

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

11.06.2024

**Stellungnahme des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten
(bvvp) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune (Kabinettsentwurf
Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

Nach einer bereits eingereichten ausführlichen Stellungnahme des bvvp zum Referentenentwurf, die dem Bundesministerium für Gesundheit vorliegt (siehe auch <https://t1p.de/3kgqe>), äußert sich der Verband nun erneut zu den bereits bekannten und zu den neu aufgenommenen Änderungen im Kabinettsentwurf.

Bedarfsplanung

Der bvvp begrüßt ausdrücklich die im § 101 SGB V angedachte gesonderte Beplanung von psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Mit der eigenen Beplanung können die besonderen Versorgungsbedürfnisse dieser Altersgruppen berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Tatsache, dass der Bedarf seit der COVID-19-Pandemie gestiegen ist und auch für lange Zeit hoch bleiben wird, als auch die Realität, dass angenommene Mitversorgungseffekte nur begrenzt zum Tragen kommen. Vor allem Kindern, aber auch Jugendlichen ist es in aller Regel nicht möglich, Praxen weit entfernt von ihrem Wohnort aufzusuchen. Die Versorgung für diese Patient*innengruppe muss daher wohnortnäher gestaltet werden.

Eine Quote für Ärztliche Psychotherapeut*innen sollte analog der Regelung für die Erwachsenenpsychotherapie verpflichtend eingerichtet werden. Die bisherige gesetzliche Regelung hat sich bewährt und dazu geführt, dass in allen Bedarfsplanungsregionen psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen an der Versorgung zu einem entsprechend definierten Anteil mitwirken können. Nun mag man einwenden, dass der Anteil psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen für Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Anteil beim Versorgungsangebot für Erwachsene aktuell

VORSTAND

VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr,
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDE

Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie

STELLV. VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.
Mathias Heinicke,
Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Ulrike Böker

Ariadne Sartorius

Dr. med. Bettina van Ackern

Dr. med. Michael Brandt

Dipl.-Psych. Rainer Cebulla

Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-
Köhn

Dr. phil. Bernd Aschenbrenner

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954

Telefax 030 88725953

bvvp@bvvp.de

www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG

IBAN:

DE69100900002525400002

BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID

DE77ZZZ00000671763

deutlich niedriger ausfällt. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Gesetz die Regelungen vom Versorgungsbedarf her denkt. Aus dieser Sicht ist der Erhalt der Ärztequote auch in diesen Altersgruppen dringend erforderlich, denn unstrittig ist, dass bei einem Teil psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die spezifischen ärztlichen Kompetenzen psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen in der Behandlung zwingend notwendig sind. Daher erscheint es geboten, überall dort, wo ein entsprechender Mindestversorgungsanteil von psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen für Kinder und Jugendlichen nicht erreicht wird, niederlassungswilligen Ärzt*innen die Möglichkeit zu geben, die Versorgungslücke zu schließen. Dort, wo diese in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen noch fehlen, ist es zudem zwingend notwendig, den Bedarf gemäß den offenen Sitzen auszuweisen, womit auch deutlich gemacht wird, dass gegebenenfalls entsprechende Fördermaßnahmen erforderlich sind. Ein Versorgungsmangel im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung durch psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen muss also dort ausgewiesen werden, wo er existiert, statt einen existenten Versorgungsmangel zum Maßstab zu nehmen, um auf dieser Grundlage die Bedarfe zu definieren. Das widerspricht der Intention des Gesetzes.

Der bvvp schlägt deshalb vor, dass der § 101 wie folgt geändert wird:

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

Die Forderung nach einem Erhalt der Quote erhebt der bvvp auch für die Ärztequote von 25 Prozent in der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung für Erwachsene, deren Flexibilisierung im Kabinettsentwurf angedacht ist.

Die Änderung in § 101 Absatz 4 Satz 5:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass ein Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.“

ist somit zu streichen.

Die ärztliche Expertise und die Möglichkeit, dass Medikamente verordnet werden können, ist bei vielen Patient*innen wichtig. Und auch hier besteht ein bedauernswerter Mangel an entsprechenden P-Fachärzt*innen, der deutlich ausgewiesen und dem dann mit entsprechenden Förderungsmaßnahmen begegnet werden muss. Zur Stärkung der Gesundheitsversorgung, die das Gesetz namentlich intendiert, muss die Berufsgruppen- und damit die Behandlungsvielfalt insbesondere im ambulanten GKV-System gefördert, nicht gebremst werden.

Der bwvp fordert somit den Beibehalt des bisherigen Satz 5 in Absatzes 4 des § 101 SGB V.

Der bwvp weist nochmals darauf hin, dass auch im Kabinettsentwurf die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung fehlt, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu reduzieren. Dies ist auch für das Ruhrgebiet erforderlich. Auch hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Prüfung und moderaten Nachbesserung beauftragt werden, denn auch hier werden Mitversorgungseffekte vielerorts überschätzt. So sind zum Beispiel nicht alle behandlungsbedürftigen Erwachsenen berufstätig und/oder mobil.

Vereinfachung des Antragsverfahrens für die Kurzzeittherapie

Der bwvp begrüßt die angedachte Gesetzesänderung in § 92 Absatz 6a SGB V: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über Änderungen der Richtlinien nach Satz 1, durch die eine Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien bewirkt wird und die zur Vereinfachung insbesondere für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie ein einstufiges Antragsverfahren vorsehen.“*

Allerdings gibt es eine noch effektivere Maßnahme zur Entbürokratisierung, nämlich die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren. Dies würde auch gewährleisten, dass die Versicherten sowie die Psychotherapeut*innen schnellstmöglich über die Leistungszusage der Krankenkasse informiert werden.

Grundsätzlich wiederholt der bwvp seine Forderung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Richtlinientherapie. Dieses gewährleistet durch eine vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung den sicheren Behandlungsrahmen innerhalb der jeweils verfahrensgebundenen Kontingente. Bei Beginn und Fortsetzung einer Psychotherapie, die gerahmt wird durch das das Antrags- und Genehmigungsverfahren,

erfolgt eine gemeinsame Behandlungsplanung mit dem Wissen auf Seiten von Patient*innen und Behandelnden, dass es sich bei einer Psychotherapie um eine zeitlich begrenzte, sorgfältig indizierte und verfahrensgebundene konzeptualisierte Maßnahme handelt. Außerdem findet eine Einschätzung der Prognose statt. Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit werden bei Anträgen auf Langzeittherapie durch das Gutachtenverfahren hoch individuell von Fachkolleg*innen überprüft. Dies stellt auch eine wichtige Maßnahme der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen dar – und dies alles noch vor Aufnahme der Psychotherapie.

Demgegenüber zielt das Qualitätssicherungsverfahren nach § 136a Abs. 2a SGB V, das nun in einer Modellregion erprobt wird, auf eine Bewertung der Behandlung erst nach deren Abschluss ab; es soll zudem zur vergleichenden Betrachtung der Praxen genutzt werden. Entsprechend ist das Antrags- und Gutachterverfahren vollkommen unabhängig von diesem Verfahren zu sehen, da es eine vollkommen andere Zielsetzung verfolgt. Das eine wird das andere nicht ersetzen können.

Deshalb wird folgende gesetzliche Änderung in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V angeregt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren ~~aufzuheben~~ zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Entbudgetierung

Im Rahmen der derzeit geführten Diskussion zur Entbudgetierung des hausärztlichen Versorgungsbereichs wiederholt der bwvp seine Positionierung bezüglich der psychotherapeutischen Leistungen.

Die geplante Ausbudgetierung der Hausärzt*innen ist ein wichtiger erster Schritt der Neuordnung der Honorierung. Als zweiter Schritt muss aber zwingend die Entbudgetierung der Fachärzt*innen und der Psychotherapeut*innen folgen. Auch wenn die meisten Leistungen der Psychotherapie bereits extrabudgetär vergütet werden, fehlt bislang eine gesetzliche und damit dauerhafte und verlässliche extrabudgetäre Verortung.

Von besonderer Bedeutung sind hierbei die 10-minütigen Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23. Der Gesetzgeber hat immer wieder ein besonderes Interesse an der Versorgung von Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen formuliert. Doch dafür stehen keine anderen Gebührenordnungspositionen als diese Gesprächsziffern zur Verfügung. Gleiches gilt für niederschwellige Kriseninterventionen, für die auch die Gesprächsziffern verwendet werden müssen. Sie werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM deutlich schlechter bewertet als die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Wenn dann noch eine zum Teil erhebliche Quotierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, dann ist keine wirtschaftliche Leistungserbringung
Stellungnahme des bwvp zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG, Juni 2024

mehr möglich. Durch eine gesetzlich festgelegte extrabudgetäre Vergütung wäre dieses Problem akzeptabel gelöst. Erfreulich wäre außerdem, wenn der Gesetzgeber eine Erhöhung der Obergrenze bei der Ansetzung der Ziffern von derzeit maximal 15-mal pro Behandlungsfall auf maximal 30-mal anregen würde, die dann im EBM umgesetzt werden müsste. Damit könnten Krisen, in die diese schwer kranken Menschen häufig geraten, zuverlässig im benötigten Umfang ambulant, zeitnah, niederschwellig und bürokratiearm durch die vorhandenen Strukturen abgefangen werden.

Gerade Patient*innen mit schwieriger Prognose wie zum Beispiel bei einer Suchterkrankung werden über diese Gesprächsleistungen versorgt, weil für eine Richtlinienpsychotherapie (EBM Kap. 35) keine Indikation gegeben ist. Die schlechtere Vergütung der Fachkapitelleistungen 21, 22 und 23 ist also eine Schlechterstellung der Kolleg*innen, die sich dieser besonders herausfordernden Patient*innengruppe zuwenden wollen. Es fehlt ein Anreiz, Patient*innen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, vor allem Menschen mit einer Suchterkrankung, psychotherapeutisch zu versorgen.

Hilfsweise sollte die extrabudgetäre Vergütung zumindest aller psychotherapeutischen Gesprächsziffern des Kapitels 35 und der Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23 in §87a, Absatz 3 SGB V verankert werden.

Zudem weist der bvvp darauf hin, dass für die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in aller Regel eine Medikation benötigen und nicht in allen Fällen für eine Psychotherapie geeignet sind, zwingend eine ausreichende psychiatrische und auch psychosomatische ambulante und stationäre Versorgung zur Verfügung stehen muss. Der Nachwuchs in diesen Facharztgruppen ist gering. Hierfür bedarf es der Schaffung besonderer Förderprogramme, die bereits im Studium ansetzen. Außerdem müssen die Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwingend in die Gruppe der mittels § 75a geförderten grundversorgenden Facharztgruppen aufgenommen werden, und zwar durch eine verbindliche Vorgabe auf Bundesebene.

Finanzierung der Weiterbildung der Fachpsychotherapeut*innen

Es wurde bereits umfänglich und wiederholt auf die dringend notwendige gesetzliche Regelung der Finanzierung der Weiterbildung der zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen hingewiesen. Ohne eine gesetzlich geregelte Finanzierung der Zusatzkosten wird es keine Fachpsychotherapeut*innen geben. Eine drohende Nichtversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen würde fahrlässig in Kauf genommen – neben der Tatsache, dass Tausende von approbieren Psychotherapeut*innen nach dem Studium ohne Perspektive auf der Straße stünden und ihre Berufsausbildung nicht fortsetzen könnten.

Die Vergütung der Behandlungsleistungen deckt den im Rahmen der Weiterbildung entstehenden finanziellen Mehrbedarf nicht, es ergibt sich bei den bislang vorgeschlagenen Regelungen je Psychotherapeut*in in Weiterbildung und Vollzeitstelle eine Deckungslücke von monatlich ca. 2.700 Euro.

Die bislang in § 75a Abs. 1-9 SGB V vorgesehene Regelung für die Förderung der Weiterbildung für Hausärzte und grundversorgende Fachärzte ist für den psychotherapeutischen Bereich nicht realisierbar. Daher wird ein Modell für die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen vorgeschlagen, welches die Deckung des Finanzierungsbedarfs jeweils hälftig über die geleistete Patientenversorgung und über zusätzliche Finanzmittel vorsieht.

Folgende Ergänzung des §75a SGB-V um einen Absatz 10 wird vorgeschlagen:

“Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit bis zu 2.500 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 500 Weiterbildungsstellen für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 125 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologischen Psychotherapie, zu finanzieren. Die Zählung der Stellen wird auf Basis von Vollzeitäquivalenten durchgeführt. Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der Refinanzierung sämtlicher Weiterbildungskosten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird.“

Um eine Weiterbildung in den Praxen zu ermöglichen, muss außerdem die Zulassungsverordnung Ärzte geändert werden. Für die Praxen ist davon auszugehen, dass Psychotherapeut*innen in Weiterbildung wöchentlich bis zu 20 Behandlungsstunden an Patient*innen erbringen können. Allerdings darf die Beschäftigung von Assistent*innen weder der Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis noch deren Ausweitung dienen (vgl. BSG, Urt. v. 17.3.2010 – B 6 KA 13/09 R – zu § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV); dies gilt trotz der extrabudgetären Vergütung eines Großteils der psychotherapeutischen Leistungen auch für die Fachgruppe der Psychotherapeut*innen. Damit wäre eine Anstellung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung mit der zwingend notwendigen Abrechnung aller Behandlungsleistungen nicht möglich.

Der bvvp schlägt folgende Ergänzung in § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung vor:

Satz 3: „In den Fällen der Weiterbildung nach § 95c Absatz 1 Nummer 2 SGB V liegt kein Verstoß gegen Satz 1 vor, wenn das Quartalszeitprofil der Leistungen des Weiterbildungsbefugten nach Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs gemäß § 87 Absatz 2 des SGB V von 46.800 Minuten je Quartal zuzüglich 50 von Hundert eingehalten

wird; bei Teilzeittätigkeit wird das Quartalsprofil mit dem Faktor multipliziert, mit dem sie in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.“

Auch in den zukünftigen Weiterbildungsambulanzen sind Regelungen für die Finanzierung der Deckungslücke gesetzlich festzulegen. Es ist zu begrüßen, dass der Kabinetentwurf nun eine entsprechende Änderung in § 120 Absatz 2 vorsieht, die die Weiterbildungsinstitute dort verankert und ihnen damit die Möglichkeit gibt, die Vergütung mit den Krankenkassen auf Landesebene direkt zu verhandeln.

Der Kabinetentwurf sieht außerdem eine Ergänzung in § 120 Absatz 2 um folgende Passage vor:

„Die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen soll in Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen; für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“

Diese Regelung ist aus Sicht des bvvp unzureichend und sollte gestrichen werden. Stattdessen benötigt es folgende klarstellende Ergänzungen:

„Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden sowie die Refinanzierung aller verpflichtenden Weiterbildungsbestandteile (Theorie, Supervision und Selbsterfahrung) ermöglichen und ist auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf.“

Vereinfachung des Konsiliarverfahrens

Der bvvp begrüßt die im Kabinettsentwurf aufgenommene Vereinfachung des Konsiliarverfahrens bei Aufnahme einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie bei Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. In § 28 Absatz 3 wird ergänzt:

„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.“

Allerdings sollte der Erlass ausgeweitet werden auf den Tatbestand der vorherigen stationären Behandlung und des damit verbundenen Vorliegens eines Abschlussberichts aus Stellungnahme des bvvp zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG, Juni 2024

der Klinik. Auch dort findet eine umfangreiche somatische Abklärung statt, sodass keine erneute ärztliche Begutachtung notwendig ist.

Insgesamt stellt dies alles einen sinnvollen ersten Schritt dar. Das Ziel muss aber sein, das Konsiliarverfahren insgesamt zu reformieren. Gleichzeitig sollte den Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die Überweisungsbefugnis zu Hausärzt*innen und zu P-Fachärzt*innen gegeben werden.

Verbesserung der Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Der Kabinettsentwurf sieht folgende Ergänzung in § 31 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzt*innen vor:

„Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen. Voraussetzung für die Ermächtigung nach Satz 3 ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung.“

Der bwvp hält dies für nicht praktikabel. Diese Patient*innengruppe wird nicht besser versorgt durch Ermächtigungen, deren Umfang und Leistungsspektrum kaum kontrolliert werden können und für deren Umsetzung außerdem Ärzte*innen mit entsprechender Fachkunde nicht zur Verfügung stehen. Außerdem sind psychotherapeutische Behandelnde auf eine ausgewogene Zusammensetzung ihres Patient*innenstamms angewiesen, denn sie benötigen Patient*innen, die regelmäßig stattfindende Termine von 50 Minuten Dauer zuverlässig wahrnehmen können, die die Behandlung in diesem Zeitumfang auch durchhalten, sich auf eine tiefergehende Bearbeitung ihrer Symptomatik einlassen können, die motiviert sind zu Veränderungen usw. Eine Richtlinientherapie stellt hohe Anforderungen auch an die Patient*innen. Eine fehlende Suchtmittelabstinenz nach zehn Behandlungsstunden stellt eine Kontraindikation dar, die die Weiterbehandlung nach der Psychotherapie-Richtlinie ausschließt.

Stattdessen kann ein Teil dieser Patient*innen in den Praxen besser versorgt werden durch Fördermaßnahmen oder extrabudgetäre Vergütung der Gesprächsziffern der Fachkapitel, aber noch effektiver durch niederschwellige Angebote außerhalb der psychotherapeutischen Praxen und durch den Aus- statt Abbau von Betten in Psychiatrischen Kliniken.