

Berufspolitik

DOI 10.21706/fd-43-2-150

Was gibt's Neues

Systemische Therapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Rüdiger Retzlaff, Heidelberg

Zusammenfassung: Dieser Artikel informiert über formale und rechtliche Aspekte des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland und greift kritische Fragen auf, die sich im Zusammenhang mit einer möglichen sozialrechtlichen Anerkennung der systemischen Therapie als Richtlinienverfahren stellen. Insbesondere wird auf die zu erwartende Verrechtlichung von Ausbildung und therapeutischer Praxis eingegangen.

Schlüsselwörter: systemische Therapie, Gesundheitspolitik, sozialrechtliche Anerkennung

Seit vielen Jahren bemühen sich die systemischen Fachverbände darum, dass die systemische Therapie in den Kreis jener Psychotherapieverfahren aufgenommen wird, die von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert werden. Die Veröffentlichung des Abschlussberichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur systemischen Therapie mit Erwachsenen vom Sommer 2017 war ein weiterer wichtiger Meilenstein auf diesem Weg. Auch wenn derzeit nicht abzusehen ist, ob und wann der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) als entscheidungsbefugtes Gremium das Votum von IQWiG wirklich umsetzen wird, scheint die sozialrechtliche Anerkennung in greifbare Nähe gerückt zu sein.

Diese Entwicklung eröffnet etliche Chancen, birgt aber auch Risiken. Vor dem Hintergrund, dass die systemische Therapie möglicherweise in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird, sind Befürchtungen vorgetragen worden, ein solcher Schritt könne sich nachteilig auf die systemische Therapie auswirken: Das medizinische Modell des Kassensystems widerspreche Grundprämissen des systemischen Modells, Therapeuten nähmen innerhalb des Kassensystems gegenüber Klienten eine Rolle ein, die nicht zu einer systemischen Orien-

Die sozialrechtliche Anerkennung scheint in greifbare Nähe gerückt zu sein – dies eröffnet Chancen, birgt aber auch Risiken

tierung passe, Diagnosen zu verwenden laufe dem Wesen systemischen Denkens zuwider u. ä. m.

Zum Teil hat der insgesamt sehr positive IQWiG-Bericht bei manchen Systemikern große Hoffnungen geweckt – etwa, dass es schon sehr bald Abrechnungsziffern für systemische Therapie geben werde oder dass zügig Übergangsregelungen geschaffen würden, die Personen mit einem systemischen Abschluss aus früheren Jahren einen Zugang zur Kassenniederlassung ermöglichen. Fakt ist, dass sich bisher alle Prüf- und Anerkennungsprozesse enorm lange hingezogen haben. Dass dieses Muster aktuell durchbrochen wird, erscheint eher unwahrscheinlich. Selbst bei einer positiven Entscheidung des G-BA zugunsten der systemischen Therapie würde vermutlich noch einige Zeit ins Land gehen, bis die erst vor einem knappen Jahr geänderten Psychotherapierichtlinien angepasst und vom G-BA durch systemische Abrechnungsziffern ergänzt würden. Vermutlich wird es für bereits praktizierende Systemiker aus rechtlichen Gründen Übergangsregelungen geben müssen, aber wie diese konkret aussehen könnten, ist heute noch nicht einmal ansatzweise erkennbar.

Außenseiter oder Insider?

Die Annahme, systemische Therapie werde nicht innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems praktiziert, ist bei genauerer Betrachtung unzutreffend. In den unterschiedlichen Landespsychotherapeutenkammern verfügen ca. 12 bis 14 % der approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auch über eine systemische Ausbildung. In Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, neurologischen Kliniken, Reha-Kliniken etc. arbeiten

systemische Therapeuten bereits seit Jahrzehnten im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden Versorgung von Patienten mit. An den allermeisten Universitätskliniken für Psychosomatische Medizin, in Psychiatrischen und Kinderpsychiatrischen Kliniken sind Systemiker tätig. Die ab 1990 geltende Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) sah detailliert vor, wie viele Minuten Familientherapie bei welchem Schweregrad von psychiatrischen Erkrankungen pro Monat pro Patient aufzuwenden waren. Auch wenn die den Kassen gemeldeten »Familientherapien« zum Teil nur auf dem Papier gestanden haben dürften, gab und gibt es viele Kolleginnen und Kollegen, die seit vielen Jahren systemische Therapie in Psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten praktizieren.

Auch Helm Stierlin und seine Heidelberger Gruppe, die ab Anfang der 1970er Jahre wesentlich dazu beigetragen haben, die Familientherapie in Deutschland zu etablieren und das systemische Modell weiterzuentwickeln, arbeiteten innerhalb des medizinischen Versorgungssystems der Universitätsklinik. Für die Abrechnung der Leistungen wurde pro Quartal ein Krankenschein pro Familie eingesammelt, und es mussten auch Diagnosen nach ICD-10 vergeben werden. Dieses Vorgehen war auch gängige Praxis, als ich 1995 in die Abteilung eintrat und die Ambulanz für Paar- und Familientherapie der Universitätsklinik Heidelberg von 1998 – 2014 leitete. An der *Philadelphia Child Guidance Clinic*, an der Minuchin und Haley arbeiteten, wurden selbstverständlich ebenfalls Diagnosen erhoben. Meine Supervisoren vom *Mental Research Institute* rechneten Anfang der 1980er Jahre Behandlungen von Patienten, die bei Kaiser Permanente versichert waren – einem der größten Krankenversicherer in Kalifornien –, als Krankenbehandlungen ab. In der Schweiz ist systemische Therapie eine der vier Hauptrichtungen der Psychotherapie, die in der ambulanten Versorgung praktiziert werden. Man

hat nicht den Eindruck, dass dies der Qualität der schweizerischen systemischen Therapie Abbruch getan hätte.

Die Konstruktion, die systemische Therapie bewege sich größtenteils außerhalb des Gesundheitssystems, trifft somit keineswegs zu, vielmehr leisten systemische Therapeuten seit Jahrzehnten einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung.

Systemischer Umgang mit Diagnosen

Bevor soziale Leistungen in Anspruch genommen werden, wird in der Regel eine Diagnose gestellt oder eingeschätzt, ob bestimmte Kriterien erfüllt werden. Dies gilt nicht nur für das Gesundheitswesen. Im Bereich der Jugendhilfe entscheiden beispielsweise Jugendämter, ob die Kriterien für eine Kindeswohlgefährdung oder eine stationäre Jugendhilfemaßnahme vorliegen oder nicht. Einschätzungen, *assessments* und Diagnosen sind eigentlich nichts Besonderes. Im Zuge der Anti-Psychiatriebewegung wurde die Bedeutung von Diagnosen hinterfragt.¹ Klinische Diagnosen sind Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses. Tatsächlich sind viele psychiatrische Diagnosen nicht besonders trennscharf definiert, oft werden sie außerdem reduktionistisch verwendet, und soziale Faktoren werden oft zu wenig berücksichtigt.

Für die Arbeit von systemischen Therapeuten im Gesundheitssystem bietet das bio-psycho-soziale Modell der systemischen Familienmedizin eine gute konzeptionelle Grundlage

¹ In der ältesten bekannten randomisierten kontrollierten Therapiestudie von Langsley, Pittman, Machotka & Flomenhaft (1968) wurden leider keine Diagnosen gestellt; einer der Autoren, Pittman, bestätigte mir, dass es sich um Menschen mit Psychosen gehandelt hatte, die sich unter systemischer Therapie stabilisierten. Leider wurde diese Studie vom IQWiG mangels vorliegender Diagnosestellung nicht berücksichtigt.

www.klett-cotta.de/fachbuch



Ralf Braun
Mindful@work
Anleitungen für einen
achtsamen Arbeitsalltag

133 Seiten, broschiert
€ 16,- (D). ISBN 978-3-608-96236-9

Das Buch enthält kurze Übungen, die in Alltagssituationen am Arbeitsplatz einfach integriert werden können. Sie helfen, das Gewohnte zu unterbrechen und Ent-Spannung zu erfahren. Nicht zuletzt bewirken die Hinweise für Teams positive Effekte für das Betriebsklima und die Team-bildung.

Fach-
buch 
Klett-Cotta

Bestellen Sie bei www.klett-cotta.de
Wir liefern portofrei nach D, A, CH

(Altmeyer & Hendrichske, 2012). In der systemischen Familienmedizin werden Begriffe wie Krankheit und diagnostische *labels* nicht vollständig abgelehnt, sondern in einer offenen, weniger wertenden Form verwendet und zugleich immer wieder kritisch reflektiert und hinterfragt (McDaniel et al., 2004). In ihrem Artikel »Über die Vorzüge pathologischer Etikettierungen« – »About the beneficial aspects of a pathological label« – haben Grunebaum & Chasin (1978) ausgeführt, dass Diagnosen nicht an und für sich gut oder schlecht sind – vielmehr, so die Autoren, komme es darauf an, was aus ihnen gemacht werde (vgl. auch Spitzczok von Brisinski, 1999). Bei der Verwendung von Diagnosen wird manchmal die Nähe zum Krankheitsmodell der somatischen Medizin kritisiert. Neben einer somatischen Fixiertheit gibt es aber auch die Gefahr, sich auf psychische Faktoren zu fixieren (Aderhold, 2017; Frances, 2017; McDaniel et al., 2004). Diagnosen können auch eine entlastende Wirkung haben: Viele Eltern von Kindern mit einer Behinderung beschreiben die Diagnosestellung als einen sehr schweren Moment, der zugleich aber auch eine befreiende Wirkung haben und auf narrativer Ebene den Wendepunkt darstellen kann: von einer Phase der Suche nach Information und Orientierung hin zu Akzeptanz und einer neuen Balance (Retzlaff, 2016).

In den Psychotherapierichtlinien des G-BA, die für die ambulante psychotherapeutische Versorgung maßgeblich sind, wird keineswegs eine bestimmte Diagnose einer standardisierten therapeutischen Vorgehensweise schematisch zugeordnet. Im Gegenteil – das sogenannte Gutachterverfahren (s. u.) schreibt verbindlich eine individualisierte, maßgeschneiderte Therapiekonzeption vor. Hauptgrund, weshalb Psychotherapien im Antragsverfahren für längere Behandlungen abgelehnt

werden, sind allzu schematische Therapiepläne und Formulierungen wie aus dem Textbaukasten. Im Therapieantrag, der von Patient und Psychotherapeut erstellt wird, wird eine offene narrative Problembeschreibung und eine biografische Anamnese verlangt, eine Diagnose nach ICD-10, ein klassischer psychiatrischer Befund, eine verhaltenstherapeutische Bedingungsanalyse bzw. eine psychodynamische Einschätzung, aus denen dann ein individueller Behandlungsplan abgeleitet wird. Praktiziert bzw. gefordert wird also eine durchaus anspruchsvolle Beschreibung auf mehreren konzeptionellen Ebenen, weit über die Diagnosestellung nach ICD-10 hinaus.

Die gegenwärtigen Psychotherapierichtlinien als Rahmen ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

Seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 führen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten Behandlungen rechtlich gleichberechtigt mit Fachärzten durch. Psychotherapie gibt es nicht auf Rezept eines Arztes; das Delegationsverfahren vergangener Jahre ist seit Langem abgeschafft. Jedoch gibt es eine Reihe von formalen Vorgaben, die zu erfüllen sind.

Das sogenannte Gutachterverfahren schreibt verbindlich eine individualisierte, maßgeschneiderte Therapiekonzeption vor

Zumindest für erfahrene Psychotherapeuten und bei Kurzzeittherapien unter 25 Stunden war das Antragsverfahren, um psychotherapeutische Behandlungen bewilligt zu bekommen, bis zum 31. März 2017 relativ einfach. Nach ca. ein bis zwei Berufsjahren konnte man nach 35 bewilligten Berichten von der Antragspflicht befreit werden. Für die Bewilligung einer Psychotherapie war lediglich ein

einfacher Antrag des Patienten erforderlich, ein ärztlicher Konsiliarbericht, um körperliche Erkrankungen auszuschließen bzw. eine ggf. erforderliche ärztliche Mitbehandlung abzuklären, sowie ein kurzes, vom Therapeuten auszufüllendes Formular. Für Langzeittherapien wurde zusätzlich ein ca. zwei bis drei Seiten umfassender Therapieantrag verlangt, der vom Therapeuten unter Mitwirkung des Patienten erstellt und in anonymisierter Form einem Gutachter vorgelegt wurde.

Seit dem 1. April 2017 wurden die Bestimmungen der Psychotherapierichtlinien geändert. Der Versuch, Patienten den Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie zu erleichtern, hat das Verfahren nach Einschätzung vieler niedergelassener Psychotherapeuten komplizierter und bürokratischer werden lassen.

Von allen Psychotherapeuten mit einem vollen Kassensitz wird eine telefonische Erreichbarkeit von 200 Minuten pro Woche bzw. 100 Minuten bei einem halben Kassensitz verlangt, ohne dass dies gesondert honoriert würde. Dabei ist zu beachten, dass die Kassenärztliche Vereinigung nach den Plausibilitätskriterien für eine Therapiestunde von 50 Minuten Dauer weitere 20 Minuten Bürozeit ansetzt, die in dem Honorar für Psychotherapiestunden enthalten sind, d. h. der Zeitaufwand gilt als bereits entlohnt.

Neu eingeführt wurde eine ab 1. April 2018 verpflichtende psychotherapeutische Sprechstunde als niedrigschwelliger Zugang. Sie muss von niedergelassenen Therapeuten angeboten werden, kann aber auch delegiert werden. Patienten, die eine Therapie beginnen möchten, müssen mindestens ein 50-minütiges Gespräch im Rahmen der Sprechstunde geführt haben (oder zwei Termine mit 25 Minuten). Erwachsene können die Sprechstundenleistung bis zu sechs Mal à 25 Minuten, also 150 Minuten, in Anspruch nehmen, Kinder und Jugendliche zehn Mal à 25 Minuten bzw. bis zu 250 Minuten insgesamt. Die Sprechstunde soll

abklären, ob eine Richtlinienpsychotherapie benötigt wird. Eine weiterführende Behandlung kann auch in einer anderen Praxis durchgeführt werden. Bei einer vorherigen stationären psychotherapeutischen Behandlung ist es nicht erforderlich, eine Sprechstunde zu besuchen.

Neu eingeführt wurde außerdem eine Akutbehandlung als schnelle Intervention bei akuten Krisen und zur Vorbereitung einer längeren Therapie. Insgesamt können bis zu 24 Termine mit insgesamt 600 Minuten in Anspruch genommen werden, also zwölf Termine von 50-minütiger Dauer. Sie ist verfahrensunabhängig, gilt nicht als Psychotherapie im engeren Sinne, sondern soll dazu dienen, die Symptomatik kurzfristig zu verbessern, ohne die zugrundeliegenden essenziellen Ursachen umfassend zu bearbeiten. Wird eine Akutbehandlung aufgenommen, muss dies der jeweiligen Krankenkasse gemeldet werden, sie ist aber nicht genehmigungspflichtig. Wird eine reguläre Psychotherapie im Kurzzeit- oder Langzeitverfahren eingeleitet, wird sie mit den jeweiligen Stundenkontingenten verrechnet. Die Akutbehandlung wurde von den Krankenkassen favorisiert, weil die Kassen sich angesichts der in vielen Regionen bestehenden langen Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz so erhoffen, einen unkomplizierten Zugang zu einer Art psychotherapeutischer Erstversorgung zu schaffen.

Wie in vergangenen Jahren sind vor Aufnahme einer regulären Psychotherapie zwei probatorische Sitzungen verpflichtend. Bei Erwachsenen können bis zu vier solcher Sitzungen, bei Kindern und Jugendlichen bis zu sechs in Anspruch genommen werden.

Noch während probatorische Sitzungen durchgeführt werden, kann der Antrag auf Kurzzeittherapie (KZT I; zwölf Stunden) gestellt werden. Für das zweite Stundenkontingent von zwölf Stunden (KZT II) muss erneut ein Antrag eingereicht werden. Dies erfolgt derzeit für beide Bewil-

lungsschritte ohne den bisher üblichen ausführlichen Therapieantrag für den Gutachter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Anträge gelten nach Ablauf von drei Wochen auch ohne Bescheid als bewilligt.

Nach den aktuellen Psychotherapierichtlinien umfasst eine Kurzzeittherapie bis zu 24 Sitzungen, die neuerdings in zwei Abschnitten – statt wie bisher in einem Abschnitt – bewilligt werden. Im alten Verfahren konnten erfahrene Psychotherapeutinnen, die von der Antragspflicht für Kurzzeittherapien befreit waren, 25 Stunden plus fünf Stunden Probatorik, bei Kindern und Jugendlichen außerdem weitere sechs sogenannte Bezugspersonenstunden durchführen, insgesamt also 30 bis 36 Therapiestunden ohne Antragsverfahren.

Langzeittherapien sind weiterhin antrags- und bewilligungspflichtig, der Psychotherapeut muss für den Patienten einen ausführlichen anonymisierten Antrag stellen, der einem Gutachter der KBV vorgelegt wird. Ihnen ist ein Konsiliarbericht eines Arztes beizufügen, in dem dieser zu somatischen Krankheiten Stellung nimmt.

Der Therapeut muss außerdem angeben, ob nach Beendigung ein Teil des Stundenkontingents zur *Rezidiivprophylaxe* genutzt werden soll. Möglich sind acht Stunden bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Stunden, bei einer Behandlungsdauer von über 60 Stunden maximal 16 Stunden. Sie werden auf das Stundenkontingent angerechnet.

Die Stundenkontingente für *Einzeltherapie* bei Erwachsenen sind bei der psychoanalytischen Therapie 160 Stunden für den ersten, 140 weitere Stunden für den zweiten Bewilligungsschritt, bei tiefenpsychologisch orientierter Therapie 60 Stunden und 40 weitere Stunden, bei Verhaltenstherapie 60 Stunden bzw. 20 weitere Stunden. Für den Bereich Kinder und Jugendliche sind die Stundenkontingente bei psychoanalytischer Therapie für Kinder 70 Stunden im ersten und weitere 80 Stunden im zweiten Bewilligungsschritt

plus weitere 37 Stunden für Bezugspersonen (187 Stunden insgesamt), für Jugendliche 90 Stunden bzw. weitere 90 Stunden im zweiten Bewilligungsschritt plus 44 Stunden Bezugspersonenstunden (224 Stunden insgesamt), bei Verhaltenstherapie 60 Stunden im ersten und 20 Stunden im zweiten Bewilligungsschritt plus 20 Stunden für Bezugspersonen (100 Stunden insgesamt). Langzeittherapien über 100 Stunden machen nur einen geringen Teil der psychotherapeutischen Leistungen aus.

Gruppentherapie mit drei bis neun Teilnehmern kann mit Einzeltherapie kombiniert werden. Die Gruppensitzung kann auch von einem anderen als dem Einzeltherapeuten geleitet werden. Bei Erwachsenen umfassen die Stundenkontingente bei psychoanalytischer Therapie 150 Doppelstunden, bei tiefenpsychologisch orientierter Therapie und Verhaltenstherapie 80 Doppelstunden, die in zwei Bewilligungsschritten beantragt werden. Für Kinder und Jugendliche sind die Stundenkontingente bei psychoanalytischer Therapie 90 Stunden plus 22 Doppelstunden für Bezugspersonen (112 Doppelstunden insgesamt), bei tiefenpsychologisch fundierter Therapie und Verhaltenstherapie 80 Doppelstunden plus 20 Stunden für Bezugspersonen (100 Doppelstunden insgesamt).

Die Honorarsätze liegen für die Sprechstunde, Akutbehandlung und Einzeltherapiestunde bei € 88,56, probatorische Sitzungen werden mit € 66,56 deutlich niedriger vergütet; Gruppentherapien ermöglichen, abhängig von der Gruppengröße, deutlich höhere Stundensätze zwischen € 124 bis € 229.

Nach § 9 der Psychotherapierichtlinien können Menschen aus dem sozialen Umfeld in Behandlungen einbezogen werden. Bei einer besonderen interaktionellen Einbettung der Symptomatik können Therapiesitzungen auch im Mehrpersonensetting in Doppelstunden durchgeführt werden.

Gutachtenverfahren

Psychotherapeutische Behandlungen über 24 Stunden hinaus sind gutachtenpflichtig. Voraussetzung für eine kassenfinanzierte Psychotherapie ist, dass eine Störung von Krankheitswert vorliegt, eine hinreichend günstige Prognose, dass die Behandlung gelingt, sowie ein schlüssiger Behandlungsplan. In Abstimmung mit dem Patienten wird ein anonymisierter Bericht erstellt, der von der jeweiligen Krankenkasse an einen externen Gutachter weitergeleitet wird. Den Bericht abzufassen soll nicht mehr als zwei Stunden erfordern und wird mit € 57,43 vergütet. Unter niedergelassenen Psychotherapeuten ist das Gutachtenverfahren unpopulär, es hat aber erhebliche sozialrechtliche Vorteile: Von den Krankenkassen genehmigte Leistungen müssen von diesen nach sozialrechtlich einklagbaren definierten Standards finanziert werden. Die Punktwerte für genehmigte Leistungen sind höher als für antragsfreie Leistungen wie Akutbehandlung, Sprechstunde oder probatorische Sitzungen. Das Gutachtenverfahren gewährleistet eine gewisse rechtliche Sicherheit der Honorarhöhe.

Kostenerstattungsverfahren

Approbierte Therapeuten ohne Kassensitz konnten in vielen weniger gut versorgten Regionen Psychotherapie im sogenannten Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 3 Satz 1 des SGB V als unaufschiebbare Leistung wegen mangelnder Behandlungsplätze bei niedergelassenen Psychotherapeuten mit Kassensitz durchsetzen. Voraussetzung ist eine Ausbildung in einem Richtlinienverfahren, der Eintrag ins Arztregister und der Nachweis, dass eine bestimmte Anzahl von Psychotherapeuten mit Kassensitz innerhalb einer bestimmten Frist keinen

Behandlungsplatz hat. Durch die veränderten Psychotherapie-Richtlinien, die Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung ist es schwieriger geworden, eine Genehmigung von Anträgen im Kostenerstattungsverfahren zu erhalten.

Private Krankenversicherung und Beihilfe

Die Abrechnung mit privaten Krankenversicherungen erfolgt nach der Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), die sich an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anlehnt. Seit Jahren soll eine neue GOÄ /GOP verabschiedet werden. In den Entwurf einer Neufassung sind die sogenannten neuen, wissenschaftlich anerkannten Verfahren wie Hypnotherapie, systemische Therapie, EMDR aufgenommen. Der Entwurf der überarbeiteten GOP enthält von mir formulierte Ziffern für die systemische Therapie im Einzel-, Paar-, Gruppen- und Familiensetting. Weil sich verschiedene Facharztgruppen untereinander nicht verständigen konnten, ist die Novellierung bisher noch nicht erfolgt. Eine Abrechnung mit den privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe für Beamte setzt einen Eintrag ins Arztregister voraus, der nur mit einer Approbation und Fachkundenachweis erteilt wird. Das Honorar für eine Einzeltherapiestunde beträgt bei dem üblichen 2,3-fachen Steigerungssatz € 100,55. Die Stundenkontingente der privaten Krankenversicherungen sind begrenzt, in der Regel werden 30 Therapiestunden bezahlt, bei Kindern und Jugendlichen plus weitere 25 % Stunden für Bezugspersonen. Das Antragsverfahren ähnelt dem Verfahren, das bis 31.03.2017 in der gesetzlichen Krankenversicherung üblich war – ca. drei bis vier Seiten mit Angaben zur spontan berichteten Symptomatik, Anam-

nese, ärztlichem Konsiliarbericht, psychiatrischem Befund, ICD-10 Diagnose, Verhaltensanalyse oder psychodynamischen Befunden, Strukturdiagnose etc., Behandlungszielen und Behandlungsplan, Angaben zur Einschätzung der Prognose. Die Beihilfe für Beamte schließt Familientherapie als Verfahren seit Jahren explizit aus.

Selektivverträge – systemische Therapie als Kassenleistung in Baden-Württemberg

Das SGB V ermöglicht es mit dem § 140a zur »Besonderen Versorgung«, dass Direktverträge zwischen Krankenkassen und psychotherapeutischen Berufsverbänden geschlossen werden. Diese Verträge ermöglichen es, dass Leistungen erbracht und vergütet werden, ohne an die Regelungen des G-BA und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebunden zu sein. In Baden-Württemberg haben der Medi-Verbund, die Deutsche

Selektivverträge haben einige Vorteile, aber auch gravierende Nachteile

Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) sowie der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) einen entsprechenden Selektivvertrag

mit der AOK, der BKK Bosch, der DAK und der TKK abgeschlossen. Neben den Richtlinienverfahren sind ausdrücklich auch neue Verfahren wie die Hypnotherapie sowie die systemische Therapie eingeschlossen.

Voraussetzung auf Patientenseite ist die Einschreibung in einen Facharztvertrag (d. h. der Patient verpflichtet sich, bevorzugt Ärzte und Psychotherapeuten aufzusuchen, die Vertragspartner seiner Krankenversicherung sind), aufseiten der Psychotherapeuten eine Approbation in einem Richtlinienverfahren, ein Eintrag im Arztregister und ein Zertifikat »Systemischer Therapeut« bzw. »Systemischer Kin-

der- und Jugendpsychotherapeut« der DGSF oder der SG.

Ziel der Selektivverträge ist es u. a., Klienten innerhalb eines Monats mit einem Therapieplatz zu versorgen. Aufwändige Therapieanträge entfallen. Es muss kein Behandlungsplan vorgelegt werden, das Gutachterverfahren entfällt. Die Akutbehandlung (bei Erwachsenen 10, bei Jugendlichen 13 Sitzungen) wird mit € 117, die folgenden 20 Sitzungen mit € 99, weitere 30 Therapiestunden mit ca. € 92 bezahlt. Die Sätze der DAK sind für Kinder und Jugendliche noch geringfügig höher. Gruppentherapien mit zwei bis vier Personen bzw. fünf bis neun Personen werden wie im KV-Verfahren höher honoriert als Einzeltherapie. Zum Teil gibt es bei Kindern und Jugendlichen auch eine Abrechnungsziffer für Hilfeplankonferenzen. Im baden-württembergischen TK-Vertrag können außerdem Hilfeplangespräche für Kinder und Jugendliche abgerechnet werden, es gibt eine Honorarziffer für die Kooperation mit Fachkollegen sowie Zuschläge für aufwändiger zu behandelnde Störungen wie Schizophrenie oder schwere Depressionen. Für Traumatherapie gibt es erhöhte Stundenkontingente, bei Verhaltenstherapie zusätzlich 20 Stunden, bei tiefenpsychologisch orientierter Therapie weitere 40 Stunden.

Anders als der G-BA mit seiner bürokratischen Neuregelung der Psychotherapierichtlinien setzen die Selektivverträge auf Anreize und weniger auf bürokratische Vorgaben. Die Selektivverträge haben allerdings auch einige gravierende Nachteile – die Honorare stehen nicht mehr unter dem Schutz des Sozialgesetzbuchs, sondern werden direkt zwischen den Krankenkassen und Vertragspartnern, in diesem Falle MEDI, DPTV und bvvp, ausgehandelt. Langfristig könnte sich die Seite der Krankenkassen als durchsetzungstärker erweisen als die Verbände der Psychotherapeuten. Es besteht die Vorgabe, Therapien leitlinienorientiert

durchzuführen, was sinnvoll erscheinen mag, aber dennoch die Freiheit des Behandlers einschränkt. Im TK-Vertrag können Therapien bei zahlreichen Diagnosen wie Angststörungen, Zwänge, körperliche Erkrankungen mit psychischen Faktoren nur von Verhaltenstherapeuten und tiefenpsychologischen Therapeuten erbracht werden, nicht aber von Systemikern. Anders als in der kassenpsychotherapeutischen Regelversorgung, für die die Psychotherapierichtlinien gelten, sind die Psychotherapieverfahren in den Selektivverträgen nicht für alle Diagnosegruppen zugelassen; bestimmte Diagnosen sind explizit ausgeschlossen. Vermutlich haben sich die Verhandlungsführer bei der vertraglichen Vereinbarung des Leistungskatalogs an Wirksamkeitsnachweisen zu den einzelnen Verfahren orientiert. Eindeutig positiv zu werten ist der Umstand, dass systemische Therapie zumindest in Baden-Württemberg damit bereits als Kassenverfahren praktiziert wird.

Für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen, den privaten Versicherungen, der Beihilfe und in den Selektivverträgen sind eine Approbation und ein Eintrag ins Arztregister erforderlich, für die wiederum die Fachkunde in einem Richtlinienverfahren erforderlich ist. Wer sich als Kassenpsychotherapeut niederlassen möchte, muss sich bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung um einen frei werdenden Kassensitz bewerben. Die Zahl der Sitze ist gedeckelt, für viele Planungsbezirke wurde ungeachtet langer Wartezeiten für einen Therapieplatz eine Überversorgung festgestellt.

Verrechtlichung

In den 1970er bis 1990er Jahren gab es eine bunte psychotherapeutische Szene, und Verfahren wie die Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, aber auch Verhaltenstherapie

boten dreijährige Weiterbildungen an. Die formalen Ausbildungskriterien waren meist vom jeweiligen Fachverband vorgegeben. Seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes sind Ausbildungen in den Richtlinienverfahren erheblich formalisiert und verrechtlicht worden. Als Teil dieser Entwicklung kann die Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung »Systemische Therapie« durch die Bundespsychotherapeutenkammer verstanden werden. In etlichen anderen Bundesländern können approbierte Psychotherapeuten und Kinderpsychotherapeuten den Zusatztitel »Systemische Therapie« erwerben, der Titel ist rechtlich geschützt. In den Übergangsregelungen wurden die Zertifikate der DGSF und SG als Grundlage anerkannt. Die systemische Therapie gehört also mehr und mehr zum *mainstream* der psychotherapeutischen Landschaft.

Diverse Regelungen – insbesondere das Sozialgesetzbuch V zur gesetzlichen Krankenversicherung, die Psychotherapierichtlinie des G-BA, das Heilberufe-Kammergesetz u. a. m. – sind maßgeblich für die Ausübung

Die Mitgliedschaft im Club der etablierten Psychotherapieverfahren hat durchaus einen Preis

des Psychotherapeutenberufs. Alle approbierten Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind verpflichtend Mitglied der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer. Die Landespsychotherapeutenkammern übernehmen im Rahmen der ihr übertragenen hoheitlichen Aufgaben die öffentlich-rechtliche Interessenvertretung der Psychotherapeuten. Auch wenn die Landessozialministerien letztendlich die Rechtsaufsicht ausüben, obliegt die Berufsaufsicht, die Festlegung der Berufsordnung und die Ordnung der Fort- und Weiterbildung der jeweils zuständigen Psychotherapeutenkammer. In den Berufsordnungen werden u. a. auch zum Patientenschutz Standards der Berufsausübung vorgegeben. Die Ausbildung und die Tätigkeit

des Psychotherapeutenberufs. Alle approbierten Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind verpflichtend Mitglied der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer. Die Landespsychotherapeutenkammern übernehmen im Rahmen der ihr übertragenen hoheitlichen Aufgaben die öffentlich-rechtliche Interessenvertretung der Psychotherapeuten. Auch wenn die Landessozialministerien letztendlich die Rechtsaufsicht ausüben, obliegt die Berufsaufsicht, die Festlegung der Berufsordnung und die Ordnung der Fort- und Weiterbildung der jeweils zuständigen Psychotherapeutenkammer. In den Berufsordnungen werden u. a. auch zum Patientenschutz Standards der Berufsausübung vorgegeben. Die Ausbildung und die Tätigkeit

von approbierten Systemikern wird vom Gesetzgeber, dem G-BA und den Landespsychotherapeutenkammern reguliert werden und nicht mehr allein von den Fachverbänden – die Mitgliedschaft im Club der etablierten Psychotherapieverfahren hat durchaus einen Preis. Allerdings sind im internationalen Vergleich die Arbeitsbedingungen für Psychotherapeuten im deutschen Gesundheitssystem durchaus günstig; das hohe Maß an Regularien und bürokratischen Vorgaben betrifft keineswegs nur die Psychotherapie, sondern ebenso die somatische Medizin, die Pflege, die Tätigkeit von psychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen etc. Jammern über die Menge an rechtlichen Vorgaben ist kein gutes Alibi, lieber draußen vor der Tür der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bleiben zu wollen (Rotthaus, 1984).

Die Pioniere der systemischen Familientherapie kamen aus unterschiedlichen Berufsfeldern. Bisher lag eine große Stärke der systemischen Ausbildungen darin, dass sie offen für Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen waren. In der Versorgungspraxis hat sich eine Multiprofessionalität bewährt: In mehreren Untersuchungen konnte die Gruppe von Crane zeigen, dass Ehe- und Familientherapeuten mit Approbation eher bessere therapeutische Ergebnisse erzielen als Ärzte oder Psychologen mit Doktorgrad (Moore, Hamilton, Crane & Fawcet, 2011). Gelänge die sozialrechtliche Anerkennung, so würde der Zugang zur Approbation nicht von den systemischen Fachverbänden oder Ausbildungsinstituten geregelt, sondern durch die Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes. Eine große Herausforderung für das systemische Feld wird es sein, seine Offenheit und Multiprofessionalität zu bewahren – Eigenschaften, die sich beispielsweise in den USA durchzusetzen scheinen: Auf der 5. systemischen Forschungstagung in Heidelberg im März 2017 skizzierte Susan McDaniel, die im Vorjahr als Präsidentin der American Psychological Association amtierte, in

ihrem Hauptvortrag, wie sich das US-amerikanische Gesundheitssystem entwickelt habe. Aus Kostengründen würden die großen Health Care Maintenance Organizations und staatliche Krankenversicherungssysteme mehr und mehr Gesundheitszentren finanzieren, in denen Angehörige verschiedener Berufsgruppen zusammenarbeiten und eine kooperative, systemisch inspirierte Gesundheitsfürsorge anbieten. Die eher teure Arbeit von Ärzten, aber auch Psychologen wird in vielen Einrichtungen in den USA bereits heute zu einem erheblichen Teil von anderen Berufsgruppen übernommen. Es bleibt zu hoffen, dass sich in nicht allzu ferner Zukunft das Gesundheitssystem in Deutschland für eine aus systemischer Sicht wünschenswerte Multiprofessionalität öffnen wird.

Wird die systemische Therapie als Richtlinienpsychotherapieverfahren sozialrechtlich anerkannt, so werden sich Selbstverständnis wie Ausrichtung von systemischen (Approbations-) Ausbildungen wandeln. Diese werden sich vermutlich stärker an klassischen pragmatischen Ansätzen der systemischen Therapie orientieren, Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen wie der Sozialpsychologie, der Entwicklungspsychologie, der Bindungstheorie oder der Theorie des sozialen Lernens und anderer Psychotherapieverfahren berücksichtigen, Ergebnisse der empirischen Forschung stärker zur Kenntnis nehmen, Kernkompetenzen von Systemikern in Ausbildung definieren und deren Umsetzung validieren sowie Behandlungsergebnisse und Therapieprozesse in Ausbildungstherapien überprüfen.

Die systemische Therapie ist kein statisches Gebäude. Bereits Ende der 1970er Jahre wurde erkannt, dass Homöostase und Gleichgewichtszustände kein hinreichendes Modell für dynamische Systeme bieten. Es hat immer wieder Entwicklungen und Wandel gegeben. Aus meiner Sicht könnten

Systemiker ruhig mutiger sein, was die bevorstehenden Veränderungen, die mit einer möglichen sozialrechtlichen Anerkennung verbundenen wären, betrifft.

Angesichts der geschilderten zahlreichen und unerfreulichen bürokratischen Vorgaben erscheint die Frage berechtigt, wem eine Kassenzulassung überhaupt nützt. Die Alternative zu einer kassenrechtlichen Zulassung wäre, dass die systemische Therapie von anderen Verfahren als Steinbruch benutzt wird und, zumindest im Gesundheitswesen, als eigenständiges Verfahren keine größere Bedeutung mehr haben wird. Wer nicht drinnen ist, ist draußen, kann nicht mitreden, nicht mitgestalten – nicht in den Psychotherapeutenkammern, nicht in den Gremien des G-BA und auch nicht bei der bevorstehenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes.

Viele Patienten, vielleicht die allermeisten, können sich eine privat finanzierte systemische Therapie schlichtweg nicht leisten. Es wäre zutiefst unfair, wenn ein so

hilfreiches Verfahren nicht der großen Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung stünde.

→ Abstract

Systemic Therapy and Inpatient Psychotherapeutic Care in Germany

The article informs its readers on formal and legal aspects of the inpatient psychotherapeutic care system in Germany and explores critical issues posed by the potential recognition of systemic therapy as a treatment which is covered by public health insurances in terms of the Federal Social Welfare Act. There is a special focus on the red tape to be expected in connection with training and therapeutic practice.

Keywords: systemic therapy, health policy, recognition in terms of the Social Welfare Act

Eine große Herausforderung für das systemische Feld wird es sein, seine Offenheit und Multiprofessionalität zu bewahren

→ Bibliografie

- Aderhold, V. (2017). Das Un-Wesen psychischer Krankheiten. Über den aktuellen Zerfall von Krankheitskonstrukten und den phänomenalen Nutzen der Konstruktionslücke. *Familiendynamik*, 42, 112 – 120. DOI 10.21706/fd-42-2-112.
- Altmeyer, S., & Hendrichke, A. (2012). *Einführung in die systemische Familienmedizin*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Frances, A. (2017). Wer ist krank – und wer nicht? Die entscheidende Rolle der psychiatrischen Diagnosen – und ihre gravierenden Mängel. *Familiendynamik*, 42, 102 – 111. DOI 10.21706/fd-42-2-102.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016). Richtlinien für die Durchführung der Psychotherapie. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf [letzter Zugriff am 10.10.2017].
- Grunebaum, H., & Chasin, R. (1978). Relabeling and reframing reconsidered: The beneficial effects of a pathological label. *Family Process*, 17, 449 – 455. Dt. (1980). Kritisches zu Umdeutungen oder: Die Vorteile eines pathologischen Begriffssystems. *Familiendynamik*, 5, 106 – 117. DOI 10.1111/j.1545-5300.1978.00449.x.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2017). Systemische Therapie bei Erwachsenen. Abschlussbericht. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf [letzter Zugriff am 10.10.2017].
- Langsley, D. G., Pittman, F. S., Machotka, P., & Flomenhaft, K. (1968). Family Crisis Therapy – Results and implications. *Family Process*, 7, 145 – 158. DOI 10.1111/j.1545-5300.1968.00145.x.
- Lebow, J. (ed.) (2005). *Handbook of Clinical Family Therapy*. New York: Wiley.
- McDaniel, S. H., Campbell, T. L., Hepworth, J., & Lorenz, A. (2004). *Family-oriented Primary Care*. New York: Springer.
- Moore, A., Hamilton, S., Crane, D. R., & Fawcett, D. (2011). The Influence of Professional License Type on the Outcome of Family. *American Family Therapist*, 39, 149 – 161. DOI 10.1080/01926187.2010.530186.
- Retzlaff, R. (2016). *Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und Systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta (2. Aufl.).
- Rotthaus, W. (1984). Das Jammern über die Institution als Alibi. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 2, 39-41.
- Schindler, H., & von Schlippe, A. (2006). Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassen zugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichentherapeutInnen. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 334 – 337. DOI 10.1055/s-2006-940073.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 17, 43 – 51.



Anschrift des Verfassers

Dr. Rüdiger Retzlaff

Im Weiher 12

69121 Heidelberg

info@ruediger-retzlaff.de

Dr. sc. hum. Rüdiger Retzlaff, geb. 1957. Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Kinder- und Jugendpsychotherapeut. Lehrender Supervisor und Coach, Lehrtherapeut für Systemische Therapie und Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen, Supervisor für Hypnotherapie, Psychodynamische Therapie und Verhaltenstherapie. Lehrtherapeut am Helm Stierlin Institut Heidelberg; niedergelassen in eigener Praxis in Heidelberg.