieergebnisse insbesondere bei schweren Störungen, da diese flankierend multimodal therapeutisch angegangen werden.

Vorschlag 4:

Prüfung der Notwendigkeit neuer Niederlassungen und Umsetzung, wo es erforderlich ist, sowie Schaffung von Anreizen und Vereinfachungen in den Zulassungen

Keine „messbare“ Generierung neuer Therapieplätze oder rechnerisch geschaffener Niederlassungen ohne Neuzulassung, jedoch Klarheit über den tatsächlichen Bedarf. Zeitlich begrenzte Zulassungen bedeuten Sicherheit in der Steuerung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs.

⁴ Bei rechnerisch einer Sitzung pro Woche

⁵ Ausgehend von einer Sitzungsauslastung von 36 Sitzungen (einer Vollaustattung nach mehreren Urteilen des BSG) und 46 Arbeitswochen je Praxis

⁶ Ausgehend von 190.000 Antragsberichten, die in einer statt in vier Zeitstunden erbracht werden können=Zeitersparnis je Antrag 3 Zeitstunden

⁷ Ausgehend von einer Sitzungsauslastung von 36 Sitzungen (einer Vollaustattung nach mehreren Urteilen des BSG) und 46 Arbeitswochen je Praxis

Anreize für „unbeliebte“ unterversorgte Gebiete können die Unterversorgung besser beheben.

Vorschlag 5:

Verzicht auf die Anschlußpflicht zur Telematik für Psychotherapeuten
Sofort in 2019

Freie Therapiesitzungen = freie Therapieplätze:	1.783.960 ⁸
Rechnerisch geschaffene Niederlassungen ohne Neuzulassung:	1.077

Danach rechnerisch pro Jahr:

Freie Therapiesitzungen = freie Therapieplätze:	571.906
Rechnerisch geschaffene Niederlassungen ohne Neuzulassung:	345

Gesamtzahl generierbarer Therapieplätze und rechnerisch geschaffener Niederlassungen

Sofort in 2019

Freie Therapiesitzungen = freie Therapieplätze:	2.410.960
Rechnerisch geschaffene Niederlassungen ohne Neuzulassung:	1.452

Danach rechnerisch pro Jahr:

Freie Therapiesitzungen = freie Therapieplätze:	1.198.906
Rechnerisch geschaffene Niederlassungen ohne Neuzulassung:	719

Bonn, den 7.2.2019

Deutsches Psychotherapeuten Netzwerk
% Dipl.-Psych. Dieter Adler
Heckenweg 22
53229 Bonn
Tel: 0228-8505164
post@dpnw.info

⁸ Eingesparte Kosten (Anschlußkosten je Praxis 3.600 € zuzügl. Systemgebühr monatlich 90 € auf zwei Jahre, weil das die Mindestlaufzeit ist, berechnet auf 28.500 psychotherapeutische Niederlassungen) 164.160.000 € / 92,02€ als Wert einer psychotherapeutischen Sitzung nach EBM

