

Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinien – Eine erste Bilanz nach 100 Tagen

Als Berufsverband haben wir die Umsetzung der Reform in Nordrhein intensiv begleitet. Wir haben Informationsveranstaltungen durchgeführt, Informationsmaterial verschickt, Fragen unserer Mitglieder individuell beantwortet und erste Rückmeldungen ausgewertet. Doch nach 100 Tagen neue Psychotherapie-Richtlinien kommen wir nicht umhin feststellen zu müssen, dass die Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetzes die Versorgung der psychisch kranken Menschen nicht verbessert, sondern schwächt.

Was uns beschäftigt an den Neuen Richtlinien: die Einführung der **Sprechstunde** und der **telefonischen Erreichbarkeit**, die **neuen Kontingente**, die **Änderungen im Gutachterverfahren**.

Der Zugang zur Psychotherapie sollte erleichtert, das Instrumentarium der Hilfsangebote erweitert und die tägliche Arbeit der Behandler wie auch der Kostenträger erleichtert werden.

Dass es bei der Einführung einer neuen Durchführungsverordnung zunächst Unklarheiten oder auch Irritationen geben kann, dass vielleicht auch nicht alles bis ins letzte Detail durchdacht erscheint und im Verlauf einer Nachbesserung bedarf, sei zugestanden. Dass es Kollegen gibt, die den Neuerungen offen gegenüber stehen und wieder andere, die ihnen mit großer Skepsis begegnen, bleibt nicht aus. Die Rückmeldungen unserer Mitglieder zu den Erfahrungen mit der Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinien werfen jedoch ein Licht auf grundsätzliche Mängel, die weit über organisatorische Schwächen hinausgehen und die nicht unbenannt bleiben können.

Die Kritikpunkte im Detail

Sprechstunde und telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeuten sollen ab dem 1.4.2017 eine Art **Lotsenfunktion** im Bereich der Behandlung seelischer Beschwerden übernehmen. Zu diesem Zweck sollen sie bei vollem Kassensitz **100 Minuten Sprechstundenzeit pro Woche** anbieten. In der Regel sind dies 2 Einheiten à 50 oder 4 Einheiten à 25 Minuten, meist nach vorheriger Terminabsprache. Das klingt doch sinnvoll. Warum soll ein Psychotherapeut nicht genau das tun, was in seinen Aufgabenbereich fällt: Diagnosen abklären, Behandlungsindikationen stellen und Empfehlungen geben, wo welche Hilfestellung im Gesundheitsbereich anzutreffen ist? Und sinnvollerweise dokumentiert er das Ergebnis seiner Untersuchung, damit sowohl für den Patienten wie auch für nachfolgende Behandler klar ersichtlich ist, zu welchem Ergebnis er oder sie gekommen ist.

Doch was bedeutet das tatsächlich? Sieht man einmal davon ab, dass der zugrunde liegende Diagnoseschlüssel (ICD 10) nicht frei von fachlichen Mängeln ist, wird der Patient innerhalb einer kurzen Zeit, die in der Regel keinen Aufbau einer vertrauensvollen, ihn schützenden Beziehung erlaubt, mit einer Diagnose konfrontiert, durch die er sich womöglich abgestempelt, im schlimmeren Fall entwertet fühlt. Mit einem zusätzlichen Barcode soll gegebenenfalls die Dringlichkeit einer Behandlung unterstrichen werden. Und in einem letzten Schritt soll der Patient mit seiner Unterschrift dann noch einwilligen, dass all diese Informationen seinem Hausarzt übermittelt werden. Bei solch anonymisierten und

bürokratisch überladenen Erstkontakten bleibt das therapeutische Beziehungsangebot auf der Strecke. Keine Beziehung auf Augenhöhe, keine Wertschätzung der Kompetenz des Patienten, kaum Raum für die Anteilnahme an seiner Not. Das sei auch gar nicht erwünscht, heißt es. Schließlich handele es sich ja noch nicht um eine Psychotherapie. Stimmt. Doch welche Chancen werden da im Erstkontakt vergeben? Welche Enttäuschungen provoziert? Und welche Erwartungen werden geschürt, die dann im Rahmen der Psychotherapie wieder mühsam aufgearbeitet werden müssen.

Psychotherapeuten werden verpflichtet, bei vollem Kassensitz **200 Minuten telefonische Erreichbarkeit in der Woche** sicherzustellen. Für die Patienten ist das auf den ersten Blick von Vorteil. Fraglich ist nur, wen man erreicht. In der Regel werden die Zeiten nicht vom Therapeuten durchgeführt. Dies wird vom Gesetzgeber auch nicht erwartet. Lösungsangebote gibt es mittlerweile viele: Vom Praxiskollegen, mit dem die telefonischen Sprechzeiten geteilt werden, über eine Sprechstundenhilfe und den Mini-Jobber bis hin zu Dienstleistern, die die Abdeckung der Sprechzeiten gegen Entgelt anbieten. Einen ersten Eindruck vom Gegenüber bekommt man so allerdings nicht, weder der Patient noch der später behandelnde Therapeut. So manche Sprechstunde wäre vielleicht gar nicht angesetzt worden, weitere Zeit für eine schnelle Abklärung geht verloren, der Patient dreht zusätzliche Runden in der Warteschleife auf der Suche nach einer therapeutischen Behandlung. So manche Kosten wären also gar nicht entstanden und so manche Enttäuschung wäre dem Patienten erspart geblieben, wenn der telefonische Erstkontakt, wie es der persönliche Rückruf bei freien Behandlungskapazitäten bisher in der Regel gewährleistet, direkt zwischen Patient und Behandler stattfindet.

Auch bei den **Stundenkontingenten** hat es Neuerungen gegeben. **Kurzzeittherapien** müssen in 2 Schritten beantragt werden. Nicht mehr 25 Sitzungen wie bisher, sondern 12 und nochmal einmal 12 Sitzungen. Das Stundenkontingent wird gekürzt, der Verwaltungsaufwand verdoppelt. Die Zweiteilung stört den Beziehungsaufbau und die Vertrauensbildung im therapeutischen Prozess und trägt damit indirekt zu einer Verlängerung der Behandlung bzw. zu einer Kostensteigerung bei. Therapeuten werden über die Zweiteilung des Behandlungskontingentes in der Phase des Beziehungsaufbaus in ihren Handlungsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt und mit zusätzlicher Bürokratie belastet.

Langzeittherapien sollen dagegen bei der Beantragung Erleichterungen erfahren. Der Erst- bzw. Umwandlungsantrag umfasst nun ein größeres Stundenkontingent. Das ist gut.

Das Gutachterverfahren – seinerseits aufgehängt irgendwo zwischen Gängelung, Qualitätssicherung und im besten Fall auch Chance zur kollegialen Supervision – bleibt bei diesem Antragschritt erhalten. Bei einem Fortführungsantrag liegt es allerdings im Ermessen der jeweiligen Krankenkasse, ob ein weiteres Mal ein Gutachter hinzuzuziehen ist. Das könnte im besten Fall als Arbeitserleichterung für Behandler wie Krankenkassen zu verstehen sein. Doch werden damit auch möglichen Interessen Dritter Tür und Tor geöffnet. Damit sind nicht nur Ungerechtigkeiten gebahnt, sondern es entstehen Irritationen auf der Beziehungsebene der therapeutischen Arbeitsbeziehung, die u.a. von Sicherheit und Konstanz geprägt sein sollte, die im schlimmsten Fall den therapeutischen Prozess ungünstig beeinflussen und damit letztendlich Mehrkosten generieren. Nach welchen Kriterien die einzelnen Krankenkassen ihr Ermessen ausgestalten, ist völlig intransparent. Fachliche, am therapeutischen Prozess orientierte Kriterien, die nur vom Behandler bzw. dem qualifizierten Gutachter abgewogen werden können, sind es zu mindestens nicht.

Die von den Psychotherapeuten gewünschte und als sehr notwendig erachtete **Rezidivprophylaxe** wird angeblich eingeführt und zwar in der Form, dass deren Stundenzahl von dem Gesamt-Stundenkontingent abgezogen wird. Konkret bedeutet das, dass bereits bewilligte Stunden vom Kontingent abgezogen werden und auf der Grundlage einer erneuten Beantragung erneut zur Rezidivprophylaxe Verfügung gestellt werden. Wirklich gewonnen ist damit nicht eine Minute mehr Behandlungszeit. Vielmehr wird dadurch grundsätzlich akzeptiert, dass Stundenkontingente in begründeten Fällen reduziert werden können. So wird durch die Hintertür ohne viel Aufsehen ein Instrument zur Stundenreduktion eingeführt.

Die neuen Psychotherapie-Richtlinien verfolgen den nachvollziehbaren Gedanken, dem Patienten, mehr Erreichbarkeit und bessere Vermittlungsmöglichkeiten zu gewährleisten. Tatsächlich führen sie dazu, dass der Patient nicht mehr in erster Linie einem Psychotherapeuten, sondern einem **Case-Manager**, einem Lotsen, einem Berater gegenüber tritt. Das führt zu den oben beschriebenen Rollenkollusionen und emotionalen Irritationen.

Durch die neuen Richtlinien wurden zwar zusätzliche Leistungen in erheblichem Umfang eingeführt, die auf der anderen Seite aber im Bereich der Versorgung mit Richtlinien-therapie fehlen. Psychotherapeuten bieten also eine (bis zu 3) Sprechstunde(n) pro Patient an, erklären aber im selben Atemzug, dass sie in absehbarer Zeit keinen Therapieplatz zur Verfügung stellen können. Die aktuellen Zahlen aus den Terminservicestellen dokumentieren anschaulich, die weiterhin bestehende Unterversorgung im Bereich Psychotherapie. Es werden Zeitressourcen der Therapeuten in erheblichem Umfang zur Verfügung gestellt, deren output nur der Verlängerung von therapeutischen Zuweisungs- und Verlagerungsprozessen dienen. Die Patienten werden sich bei gleichbleibenden Ressourcen noch länger im Suchprozess um Therapieplätze befinden. Das Ganze ist Zeitverschwendung und damit volkswirtschaftlich schädlich, weil in dieser Zeit Therapien laufen könnten. Es schadet dem Patienten, dem in Zukunft noch weniger Möglichkeiten für eine qualifizierte psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung stehen werden.

Lässt ein Patient sich darauf ein – was nach bisherigen Erfahrungen die wenigsten tun – bedeutet dies, dass er sich einem Menschen anvertrauen soll, der ihm kein Behandlungsangebot machen kann. Kann so Offenheit und Verstehen möglich werden? Wenn das Setting aber so gestaltet ist, dass nicht alles gesagt werden kann, welchen Nutzen kann eine Sprechstunde dann noch haben? Vielmehr wird der Behandler so seines wichtigsten diagnostischen Instrumentes beraubt. Seit GRAWE wissen wir, dass die Beziehung das entscheidende Wirkmoment in jedem therapeutischen Setting darstellt. Gerade die aber muss ausgeschlossen oder zumindest stark eingeschränkt werden, um keine falschen Hoffnungen zu wecken. Die Art, wie ein Mensch in Beziehung tritt und diese im weiteren Verlauf gestaltet, sagt doch einem erfahrenen Therapeuten oft mehr über das zugrunde liegende Krankheitsbild als so manches Testinstrument das vermag.

Über die neuen Psychotherapie-Richtlinien findet unbemerkt und dem Zwang zur ökonomischen Effizienz geschuldet eine **Paradigmenwechsel** statt: Beziehungsaufbau und die Arbeit mit der Beziehung werden zum Behandlungsfehler. Diagnostik, Indikation und Akutbehandlung werden vom Wirkmoment der therapeutischen Beziehung abgetrennt und damit „untherapeutisch“. Eine Delegation in der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung wird bereits diskutiert. Diese Entwicklung leisten einem Menschenbild

Vorschub, das sich bemüht, dem Anspruch an vermeintlicher Wissenschaftlichkeit gerecht zu werden, indem es Messbarkeit und Vergleichbarkeit vorgibt, dabei aber die Vielfalt menschlichen Seins und damit verbunden der therapeutischen Interaktion und Intervention reduziert. Der Eindruck entsteht, dass Behandler und Methode zu austauschbaren Bausteinen werden, die im Dienste einer möglichst großen Effizienz bei gleichzeitiger Kostenminimierung eingesetzt werden sollen. Ein beziehungsarmer Erstkontakt, Testdiagnostik und Dokumentation ersetzen am Individuum und an der Beziehung orientierte Probatik, die nur von entsprechend qualifizierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden kann. Von da ist es dann nur noch ein kurzer Schritt zur computergestützten Online-Diagnostik; selbst erste Online-Behandlungsansätze werden bereits erprobt und in ihrer Wirksamkeit auf eine Stufe mit psychotherapeutischen Behandlungen durch echte Menschen gestellt.

Fazit:

Gesetzgeber und Kostenträgern fehlt es offensichtlich bei der Umsetzung des "Versorgungsstärkungsgesetzes" und den neuen Psychotherapie-Richtlinien an einem glaubwürdigen Interesse, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Von diesen Richtlinien geht kein nachhaltiger Impuls zur Stärkung der Versorgung aus. Wer nicht bereit ist, in das Gesundheitssystem zu investieren und die Zahl der Leistungserbringer an den steigenden Bedarf im Bereich Psychotherapie anzupassen, kann weder die Qualität der Versorgung psychisch Kranker verbessern noch den Anspruch eine zeitnahe Versorgung der Patienten einlösen. Dies gilt insbesondere in einem Bereich, in dem die Beziehung zwischen Patient und Therapeut bzw. die Arbeit mit der Beziehung das Entscheidende ist, was wirkt und dem Patienten hilft.

der Vorstand des bvvp-Nordrhein

Thomas Nachreiner, Barbara Meyer zum Wischen, Evangelina Lotockyj, Dr. Christiane Zander-Wandmacher, Sabine Koch sowie Monika Franken und Erika Schneider-Kerz