

"Alles Augenwischerei?"

Ergebnisse einer Mitgliederbefragung zur neuen Psychotherapie-Richtlinie im bvvp-Nordrhein

Der Gesetzgeber hatte Mitte 2015 im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie (PtRi) gefordert. Patienten sollten zeitnah einen niederschweligen Zugang erhalten, das Versorgungsangebot soll flexibler werden. Am 1. April 2017 ist die neue PtRi in Kraft getreten. Sie fordert nach 25 Jahren eine Neustrukturierung des Praxisalltages und eine Neubestimmung des beruflichen Selbstverständnisses. Dabei werden diese Veränderungen von den Kollegen unterschiedlich erlebt und bewertet.

Der bvvp-Nordrhein hat unmittelbar nach Einführung seine Mitglieder zu ersten Erfahrungen befragt. Von den ca. 290 Mitgliedern nahmen 41 Mitglieder an der Befragung teil, davon 25 Ärztliche und 16 Psychologische sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Hier einige zentrale Ergebnisse der Mitgliederbefragung:

Telefonische Erreichbarkeit (TE)

Es ist zwischen den Rückmeldungen größerer Praxiseinheiten und Einzelpraxen zu unterscheiden. Erstere mit entsprechendem Personal haben keine Probleme, die TE umzusetzen oder praktizieren sie bereits. Die Einzelpraxen beklagen in der Mehrzahl den zusätzlichen Zeitaufwand. Nur in zwei Fällen wurden Minijobber neu eingestellt und die TE delegiert. Einige KollegInnen begrüßen die Entlastung durch klar begrenzte Anrufzeiten ohne lästige Rückrufe. Gibt es die Rückrufmöglichkeit weiterhin, wird sie bevorzugt. **Allgemein gilt: Alle Kollegen bezeichnen die TE als „völlig überdimensioniert“.**

Sprechstunde (SP)

Die Einführung einer SP berührt am zentralsten das berufliche Selbstverständnis. Die Antworten reichen von „nichts Neues“ bis „unwürdig“. Es gibt zwei Gruppen:

A: Diese KollegInnen sehen keine Probleme, die SP durchzuführen ohne Möglichkeit der weiteren Behandlung. Die Sprechstunde als „Clearing-Instrument“ wird begrüßt:

„Als Ärztin für Psychotherapeutische Medizin habe ich schon seit vielen Jahren umfangreiche SP, in denen ich mit den Patienten ein passendes Angebot erarbeite.“

„Ich kann mir mit weniger schlechtem Gewissen Patienten aussuchen.“

„Die SP bringt mich ziemlich aus dem Rhythmus. Die Termine drum herum sind ruhiger konzipiert, mit offener-wartender Aufmerksamkeit. Die SP erlebe ich als Akutmedizin mit hohem Druck, sofort

ein weiterführendes Ergebnis produzieren zu müssen, wie früher in der Klinikambulanz oder Hausarztpraxis.“

„Die SP macht nur Sinn, wenn nicht von vorne herein Psychotherapie die einzige Option ist und eine bessere Ausbildung und ein besserer Kenntnisstand diese Arbeit unterfüttern.“

B: Diese KollegInnen möchten nur SP anbieten, wenn sie die Möglichkeit zur Weiterbehandlung haben.

„Es gibt viel Enttäuschung, Verwirrung und Ärger bei den Patienten, obgleich ich vorher keinerlei Hoffnung auf einen Therapieplatz gemacht habe.“

„Kann ich wirklich weitervermitteln, wenn die Übertragung klappt?“

„Ich bin sehr reserviert, da ich es unwürdig finde, wenn sich jemand öffnet und ich dann am Ende der Stunde sage, dass zwar Therapie nötig ist, ich aber keinen Platz habe. Die Verzweiflung mancher Menschen ist schwer auszuhalten“

„Es demotiviert die Patienten und ist schwerer auszuhalten als eine Absage am Telefon.“

„Die SP ist „trügerisch“, da die Patienten sich, trotz aller Information, Hoffnungen machen, dass das der Einstieg in eine Psychotherapie ist.“

„Mit der „alten“ Richtlinie hatte ich mehr Raum, Kontakt zu Patienten aufzunehmen und ihr Kontaktverhalten diagnostisch zu nutzen.“

Es gibt auch eine sehr pragmatische Haltung zur SP: Nun können ohne „schlechtes Gewissen“ Terminlücken besser gefüllt werden. Die Beratung am Telefon ohne Vergütung kann nun in der SP erbracht und abgerechnet werden. Auch die Probatorik könne jetzt teilweise in der besser vergüteten Sprechstunde erbracht werden. Die Patienten, die man behandeln will, kann man sich besser aussuchen. Die meisten Patienten möchten aber nicht in die SP kommen, wenn sie eindeutig darüber aufgeklärt wurden, dass im Anschluss auf keinen Fall eine Therapie stattfindet.

Ein Problem: Manche Hausärzte und Kliniken verwechseln die SP mit einer Ambulanz und vermitteln den Patienten, dass die SP auch für „psychische Notfälle“ zuständig sei. Hier ist Ärger mit Patienten, KollegInnen und Krankenkassen vorprogrammiert. Bereits jetzt erscheinen Patienten, die mehrere Empfehlungen aus vorherigen SP mit zur SP bringen und weiter auf der Suche nach einem Behandlungsplatz sind.

Terminservicestelle (TSS)

Nur vereinzelt melden KollegInnen Termine an die TSS. Die überwiegende Zahl kann alle Termine selber vergeben. Der Kontakt mit der TSS wird in Nordrhein als sehr freundlich beschrieben. Die Vermittlung muss aber optimiert werden. So werden Patienten von bis zu 80km Entfernung vermittelt oder solche die mit bereits erfolgter SP oder nach Klinikaufenthalt eine Weiterbehandlung suchen. Obwohl die persönliche Kontaktaufnahme des Patienten vor der Behandlung mit der TSS vereinbart ist, stehen Patienten ohne vorherige Terminbestätigung vor der Tür oder erscheinen gar nicht. Die Quote der nicht wahrgenommenen Termine ohne Absage bei der durch die TSS vermittelten scheint deutlich höher. Es wird kritisiert, dass die TSS maximale Flexibilität bei der Vergabe fordert, wohingegen der Behandler in seinen Möglichkeiten, den Termin selber zu vergeben, eingeschränkt wird. Gemeldete Termine können nicht mehr kurzfristig vergeben werden. So kommt es zu zusätzlichen Ausfällen. Es wird als entlastend benannt, eine „Nummer“ geben zu können, an die sich Patienten bei der Suche nach einem weiteren Termin wenden können.

Akutbehandlung (AB)

Nur wenige KollegInnen machen zum Zeitpunkt der Umfrage von der AB Gebrauch. Die meisten bevorzugen es, eine KZT mit klarer Indikationsprüfung und -stellung zu beantragen, um das Risiko einer nachträglichen Begründung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vermeiden. Es wird bezweifelt, ob mit 12 Sitzungen psychische Erkrankungen behandelt werden können: „Bei Bedarf sollte direkt eine Langzeittherapie beantragt werden, wir sind keine Lebensberater, sondern Psychotherapeuten.“ Die Vorstellung einer AB ohne weiterführende Therapie und Verweis an einen anderen Behandler wird abgelehnt. Das „Risiko“ des „Agierens“, dass wiederholt AB bei neuen Behandlern in Anspruch genommen werden, wird kritisch benannt. Der schnelle Behandlungsbeginn ohne vorherigen Konsiliarbericht und ohne Bewilligung durch die Krankenkassen wird positiv rückgemeldet. Zur Symptomlinderung wird die AB gezielt eingesetzt und begrüßt. Als Krisenintervention nach einer Therapie und innerhalb der Zweijahresfrist wird sie von den meisten KollegInnen geschätzt. Spezialisierte Schwerpunktpraxen (Diabetes oder Krebs) begrüßen dieses Behandlungsangebot, das über den bisherigen Indikationsbereich hinausgeht und mehr Flexibilität bietet.

Zweiteilung der KZT, Änderungen im Bewilligungsverfahren, Rezidivprophylaxe

Die Zweiteilung der KZT wird von **allen** KollegInnen als nicht nachvollziehbar, unsinnig, als Beispiel überbordender Bürokratie und als Instrument der Kontrolle und Abwertung der eigenen Qualifikation erlebt. Sie stört die Behandlung, Patienten werden unnötig verunsichert und fühlen sich unter Druck gesetzt. Warum die deutlich schlechter vergütete Probatorik nach einer AB durchgeführt werden muss, sorgt für Unverständnis und Ärger.

Zum Verhalten der Kassen und Gutachter lassen sich so kurz nach dem Inkrafttreten der neuen PtRi keine klaren Aussagen treffen. Grundsätzlich werden die größeren Bewilligungsschritte und das verkürzte Verfahren für gut befunden, allerdings auch „ärmer an Gehalt“.

Der fehlende Bewilligungsbescheid an die Psychotherapeuten und die Unklarheit, ob bei Fortführung ein Bericht gefordert wird oder nicht führt zu Verwirrung, einer Verlängerung des Verfahrens und mehr Bürokratie. Gleiches gilt für die Rezidivprophylaxe, die als unsinnig abgelehnt wird. Die Erleichterungen für die Gruppentherapie werden als nicht ausreichend und nicht durchdacht betrachtet.

Die Mitgliederbefragung zeigt insgesamt, dass durch die neue PtRi erheblich in den Praxisalltag und das berufliche Selbstverständnis der KollegInnen eingegriffen wird. ÄP, die gleichzeitig eine fachärztliche Praxis betreiben, und PP/KJP, die in größeren Praxiseinheiten arbeiten, tun sich mit den Veränderungen leichter. Besonders betroffen sind diejenigen, die bisher überwiegend Richtlinienpsychotherapie praktiziert haben und in Einzelpraxen arbeiten. Ihre Empörung ist entsprechend größer, zu ihren Lasten werden erhebliche finanzielle und zeitliche Ressourcen in die Akutversorgung verschoben. Durch den Wegfall der Wahlfreiheit - „biete ich SP und AB an oder nicht?“- werden ihnen die neuen Versorgungsformen aufgezwungen. Die therapeutische Beziehung als zentrales Element zur Behandlung psychischer Erkrankungen und als Kernkompetenz aller Psychotherapeuten wird „wieder einmal“ in Frage gestellt. Der Zugang zur Richtlinienpsychotherapie wird weiter erschwert, die Behandlungsplätze dafür werden weniger.

Als integrativer Berufsverband, in dem sowohl ÄP als auch PP/KJP vertreten sind, wenden wir uns gegen eine Reform, in der die Akutversorgung ausgespielt wird gegen die Richtlinienpsychotherapie. Die qualifizierte Versorgung psychisch Kranker bedarf eines integrativen Versorgungskonzepts mit schneller Versorgung UND qualifizierter langer Psychotherapie.