

Psychotherapie Aktuell

- ❏ Ideenwettbewerb: Wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?
- ❏ Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- ❏ Vorschläge des GKV-SV zur Reform der ambulanten Psychotherapie



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die großen gesundheitspolitischen Themen sind für uns alle offensichtlich: die Koalitionsverträge, die voranschreitende Ausbildungsreform der Psychotherapeuten, unsere Forderung nach Honorargerechtigkeit und die Entbürokratisierung und Anpassung der Psychotherapie an moderne fachliche Standards.

Zu einem dieser großen Themen – der Aus- und Weiterbildungsreform – hat die DPtV gemeinsam mit dem Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) und dem Verbund der universitären Ausbildungsgänge für Psychotherapie <unith> ein fachlich hochkarätig besetztes Symposium unter dem Stichwort „Ideenwettbewerb“ im Oktober in Berlin abgehalten. Dabei war das Ziel eines Studiums auf Master-Niveau, welches analog zur Ärztausbildung mit dem Staatsexamen zur Approbation abschließt, bei vielen unstrittig. Die daran anschließende fachpsychotherapeutische Weiterbildung soll dann analog zur fachärztlichen Weiterbildung strukturiert werden. Sehr erfreulich war für uns das Statement von Dr. Andreas Köhler, der betonte, dass das Hauptziel eindeutig sein muss: Der zukünftige Status des Fachpsychotherapeuten als ein gleichwertiges Pendant zum Facharztstatus. Einhergehen muss dies mit der auch lang diskutierten Erweiterung unserer therapeutischen Handlungsmöglichkeiten, wie z.B. Krankschreibungen, Einweisungen in

stationäre Aufnahme und Weiterbehandlung, berufliche Wiedereingliederung etc.

Die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, ein Thema, was nicht nur uns, sondern auch die Krankenkassen interessiert. Wir begrüßen, dass auch hier über moderne Konzepte nachgedacht wird und geben Dr. Thomas Uhlemann und Dr. Julian Dillig gern den Raum, die Überlegungen des GKV Spitzenverbandes vorstellen. Wir sind leider weit davon entfernt, mit dem Spitzenverband Bund an einem Strang ziehen. Deren Modell scheint doch fern vom Patienten am grünen Tisch entwickelt worden zu sein. Bei vielen Krankenkassen schimmert noch immer das Misstrauen durch, dass Psychotherapeuten tatsächlich regelhaft professionell ihre Patienten versorgen. Kontrolle soll aus ihrer Sicht dieses Misstrauen heilen.

Das Modell der DPtV einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung findet professionelle Lösungen für die von uns tagtäglich in unseren Praxen erlebten Diskrepanzen zwischen den Versorgungsnotwendigkeiten und den uns eingeräumten Handlungsoptionen: eine Sprechstunde, Akutmaßnahmen, als auch eine professionelle diagnostische Abklärung, eine niederfrequente Erhaltenstherapie bzw. Rezidivprophylaxe, insbesondere für chronifi-

zierte Patienten, sind hier zusätzliche Behandlungsmodule zur Richtlinientherapie. Bisher wurden für derartige notwendige therapeutische Maßnahmen die schlecht bezahlten und auch laut Richtlinie nicht dafür vorgesehenen probatorischen Sitzungen eingesetzt.

Unser dringendes Anliegen an den GKV-Spitzenverband ist es, das Augenmerk deutlicher auf gute und angemessene Versorgung zu legen, um die hohen Folgekosten durch AU-Zeiten, Klinikaufenthalte, medikamentöse Fehlbehandlungen und/oder Frühberentung zu vermeiden. Dabei sind Umverteilungen finanzieller Mittel aus der gerätedominierten somatischen Medizin hin zur „sprechenden Medizin“ unumgänglich.

Wir hatten viel Freude bei der Konzeption dieses, wie wir finden, wieder sehr interessanten und inspirierenden Heftes und hoffen, dass es auch für Sie Bereicherung und Input sein möge.

Ihnen eine erholsame Weihnachtszeit und ein gutes, erfolgreiches und gesundes neues 2014!

Herzliche kollegiale Grüße

Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV



Gesundheitspolitik

- 4 Ideenwettbewerb: Wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?**
Eine Veranstaltung von DPtV (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung), DVT (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.) und <unith> (Verbund der universitären Ausbildungsgänge für Psychotherapie) am 8. Oktober 2013 in Berlin

Dieter Best

Einführung in das Thema

Jürgen Tripp

Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie

Andreas Köhler

Die Bedeutung der Weiterbildung für den Arzt- und Psychotherapeutenberuf. Perspektiven und Finanzierungsmöglichkeiten einer an der Versorgung orientierten Weiterbildung

Ulrich Schweiger

Weiterbildung in Psychotherapie im stationären Bereich

Rainer Richter

Das Berufsbild der zukünftigen Psychotherapeuten

- 16 Dieter Best, Sabine Schäfer**
Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

- 20 Thomas Uhlemann, Julian Dilling**
Update Psychotherapie. Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen zur Reform des ambulanten Angebots

- 24 Peter Andreas Staub**
Honorarmisere und Arbeitszeit. Warum Psychotherapeuten eine bessere Honorierung fordern und sie verdienen!

- 31 Stephanie Hild-Steimecke, Cornelia Rabe-Menssen**
Weniger Bürokratie und bessere Vergütung sind die Hauptanliegen der befragten Mitglieder. Ergebnisse der qualitativen Angaben in der DPtV-Online-Umfrage zur beruflichen Zufriedenheit Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Aus der Praxis

- 40 Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung

- 41 Informationsblatt**
E-Mail-Kommunikation mit Patienten rechtssicher gestalten

Aus der Forschung

- 42 Cornelia Rabe-Menssen**
Internettherapie – Chancen und Risiken. „Neue Wege für psychisch Kranke“. TK-Forum zum Schwerpunktthema Internettherapie

Rechts- und Steuerfragen

- 45 Kathrin Nahmmacher**
Anstellung eines Psychotherapeuten. Vertragliche Grundlagen und Erläuterungen

- 48 Wolfgang Steidl**
Neues Reisekostenrecht ab 1. Januar 2014. Wesentliche Änderungen durch die Reisekostenreform 2014

Veranstaltungen

- 51 Veranstaltungskalender Januar bis April 2014**

Rezensionen

- 52 Wolfgang Trauth**
Dieter Sandner: Die Gruppe und das Unbewusste

- 54 Maja Koutsandreou**
Gitta Jacob, Laura Seebauer (Hrsg.): Fallbuch Schematherapie

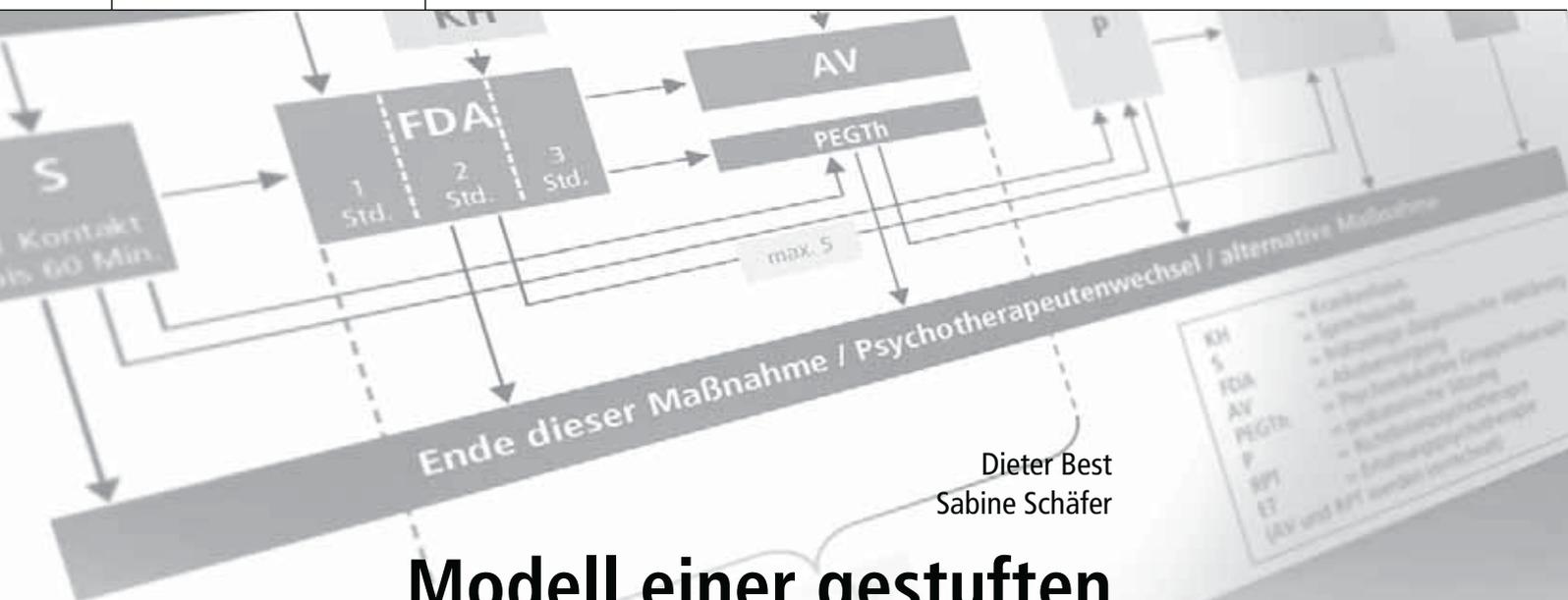
Verbandsintern

- 55 In eigener Sache**
Die Delegiertenversammlung der DPtV wählt neuen Vorstand

- 56 Adressen
Impressum**

Anzeigen

- 57 Stellenmarkt
Kleinanzeigen**



Dieter Best
Sabine Schäfer

Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Die DPTV hat in einem längeren Diskussionsprozess mit kooperierenden Verbänden ein Modell einer gestuften Versorgung entwickelt. Ausgangspunkt für dieses Modell waren die in unseren Praxen täglich erlebten Missstände in der Versorgung unserer Patienten und damit die Aufgabe, echte Versorgungsbesonderungen zu entwickeln. Im Gegensatz zu den geltenden Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung

- wird es dem Bedarf unterschiedlicher Patientengruppen besser gerecht.
- nutzt es die spezifische psychodiagnostische Kompetenz der Psychotherapeuten besser und stellt damit die Entscheidungen für weitere Behandlungsmaßnahmen auf eine rationalere Grundlage.
- verbessert es den konsiliarischen Austausch mit zuweisenden Ärzten.
- stärkt es die Behandlungskontinuität zwischen stationären und ambulanten Behandlungen.

Unser Modell stellen wir nachfolgend dar.

Bedarfsgerechtere Behandlungsoptionen

Bisher folgt die ambulante psychotherapeutische Versorgung – mit Ausnahme einiger weniger, im EBM definierter Gesprächsleistungen – ausschließlich den restriktiven Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie:

Für den ersten Kontakt stehen Patienten und Psychotherapeuten in der derzeitigen Versorgung nur die probatorischen Sitzungen zur Verfügung. Sie dienen laut Psychotherapie-Vereinbarung dem Zweck, die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie zu klären und einzuleiten. Probatorische Sitzungen werden deshalb üblicherweise erst dann angeboten, wenn ein Platz für eine Richtlinienpsychotherapie frei geworden ist oder in absehbarer Zeit frei wird. Benötigen Patienten eine diagnostische Abklärung bezüglich weiterer Maßnahmen, müssen sie lange warten, bis sie die Gelegenheit für eine diagnostische Abklärung erhalten.

Für Psychodiagnostik mittels Screening- und Testverfahren stehen zwar EBM-Gebührenordnungspositionen zur Verfügung, diese sind aber in

der Abrechnungsmenge mehrfach beschränkt: Sie können laut einer Bestimmung der Psychotherapie-Vereinbarung während einer laufenden Psychotherapie nur insgesamt dreimal genutzt werden. Und sie dürfen je Behandlungsfall nur bis zu einer bestimmten Punktzahlbergrenze abgerechnet werden. Darüber hinaus werden sie so schlecht vergütet (mit 35 € je 60 Minuten), dass sie nicht wirtschaftlich zu erbringen sind.

Auch für Kriseninterventionen stehen behelfsweise nur die schlecht vergüteten probatorischen Sitzungen zur Verfügung. „Behelfsweise“, weil sie, wie oben erwähnt, eigentlich der Überprüfung der Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie dienen sollen. Es gibt keine spezifischen Angebote für eine Akutversorgung in dringenden Fällen. Psychotherapeuten verwenden dafür zurzeit in der Praxis entweder diese probatorischen Sitzungen oder es ist ein reguläres Antragsverfahren einzuleiten.

Der Psychotherapie-Richtlinie liegt immer noch der Gedanke zugrunde, dass eine Psychotherapie möglichst eine einmalige Episode im Leben eines Patienten bleiben soll. Je mehr

aber Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl bei psychischen Krankheiten anerkannt wird und je mehr Behandlungsmethoden für schwer psychisch Kranke entwickelt werden, umso mehr kommen Patienten mit chronischen Krankheiten in die Praxen. Für diese Patienten gibt es nur unzulängliche Angebote langfristiger, niederfrequenter Behandlung. Psychotherapeuten behelfen sich dann mit erneuten probatorischen Sitzungen, mit den unzulänglichen und sehr schlecht vergüteten Gesprächsleistungen (EBM-Nr. 23220) oder sie bieten psychotherapeutische Gespräche als IGeL-Leistungen an¹.

Unser Modell einer gestuften Versorgung sieht den Zugang der Patienten zu den Psychotherapeuten an den Stellen vor, die ihrem tatsächlichen Bedarf entsprechen (siehe Schaubild rechts).

¹ und verdienen dabei weniger als mit Psychotherapie als Kassenleistung (s. Walendzik, A. u.a.: Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010, Studie der DPTV in Zusammenarbeit mit der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Sprechstunde (S)

Mit der Sprechstunde entsteht ein niedrighschwelliger Zugang zum Psychotherapeuten. Vorgesehen ist

der Psychotherapeut telefonisch, ohne die Patienten je gesehen zu haben, in einer Krise versucht zu helfen und die Modalitäten einer Psychotherapie zu erklären. Sprechstunde ist keine

Frühzeitige diagnostische Abklärung (FDA)

Frühzeitig bedeutet, dass die diagnostische Abklärung innerhalb von 14 Tagen nach der Kontaktaufnahme erfolgen sollte. Werden Patienten aus einer stationären Behandlung heraus zur ambulanten Psychotherapie verwiesen, wäre zu überlegen, die Frist zu verkürzen, wenn die Klinik rechtzeitig Kontakt zu einem ambulant tätigen Psychotherapeuten aufnimmt. Auch wenn eine diagnostische Abklärung bereits in der Klinik durchgeführt wurde und die Ergebnisse vorliegen, ist wenigstens eine FDA-Sitzung notwendig, um die Ergebnisse zu sichten, eventuell zu

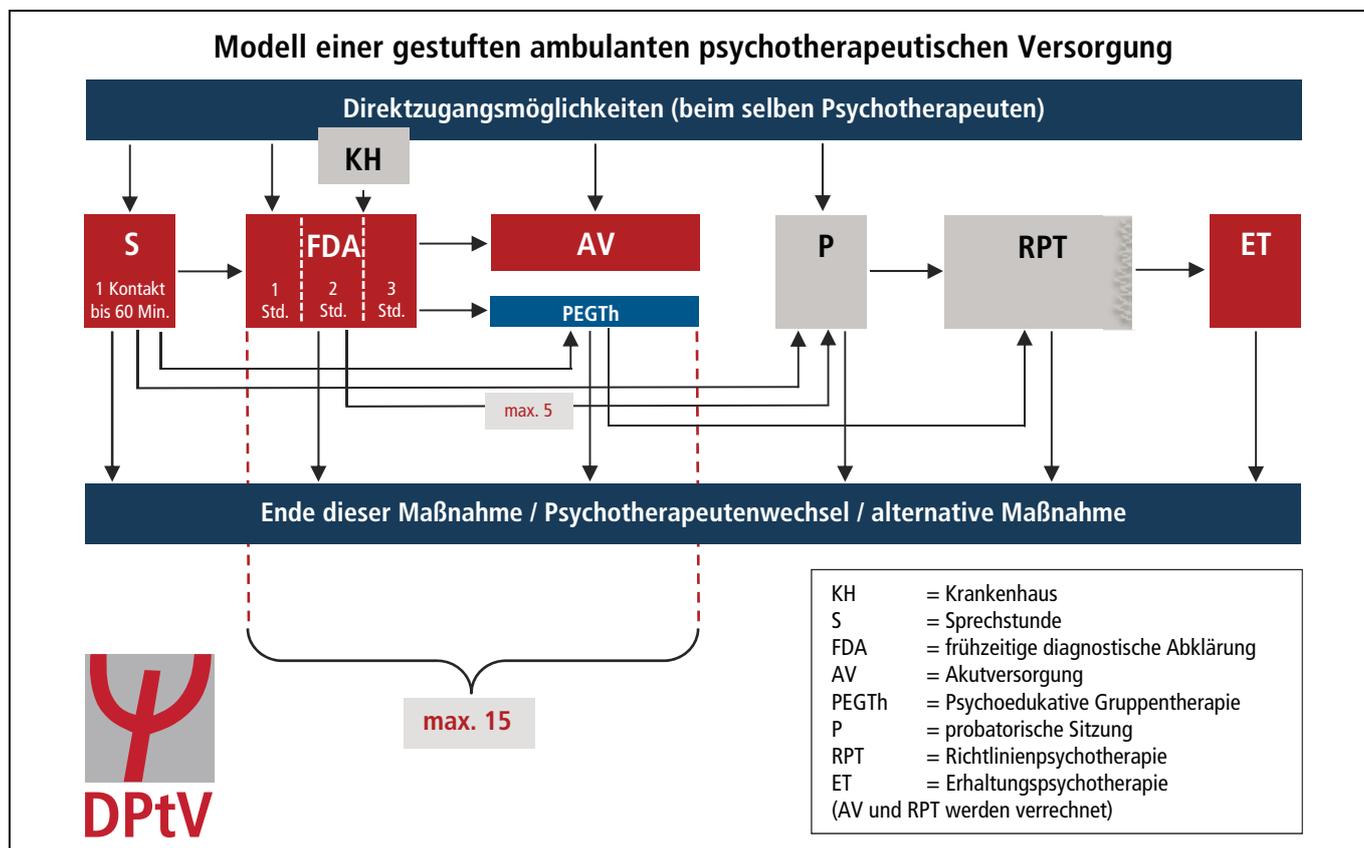
ergänzen und bei der Klinik nachzufragen.

FDA ist konzipiert als Komplexleistung, bestehend aus der Einholung und Sichtung somatischer Befunde, der konsiliarischen Erörterung mit zuweisenden Ärzten oder Krankenhäusern, der Durchführung eines standardisierten Screeningverfahrens und gegebenenfalls indikationsbezogener Fragebögen, der psychodiagnostischen Testverfahren oder Leistungstests. Die Diagnostik endet mit einer Diagnose, gegebenenfalls differentialdiagnostischen Erwägungen, einer standardisierten Zusammenfassung in Form einer Mitteilung an den Patienten und den zuweisenden Arzt

„Für Psychodiagnostik mittels Screening- und Testverfahren stehen zwar EBM-Gebührenordnungspositionen zur Verfügung, diese sind aber in der Abrechnungsmenge mehrfach beschränkt.“

bis zu einer Stunde pro Patient und Quartal, die in zwei Einheiten unterteilt werden kann. In die Sprechstunde können kurzfristig auch Patienten kommen, die sonst auf einen Anrufbeantworter treffen oder bei denen

Psychotherapie, sie dient der Klärung des Zuweisungskontextes, der ersten Befunderhebung und einer ersten diagnostischen Einschätzung. Außerdem können weitere Maßnahmen mit dem Patienten erörtert werden.



und einer Empfehlung der eventuell notwendigen Weiterbehandlung. Die diagnostische Abklärung kann auch nur als Auftragsleistung eines Arztes oder Psychotherapeuten verwendet werden, die der Abklärung für die Weiterbehandlung dient. Weil der Umfang der notwendigen Diagnostik sehr unterschiedlich und damit schwer abzuschätzen ist, ist ein Kontingent von ein bis drei Sitzungen vorgesehen.

Sollte sich während oder am Ende der Diagnostik die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie herausstellen, kann zu probatorischen Sitzungen übergeleitet werden, wobei die Sitzungen für die frühzeitige diagnostische Abklärung angerechnet werden.

Akutversorgung (AV)

Akutversorgung kommt in dringlichen Fällen in Frage, z.B. um Patienten in akuten Krisen schnell behandeln zu können oder um Arbeitsunfähigkeit abzuwenden. Die Beurteilung der Dringlichkeit sollte den Psychotherapeuten im Austausch mit zuweisenden Stellen überlassen bleiben. Allgemeingültige objektive Kriterien dürften sich schwerlich finden lassen und die Diagnose allein rechtfertigt – mit Ausnahme akuter Belastungsreaktionen – noch keine Dringlichkeit. Die Akutversorgung nach unserem Vorschlag sollte innerhalb von 14 Tagen nach Zuweisung eingeleitet werden und sie sollte einschließlich der FDA bis zu 15 Sitzungen umfassen. AV ist kein „Add on“, sondern die in der Phase der AV verwendeten Sitzungen werden auf die erste Phase einer gegebenenfalls folgenden Richtlinienpsychotherapie angerechnet.

net. Beispiel: In der AV wird nach 10 Sitzungen festgestellt, dass eine Richtlinienpsychotherapie indiziert ist. Später werden dann vom ersten Kontingent der Richtlinienpsychotherapie 10 Sitzungen abgezogen.²

Psychoedukative Gruppentherapie (PEGTh)

Anstelle der AV kann auch eine themenbezogene psychoedukative Gruppentherapie im Umfang von bis zu 15 Doppelsitzungen mit beschränkter Zielsetzung durchgeführt werden. Entsprechende Programme

„Es fehlen, analog zur pharmazeutischen Medizin, Möglichkeiten einer ‚Erhaltungstherapie‘ zum Erhalt der in einer vorausgegangen Richtlinienpsychotherapie erreichten Stabilität.“

sowohl für psychische Störungen als auch für die begleitende psychologische/psychosoziale Behandlung in Gebieten wie der Psychodiabetologie, Psychokardiologie, Psychoonkologie, Asthma sind in Vielzahl vorhanden.

Probatorische Sitzungen (P)

In § 11 Abs.12 der Psychotherapievereinbarung wird der Zweck der probatorischen Sitzungen definiert: „Probatorische Sitzungen dienen ausschließlich dem Zweck festzustellen, ob ein Antrag und gegebene

² Ein ähnliches Modell ist bereits in der Beihilfeverordnung eingeführt: In der Verhaltenstherapie können 10 Sitzungen ohne das übliche Voranerkennungsverfahren abgerechnet werden. Wird festgestellt, dass 10 Sitzungen nicht ausreichen, wird ein Antrag für eine Langzeittherapie unter Abzug der bisher verbrachten Sitzungen gestellt.

nenfalls welcher auf Psychotherapie gestellt werden soll.“ Außerdem soll geprüft werden, ob sich eine tragfähige therapeutische Beziehung entwickeln lässt, ob die Patienten ausreichend motiviert und umstellungsfähig sind und mit welchem Störungs- und Behandlungskonzept die Psychotherapie beantragt werden kann. Der diagnostische Zweck ist somit ein anderer als bei der FDA. Wenn bereits eine FDA durchgeführt worden ist, werden die dafür verwendeten Sitzungen auf die Anzahl der probatorischen Sitzungen angerechnet. Denn es kann unterstellt werden, dass bereits in der FDA Erkenntnisse

gewonnen werden, die für die Indikationsentscheidung in der probatorischen Phase verwendbar sind. Im gleichen Sinne kann auf probatorische Sitzungen verzichtet werden, wenn davor AV durchgeführt wurde. Auch hier kann unterstellt werden, dass die in der AV-Phase erzielten Erkenntnisse über die Indikation einer Psychotherapie ausreichen.

Richtlinienpsychotherapie (RPT)

Das Modell einer gestuften Versorgung benötigt insofern eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, als vom Kontingent des ersten Bewilligungsschrittes bisher ggf. verwendete Sitzungen einer AV abgezogen werden. Ansonsten berührt das Modell einer gestuften Versorgung die

Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinie nicht, es sei denn, das Modell wird insgesamt in der Psychotherapie-Richtlinie verortet und es wäre gewünscht, weitere Bedingungen wie z.B. das Gutachterverfahren oder die Kontingente zu verändern (s.u.).

Erhaltungstherapie (ET) bzw. Rezidivprophylaxe

Wie eingangs erwähnt, nimmt die Anzahl chronisch psychisch Kranker, die zur ambulanten Behandlung kommen, zu. Für Patienten, bei denen sich die Therapieziele auf den Erhalt einer relativen Stabilität richten, wie z.B. bei bestimmten Formen der Schizophrenie, bei chronischer Depression oder zum Teil bei Persönlichkeitsstörungen, ist das episodische Verständnis von Behandlung, wie es derzeit in der Psychotherapie-Richtlinie verankert ist, wenig geeignet. Es fehlen, analog zur pharmazeutischen Medizin, Möglichkeiten einer „Erhaltungstherapie“ zum Erhalt der in einer vorausgegangen Richtlinienpsychotherapie erreichten Stabilität. Erhaltungstherapie in diesem Sinne ist keine stützende „psychosomatische Grundversorgung“ mit eher rudimentärem Störungsverständnis, sondern eine niederfrequente Psychotherapie auf der Grundlage eines gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten und vereinbarten differenzierten Störungsverständnisses (z.B. im Sinne eines individuell ausgearbeiteten Vulnerabilitäts-Stress-Modells). „Rezidivprophylaxe“ ist eine Behandlungsform, die dazu dienen soll, die mit einer Richtlinienpsychotherapie erreichte Symptomreduktion oder -freiheit möglichst langfristig zu erhalten. In der NVL Depression ist



Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut, stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie in der KBV und Mitglied in der Vertreterversammlung der KBV.



Sabine Schäfer

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.



die „Rezidivprophylaxe“ bzw. „Erhaltungstherapie“ ein wichtiges Modul in der Behandlung von Depressionen (die Begriffe werden dort synonym verwendet): „Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden“ (Empfehlung 3-48).

chenpsychotherapeuten (VAKJP) hat Vorschläge gemacht, zusätzliche Sitzungen für die Bezugspersonen vorzusehen und wegen der aufwendigeren Diagnostik die FDA zu erweitern.

Sollen die hier vorgeschlagenen neuen Behandlungsmodule in der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen

der obligatorische Konsiliarbericht weiterhin nur für die Psychotherapie im Sinne der bestehenden Psychotherapie-Richtlinie erforderlich ist, d.h. dass er ergänzend der somatischen Abklärung dient. Die derzeitigen Konsiliarberichte erfüllen leider in den meisten Fällen nicht ihre Aufgabe. So schlägt das Modell der gestuften Ver-

zeiten, Krankenhausbehandlungen, medikamentöser Fehlbehandlungen und Frühberatungen ist Psychotherapie immer noch eine günstige Leistung. Das dafür investierte zusätzliche Geld ist gut investiertes Geld. ■

Unser Modell sieht 12 Einzelsitzungen bzw. 24 Doppelsitzungen Gruppentherapie im Jahr vor. Diese Sitzungen können je nach Bedarf über das Jahr verteilt werden. Eine Genehmigung der Krankenkasse sollte für mehrere Jahre gelten.

„Psychotherapie ist immer noch eine günstige Leistung. Das dafür investierte zusätzliche Geld ist gut investiertes Geld.“

Fazit und offene Fragen

Weil die psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Behandlungen der Psychotherapeuten zeitgetaktet und jede Leistung mit Mindestzeiten versehen ist und weil der zeitliche Einsatz der Psychotherapeuten konstant ist, führt das Modell der gestuften Versorgung nicht zu einer Ausweitung der Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten. Es führt auch nicht zu einer Ausweitung des zeitlichen Aufwandes je Patient/in, was durch die verschiedenen Verrechnungen der Kontingente gesichert wird. Im Gegenteil ist davon auszugehen, dass die klare und zum Teil begrenzte Zielplanung Zeitaufwände in begrenztem Maße einspart.

werden oder würde eine bundesmantelvertragliche Regelung analog zum Anhang „Psychotherapie-Vereinbarung“ des BMV ausreichen? Für Ersteres spräche der höhere Grad der Verbindlichkeit der Regelung.

Welches Modul soll nur anzeigepflichtig, welches genehmigungspflichtig sein? Auf dem Hintergrund der BSG-Rechtsprechung zur Vergütung der Psychotherapie ist die Genehmigungspflicht eine unverzichtbare Bedingung, wenn bei diesen Gesprächsleistungen auch der Schutz der BSG-Rechtsprechung gelten sollte. Andererseits darf eine Genehmigungspflicht nicht mit der Auflage des Gutachterverfahrens verknüpft sein, sonst ließe sich z.B. die Akutversorgung nicht zeitnah und unbürokratisch anbieten. Wenn alternativ lediglich eine Anzeigepflicht vorgesehen sein sollte, wie es die Krankenkassen vorschlagen, müsste die Festlegung der Vergütung so „wasserdicht“ sein, dass nicht nur ein Verfall der Vergütung, sondern auch eine regelmäßige Anpassung der Höhe nach den Grundsätzen der BSG-Rechtsprechung auf Dauer sicher ist. Außerdem muss gesichert sein, dass

sorgung hier die gezielte Einholung der relevanten somatischen Befunde im Rahmen der FDA vor.

Weil angesichts des hohen Bedarfs die meisten Psychotherapeuten mit Einführung des Modells von Anfragen nach Akutinterventionen (S, FDA, AV) überschwemmt würden, müsste das Regelwerk Begrenzungen je Psychotherapeut/in vorsehen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass Therapieplätze für reguläre Psychotherapien verknappt würden.

Sicher eine wesentliche Frage ist die der Vergütung der Module. Hier sollte ein deutlicher Anreiz für frühzeitige Interventionen und für die Diagnostik gesetzt werden, ohne dass die Vergütungen für die reguläre Richtlinienpsychotherapie oder für Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe gesenkt würden. Auf keinen Fall dürfen die Vergütungsanreize so gesetzt werden, dass Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf benachteiligt werden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass das Modell einer gestuften Versorgung zusätzliches Geld kostet. Angesichts der enormen Folgekosten psychischer Krankheiten durch AU-

Mehrere Fragen sind aktuell noch in der Beratung:

Welche Modifikationen sind notwendig für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen? Die Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendli-

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte · Notarin

**NUMERUS
CLAUSUS
PROBLEME?**

**Z.B. bis heute im Studienfach
Psychologie:
Erfolgsquote 100%
bei Studienplatzklagen mit unserer Strategie!**

außerdem: Sonderanträge
Zulassung zum Masterstudium
BAFÖG · Prüfungsrecht

Wir haben die Erfahrung.

Wolbecker Straße 16a
D-48155 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.meisterernst.de