

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie vom 16. Juni 2016

Vom 24. November 2016

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
3. Bürokratiekostenermittlung	6
4. Verfahrensablauf	6
5. Fazit	11

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung.

Mit dem am 16. Juli 2015 beschlossenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG) hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V aufgegeben, in seinen Richtlinien bis zum 30. Juni 2016 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 zu beschließen.

Bei der gegenständlichen Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) hat der G-BA die in der Gesetzesbegründung zum GKV-VSG aufgeführten Aspekte zu Grunde gelegt:

„Mit dem neuen Satz 3 wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, diese Rahmenbedingungen bis zum 30.06.2016 weiterzuentwickeln. Ziel dieser Weiterentwicklung ist eine effektivere psychotherapeutische Versorgung. Neben einer Bündelung von Ressourcen und einem zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel sind zur Erreichung dieses Ziels gegebenenfalls auch weitere Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Bei der Umsetzung des Auftrags hat der Gemeinsame Bundesausschuss klarstellende Regelungen zu treffen, die ermöglichen, dass Versicherte im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelung angemessene psychotherapeutische Leistungen zur Krankenbehandlung erhalten können. Hierbei sind auch die Regelungen der Selbstverwaltung zu Höchstgrenzen der Stundenkontingente und zur Neubeantragung einer Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie einer Überprüfung zu unterziehen.

Zur Verringerung von Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. In diesen Sprechstunden sollen ein Erstgespräch und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote möglich sein. Ziel der Sprechstunden ist insbesondere, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Maßnahmen zur Förderung der Gruppentherapie zu treffen. Dazu müssen Umsetzungshindernisse für die Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt wird, beseitigt werden. Damit wird mehr Versicherten eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung ermöglicht.

Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren nach §§ 25 ff. der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen. Dazu legt er unter anderem fest, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte. Für die Kurzzeit- und die Gruppentherapie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfen, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder ob dieses durch eine einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 99 - 100)

Die gegenüber dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung durch den Ausschuss für Gesundheit vorgenommenen Änderungen zu § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V werden wie folgt begründet:

„Mit der Änderung wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten weiter präzisiert und insoweit um die zu fördernden Elemente frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ergänzt.

Die frühzeitige diagnostische Abklärung soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Ziel der zu treffenden Regelungen zur Förderung der Akutversorgung und der Rezidivprophylaxe ist es, einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Definition und Ausgestaltung der zusätzlich einzuführenden Elemente obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die neuen Elemente können auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunden werden. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Ziel dieser Sprechstunden ist es insbesondere, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Abklärung eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote zu ermöglichen. Dies dient der Verringerung von Wartezeiten auf eine notwendige psychotherapeutische Behandlung.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5123, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), S. 127)

Hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16. Juni 2016 einen Beschluss getroffen. Dieser Beschluss wurde mit Schreiben vom 9. September 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) teilweise, nämlich in § 38 der PT-RL sowie Anlage 2 der PT-RL beanstandet, hinsichtlich § 11, § 34 Satz 1, § 35 Absatz 3 Nr. 7 sowie § 20 der PT-RL mit Auflagen versehen und im Übrigen nicht beanstandet.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Unterausschuss Psychotherapie hat in seiner Sitzung vom 13.09.2016 die bisherige Arbeitsgruppe beauftragt, die Teilbeanstandung mit Auflagen des BMG vom 09.09.2016 bezüglich des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 16.06.2016 zu beraten.

Die folgenden vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie dienen der Umsetzung der Teilbeanstandung mit Auflagen des BMG (Begründung in chronologischer Reihenfolge).

§ 1 Absatz 8 (Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenkasse)

Die am 16.06.2016 verabschiedeten Regelungen sahen verschiedene Erreichbarkeitszeiten für Therapeutinnen oder Therapeuten vor, deren Dauer davon abhängig war, ob eine Sprechstunde von der Therapeutin oder dem Therapeuten angeboten werden sollte oder nicht. Die Therapeutinnen oder Therapeuten, die keine Sprechstunden anbieten wollten, sollten eine persönliche Erreichbarkeit in Höhe von 150 Minuten die Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag und 75 Minuten bei einem hälftigen Versorgungsauftrag vorhalten; für Therapeutinnen oder Therapeuten, die hingegen eine Sprechstunde anbieten wollten, wurde in § 11 Absatz 5 eine abweichende Regelung mit Erreichbarkeitszeiten von 250 Minuten bei einem vollen Versorgungsauftrag und 125 Minuten bei einem hälftigen Versorgungsauftrag getroffen. Die Erreichbarkeit konnte in beiden Fällen auch durch das Praxispersonal sichergestellt werden.

Im Schreiben des BMG vom 09.09.2016 wurde dem G-BA u.a. die Auflage erteilt, die vorgesehene psychotherapeutische Sprechstunde „nicht als eine „Kann“-Leistung [zu bezeichnen]“. Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Regelungskompetenz des G-BA eine Regelung, nach der es der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten generell freistehe, psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten, nicht umfasse. Die Regelungskompetenz beschränke sich angesichts der positiven Vorgabe des „Ob“ des Angebots psychotherapeutische Sprechstunden über § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V „insbesondere auf das „Wie“ der Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden“. Eine generelle Freiwilligkeit des Angebots mache die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags der KVen hinsichtlich des Angebots der psychotherapeutischen Sprechstunden rechtlich unmöglich.

Folglich ergab sich damit auch das Erfordernis, die an die getroffene Regelung anschließenden Anforderungen zur Sprechstunde zu überarbeiten. Daher wurde die bisher bestehende grundsätzliche Regelung zur Erreichbarkeit der Therapeutinnen oder Therapeuten insgesamt mit der Regelung zur Erreichbarkeit im Falle der Erbringung der Sprechstunde harmonisiert und auf 200 Minuten pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag und 100 Minuten pro Woche bei einem halben Versorgungsauftrag festgesetzt. Da aufgrund der geänderten Regelung davon auszugehen ist, dass die Anzahl der Leistungserbringer, die eine Sprechstunde anbieten werden, höher ist als dies nach der Regelung vom 16.06.2016 der Fall gewesen wäre, ist das Absenken der Erreichbarkeitszeiten von 250 auf 200 bzw. 125 auf 100 Minuten bei Erbringung der Sprechstunde vertretbar. Durch die Regelung wird gleichermaßen eine gute Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen sichergestellt, die erforderlich ist, damit die mit der Sprechstunde angestrebte Versorgerrolle der Therapeutinnen und Therapeuten gelebt werden kann.

Satz 3 wird im Rahmen der Harmonisierung der Regelungen gestrichen.

§ 11 Absatz 1 (Psychotherapeutische Sprechstunde)

Die Änderungen in den Sätzen 1 bis 3 dienen dazu, den Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine psychotherapeutische Sprechstunde zu akzentuieren und den Zugang der Patientinnen und Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung klarer herauszuarbeiten. In Satz 4 wird eine Übergangsregelung geschaffen, die sicherstellen soll, dass für den nicht zu erwartenden Fall, dass die im § 11 geregelten Anforderungen an die Psychotherapeuten nicht ab dem 01.04.2017 flächendeckend umgesetzt sein sollten, ein Zugang der Patientinnen und Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung möglich bleibt. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang noch einmal herauszustellen, dass sich die Übergangsregelung nur auf die Verpflichtung der Patienten bezieht, vor der psychotherapeutischen Behandlung gemäß §§ 12, 13 und 15 eine Sprechstunde wahrgenommen zu haben; die Anforderungen an die Therapeutinnen oder Therapeuten für die Sprechstunde hingegen, die in § 11 geregelt sind, sind bereits ab dem 01.04.2017 anzuwenden. Durch die unmittelbare Verpflichtung der Therapeutinnen und Therapeuten zur Erbringung der Anforderungen wird sichergestellt, dass die Übergangsfrist zur Umstellung des Leistungsspektrums Einsatz findet und spätestens am 01.04.2018 eine ausreichende Anzahl an psychotherapeutischen Sprechstunden angeboten wird.

§ 11 Absatz 2 (Psychotherapeutische Sprechstunde)

Die vom BMG mit einer Auflage versehene „Kann“-Regelung wurde gestrichen. Darüber hinaus wurden redaktionelle Änderungen durchgeführt, die aufgrund der Streichung erforderlich geworden sind.

§ 11 Absatz 4 (alt) (Psychotherapeutische Sprechstunde)

Der frühere Absatz 4 wurde verschoben und wird nun aus inhaltlichen Gründen als Absatz 6 inhaltlich unverändert fortgeführt.

§ 11 Absatz 5 (alt) (Psychotherapeutische Sprechstunde)

Die telefonische Erreichbarkeit der Therapeutinnen oder Therapeuten wurde in § 1 Absatz 8 geregelt; Absatz 5 wurde daher gestrichen.

§ 11 Absatz 4 und 5 sowie 7 bis 16 (Psychotherapeutische Sprechstunde)

Aufgrund der Verschiebung des Absatzes 4 und der Streichung des Absatzes 5 kommt es zu redaktionellen Verschiebungen bei der Nummerierung der Absätze.

§ 11 Absatz 13 (Psychotherapeutische Sprechstunde)

In Satz 1 wurde der Einschub gestrichen, der Bezug auf die „Kann“-Regelung in Absatz 2 nahm. Zudem wurden die Formulierungen zur Regelung der Erbringung einer Mindestmenge an Sprechstunden um „in der Regel“ ergänzt. Mit dieser Ergänzung wird der Überlegung Rechnung getragen, dass es aufgrund einer divergierenden Versorgungssituation in unterschiedlichem Maße erforderlich sein kann, Sprechstunden zu erbringen.

Im Schreiben vom 9. September 2016 hat das BMG folgendes ausgeführt: „Die Bedeutung der Sicherstellung der Versorgung mit psychotherapeutischen Sprechstunden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hat der Gesetzgeber mit der Einbeziehung der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden in die Terminvermittlung durch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Terminservicestellen ausdrücklich unterstrichen. Mit der Zulassung ist der Vertragspsychotherapeut zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags berechtigt und verpflichtet. Die Sicherstellung der Versorgung - auch mit psychotherapeutischen Sprechstunden – obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags.“

§ 11 Absatz 14 (Psychotherapeutische Sprechstunde)

In Absatz 14 wurde sprachlich präzisiert, welche Inhalte der Patientin oder dem Patienten am Ende der Sprechstunde mitgegeben werden. Die Patientinnen oder die Patienten erhalten einen Befundbericht, der auch für Personen ohne psychotherapeutische oder medizinische Kenntnisse verständlich ist. Darüber hinaus werden der Patientin oder dem Patienten Empfehlungen für das weitere Vorgehen gegeben.

§ 20 (Anwendungsformen)

Im Schreiben vom 01.08.2016 hat das BMG auf offenkundige Unrichtigkeiten verwiesen, denen unter Nummer 4 nun mit der Ergänzung „oder mehrere Jugendlicher“ und im abschließenden Absatz mit der Löschung des Evaluationsdatums Rechnung getragen worden ist.

§ 25 (Übende und suggestive Interventionen)

In Satz 1 wurde mit den Ergänzungen der Wörter „kann auch“ und „erfolgen“ der Satz vervollständigt. Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung.

§ 28 (Therapieansätze in den Verfahren nach § 15)

In § 28 Nummer 1 und 2 wurden die Wörter „Stunden als Gruppentherapie“ durch die Wörter „Doppelstunden als Gruppentherapie“ ersetzt. Es handelt sich um eine Unrichtigkeit, die damit korrigiert wurde.

§ 34 (Gutachterverfahren)

Die neue Formulierung stellt die Gutachterpflicht bei der Beantragung einer Langzeittherapie klar und verdeutlicht zudem, dass die Gesetzlichen Krankenkassen auch im Einzelfall bei der Kurzzeittherapie einen Bericht an den Gutachter anfordern können.

§ 35 Absatz 3 Nr. 7 (Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter)

Die Regelung wurde gestrichen, da sie unter dem Gesichtspunkt einer Ungleichbehandlung wegen des Alters mit den Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes in Widerspruch stand.

§ 38 und Anlage 2 (Einsatz der Dokumentationsbögen)

Mit dem Schreiben des BMG vom 09. September 2016 wird die Einführung von Dokumentationsbögen beanstandet. Daher wird § 38 sowie Anlage 2 aufgehoben.

3. Bürokratiekostenermittlung

Datengrundlage und Berechnung

Grundlage für die Ermittlung der durch die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie anfallenden Bürokratiekosten sind die Abrechnungsdaten der KBV, sowie Zahlen aus dem Bundesarztregister zur Zahl der derzeit vertragsärztlich tätigen Psychotherapeuten. Patientenfallzahlen wurden anhand von Abrechnungsdaten des Jahres 2014 und bereits veröffentlichter Daten zur Therapielänge einer längsschnittlich beobachteten Patientenkohorte geschätzt.

Beim Nachvollziehen der Berechnungen muss berücksichtigt werden, dass die jährlichen Bürokratiekosten mit mehr als den zwei für die einmaligen Kosten angegebenen Nachkommastellen berechnet wurden.

Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde – Mitteilung Erreichbarkeit an die KV

Nach § 1 Abs. 8 sowie § 11 Abs. 2 muss ein Psychotherapeut seine telefonische Erreichbarkeit und den Umfang seines Sprechstundenangebots an die KV melden. Eine Mitteilung müsste daher jedes Mal erfolgen, wenn eine Verschiebung der telefonischen Erreichbarkeit oder ein Ausfall, z.B. wegen Urlaubs, erforderlich ist. Es wird angenommen, dass dies für jeden Psychotherapeuten durchschnittlich sechs Mal pro Jahr zutrifft. Außerdem wird angenommen, dass die Meldung des Sprechstundenangebots und der telefonischen Erreichbarkeit gleichzeitig erfolgt. Bei derzeit 28.631 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten ergibt sich eine Fallzahl von 171.786.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/Jahr)
Datenübermittlung und Veröffentlichung	2	50,30	1,68	171.786	288.600

Individuelle Patienteninformation

§ 11 Abs. 15 sieht vor, dass Patienten im Anschluss an die Sprechstunden eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“) erhalten sollen. Als Fallzahl wird die jährliche Zahl aller Patienten, die eine Therapie neu beginnen, zugrunde gelegt (2014: 553.095) und angenommen, dass zusätzlich ein Drittel der bisherigen Patientenzahl Sprechstunden in Anspruch nimmt. Bei dem Zeitwert von 15 Minuten wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um einen Maximalwert handelt, der durch bürokratiearme Vorgaben im Rahmen der Psychotherapie-Vereinbarung ggf. deutlich unterschritten werden kann.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/Jahr)
Aufbereitung der Daten	15	50,30	12,60	735.616	9.268.762

Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie

Laut § 14 Abs. 5 muss zukünftig im Antrag auf Langzeittherapie angegeben werden, ob eine Behandlung mit Rezidivprophylaxe erfolgen soll. Der Antrag auf Langzeittherapie muss daher voraussichtlich um ein Ankreuzfeld erweitert werden. Als Fallzahl wird die Zahl der Anträge auf Langzeittherapie mit Verlängerungsanträgen zugrunde gelegt.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	0,25	50,30	0,21	252.875	53.104

Beantragung Kurzzeittherapie

Nach § 28 wird die Kurzzeittherapie zukünftig in zwei Kontingente zu je 12 Sitzungen aufgeteilt. Beide Kontingente können nach § 33 über ein Antragsverfahren mit Genehmigungsfiktion beantragt werden. Dieses Verfahren sieht vor, dass ein Antrag ohne Antwort der Krankenkasse nach drei Wochen als genehmigt gilt. Die Bürokratiekosten entsprechen damit denen des bisherigen Verfahrens. Auswertungen aktueller Therapien zeigen, dass 65% der Patienten mehr als 12 Therapiestunden in Anspruch nehmen. Es wird angenommen, dass für diese Patientenzahl zukünftig ein weiterer Antrag gestellt wird. Hinsichtlich des Zeitwerts für die Beantragung von Kurzzeittherapie wird auf die Messergebnisse des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 15% der bisherig in der Kurzzeittherapie versorgten Patienten in der Akutbehandlung versorgt werden.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,40		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10	50,30	8,40		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	2,5	50,30	2,10		
Gesamt Brutto bisher (mit Sowiekosten)	37,5		29,95 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt Netto bisher	32		25,46 (+ 1,45 Zusatzkosten)	353.981	9.524.738
Gesamt Netto zukünftig	32		25,46 (+ 1,45 Zusatzkosten)	535.573	14.410.929
Delta					4.886.191

Abschaffung Gutachterverfahren Kurzzeittherapie

Laut § 34 ist für die Kurzzeittherapie kein regelhaftes Gutachterverfahren mehr vorgesehen. Damit entfällt zukünftig der entsprechende Aufwand. Für die Ausweisung der Zeitwerte wird die Messung des Statistischen Bundesamtes verwendet.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,40		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10	50,30	8,40		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Aufbereitung der Daten	180	50,30	151,20		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	2,5	50,30	2,10		
Gesamt Brutto	217,50		181,15 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt Netto	185		153,98 (+ 1,45 Zusatzkosten)	50.864	-7.968.354

Auch der Antrag auf Befreiung vom Gutachterverfahren nach § 26a der bisherigen Psychotherapie-Richtlinie entfällt.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Einarbeitung in die Informationspflicht	30	50,30	25,20		
Beschaffung der Daten	60	50,30	50,40		
Aufbereitung der Daten	32,5	50,30	27,30		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	50,30	7,75		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10	31,50	5,30		
Gesamt	140		115,95	1.275	-147.836

Beantragung Langzeittherapie

Die § 28, 29 und 33 sehen eine Änderung des bisherigen Verfahrens zur Beantragung von Langzeittherapie vor, das sich auch auf die Größe der pro Bewilligungsschritt vorgesehenen Kontingente bezieht. Die Fallzahl für die zukünftig erforderlichen Verlängerungsanträge wurde auf der Grundlage der wahrgenommenen Therapiestunden aus Abrechnungsdaten berechnet. Der Zeitwert wurde aus der Messung des Statistischen Bundesamtes übernommen.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	30	50,30	25,20		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	15	50,30	12,60		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Aufbereitung der Daten	180	50,30	151,20		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	6	50,30	5,04		
Gesamt brutto bisher	246		205,09 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt netto bisher	221,40		184,58 (+1,45 Zusatzkosten)	109.513	20.372.778
Gesamt netto zukünftig	221,40		184,58 (+1,45 Zusatzkosten)	53.761	10.001.182
Delta					-10.371.596

Anzeigeverfahren Akutbehandlung

§ 32 schreibt für die Akutbehandlung ein Anzeigeverfahren vor. Hinsichtlich der Fallzahl wird von 15% der Patienten der aktuellen Kurzzeittherapien ausgegangen.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,40		
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10	50,30	8,40		
Überprüfung der Daten und Eingaben	5	50,30	4,20		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5	50,30	4,20		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	31,50	2,65		
Gesamt Brutto	35		29,95 (+ 1,45 Zusatzkosten)		
Gesamt Netto	29,75		25,46 (+1,45 Zusatzkosten)	53.097	1.399.375

Archivierung individuelle Patienteninformation

§ 37 sieht vor, dass die „Individuelle Patienteninformation“ zusätzlich zur üblichen Dokumentation in die Patientenakte aufgenommen werden soll. An dieser Stelle fällt daher pro Fall ein geringer Archivierungsaufwand an.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	31,50	1,06	735.616	779.753

Gesamt

Informationspflicht	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde – Mitteilung Erreichbarkeit an die KV	288.600
Individuelle Patienteninformation	9.268.762
Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie	53.104
Beantragung Kurzzeittherapie	4.886.191
Abschaffung Gutachterverfahren Kurzzeittherapie	-7.968.354
Abschaffung Antrag auf Befreiung von Gutachterverfahren	-147.836
Beantragung Langzeittherapie	-10.371.596
Anzeigeverfahren Akutbehandlung	1.399.375
Archivierung individuelle Patienteninformation	779.753
Gesamt	-1.812.001

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
12.03.2014	UA PT	Einrichtung der Arbeitsgruppe „Strukturreform der ambulanten PT“
13.04.2016	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V
17.05.2016	AG Strukturreform	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
31.05.2016	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) und Würdigung der Stellungnahmen
31.05.2016	AG Strukturreform	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen
07.06.2016	UA PT	Abschließende Beratung von Beschlussentwurf und Tragenden Gründen
16.06.2016	Plenum	Beschlussfassung
01.08.2016	BMG	Schreiben des BMG: Bitte um ergänzende Stellungnahme zum Beschluss vom 16.06.2016,
19.08.2016		Ergänzende Stellungnahme des G-BA
09.09.2016	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V: Teilbeanstandung mit Auflagen
13.09.2016/ 31.10.2016	UA PT	Beratung der Teilbeanstandung mit Auflagen des BMG
24.11.2016	Plenum	Änderung des Beschlusses vom 16.06.2016
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses über die Richtlinienänderung

5. Fazit

Der Unterausschuss Psychotherapie empfiehlt einvernehmlich die o.g. Änderung des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie vom 16.06.2016. Die Patientenvertreter schließen sich dieser Empfehlung an.

Berlin, den 24. November 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken