



Umfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung - Auswertung der freien Mitteilungen

Die Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unter den Mitgliedern der DPtV war ein großer Erfolg. Von 7508 verschickten Fragebögen wurden 2509 ausgefüllt an uns zurückgeschickt. Die Rücklaufquote betrug damit 33,42%. Aufgrund dieses erfreulich hohen Engagements der Mitglieder dauerte die Dateneingabe in SPSS etwas länger als geplant. Die Auswertung erfolgte vertragsgemäß durch Mitarbeiter des Lehrstuhls für Medizinmanagement, Prof. Wasem, an der Universität Duisburg-Essen. Ersten Ergebnisse wurden beim Jahreskongress des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung am 30.9.2010 in Bonn sowie bei einer Pressekonferenz im November in Berlin vorgestellt. Eine Veröffentlichung der Umfrageergebnisse in Form einer eigenen Broschüre ist in Vorbereitung.

Am Ende des Fragebogens bestand die Möglichkeit, weitere Bemerkungen einzutragen. Konkret wurde gefragt: „Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare und Kritik“. Von dieser Möglichkeit wurde rege Gebrauch gemacht. Insgesamt trugen 676 Personen solche Bemerkungen in den Fragebogen ein. Dies entspricht einem Anteil von 26,9 % der rückgesendeten Fragebögen. Die getroffenen Aussagen wurden von uns in Kategorien eingeteilt und werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt. Die Reihenfolge der Darstellung richtet sich nach der Häufigkeit, mit der Themen der entsprechenden Kategorie in den Fragebögen angesprochen wurden (d.h. entsprechend der Anzahl der sich dazu äussernden Mitglieder).

Die hier ausgewerteten Zusatzbemerkungen der Mitglieder können nicht als repräsentativ für alle Umfrageteilnehmer gewertet werden. Möglicherweise enthalten sie einen Bias dadurch, dass sich gerade solche Kollegen ausführlich äußern, die sich in den angesprochenen einzelnen Bereichen ihrer Berufstätigkeit besonders belastet fühlen und die besonders unzufrieden sind. Die Inhalte der gesammelten Zusatzbemerkungen spiegeln jedoch genau die Problembereiche wieder, die jeder Niedergelassene aus eigener (schmerzlicher) Erfahrung kennt.



Aussage	Anzahl N	% von N=2497	% von N=676
Aussagen über den Fragebogen	163	6,5	24,1
Aussagen zur Kooperation und zur Überweisung	101	4,0	15,0
Aussagen zum Stunden- bzw. Therapiekontingent	91	3,6	13,5
Aussagen zum Gutachterverfahren und zum Antragsverfahren	56	2,2	8,3
Aussagen zur Versorgung/zum Versorgungsbedarf/zur Bedarfsplanung	40	1,6	5,9
Aussagen zur Abrechnung und Vergütung	34	1,4	5,0
Aussagen zu Warteliste/Wartezeit	32	1,3	4,7
Aussagen zu Ziffer 23220	30	1,2	4,4
Aussagen zum Konsiliarverfahren und zur Berichtspflicht	28	1,1	4,1
Aussagen zur Aufgabenerweiterung PTs	20	0,8	2,9
Aussagen zum Anbieten von Einzel- und Gruppentherapie	15	0,6	2,2
Aussagen zu Aus- und Weiterbildung	6	0,2	0,9

Aussagen über den Fragebogen

Die Aussagen der Befragten zeigen ein recht einheitliches und klares Bild. Im Großen und Ganzen wird die durchgeführte Befragung als positiv bewertet und begrüßt. Der Wunsch nach konkreten Informationen über die Versorgungsrealität in der ambulanten Psychotherapie scheint bei allen vorhanden zu sein. Mehrfach wird die Studie eingeschätzt als „notwendig, um Klischees zu widerlegen“. Etwa 25 % derjenigen, die sich spontan zum Fragebogen äußern, merken aber an, dass der Fragebogen sehr lang bzw. zu lang war, und



dass sich das Ausfüllen als sehr zeitintensiv darstellte. Andererseits findet sich auch in einer Vielzahl von Antworten der Vorschlag, besser die Patienten eines gesamten Quartals einzubeziehen. Weiterhin wird von fast der Hälfte der Befragten angemerkt, dass sie die Frage 28 für sich als nicht repräsentativ erachten, da die erfragten letzten fünf Patienten eine zufällige Auswahl bildeten und die Realität in der eigenen Praxis nicht abbildeten¹. Die Fragen zur Kooperation werden mehrfach als etwas unklar kritisiert, da nicht klar daraus hervorgehe, ob der vorgeschriebene Konsiliarbericht hier mit einbezogen sei, oder ob eine Kooperation über den Konsiliarbericht hinaus gemeint sei. Auch fehlten Fragen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Heilpraktikern, Sozialarbeitern, Schmerztherapeuten etc.) und mit stationären Einrichtungen. Viele Therapeuten äußern sich dahingehend, dass in einer nächsten Befragung Fragestellungen zum Patientenkontext klarer und einfacher gestaltet und formuliert werden sollten. Hierbei wird sich vor allem auf die Fragen 22-28 im Fragebogen bezogen. So wurde z.B. angemerkt, dass die Beantwortung der Fragen zum sozioökonomischen Status der Patienten enorm aufwendig gewesen sei; bei den Fragen zur Kooperation sei unklar geblieben, ob eine Kooperation über den obligatorischen Konsiliarbericht hinaus gemeint sei. Es wurde eine Reihe von Anmerkungen zur speziellen Situation der eigenen Praxis oder zum individuellen Umgang mit Erstgesprächen und Wartezeiten gemacht, und es wurden im Fragebogen gegebene Antworten erläutert und begründet. Mehrfach wurde auch Kritik an den Kassenärztlichen Vereinigungen geäußert, so wurde u.a. bemängelt, dass die KVen zu wenig Informationen und Unterstützung bei der Niederlassung bieten bzw. sogar bürokratische Hürden aufbauen, und dass es so viele bundesweit uneinheitliche Regelungen der KVen gebe.

In den Anregungen der Befragten finden sich zudem wichtige Ansatzpunkte für zukünftige Erhebungen. Ein Aspekt für zukünftige Befragungen könnte eine größere Einbindung der Thematik „berufstätige Mütter-Therapeutinnen“ darstellen. Ebenso werden die Einbeziehung von Diagnosen und von Komorbidität sowie die Verbindung von Indikation und Therapiekontingent gewünscht, auch eine Unterscheidung abgeschlossener von abgebrochenen Behandlungen. Mehrfach gewünscht wird die Einbeziehung einer Langzeitperspektive in der Behandlung schwerer Störungsbilder (z.B. Intervalltherapien etc.), sowie die Erfassung des Zusammenhangs von Behandlungsdauer und Diagnose. Weitere Anregungen beziehen sich auf eine getrennte Befragung der Therapeuten nach ihren Spezialisierungen, da beispielsweise die Situation von Kinder- und Jugendtherapeuten in der vorliegenden Umfrage nicht genug berücksichtigt worden sei. Vorgeschlagen werden für die

¹ Hier sei angemerkt, dass über die Erfassung der letzten 5 Patienten zwar keine Repräsentativität für die einzelne Praxis erreicht wird, jedoch über alle 2497 Untersuchungsteilnehmer hinweg ein guter Einblick in die Versorgungsrealität über alle Praxen hinweg ermöglicht wird.



Zukunft auch qualitative Untersuchungen zu einer genau umschriebenen Fragestellung, wie z.B. der Zufriedenheit mit dem Gutachtersystem. Gewünscht wird von manchen Mitgliedern auch für die Zukunft die Nutzung der Statistik ihres Abrechnungsprogramms, um Daten aller ihrer Patienten einbeziehen zu können.



Aussagen zur Kooperation/Überweisung

Die Aussagen der Befragten zeigen ein sehr differenziertes Bild hinsichtlich der Kooperation mit Ärzten. Etwa 25 % der Antworten spiegeln die Zufriedenheit der Psychotherapeuten mit Hausärzten und Psychiatern und der stattfindenden Kooperation wider. Hierbei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die Kollegen sowohl ein hohes Eigenengagement als auch den intensiven Zeitaufwand betonen, die für eine gelingende Kooperation notwendig sind. Es wird weiterhin betont, dass ein fruchtbarer Austausch über einzelne Krankheitsbilder, Medikationen und Therapiemöglichkeiten zwischen den einzelnen Behandlern (Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut) positive Auswirkungen auf den Patienten hat.

Von etwa weiteren 25 % der befragten Psychotherapeuten in diesem Themenbereich wird eine überwiegend telefonische oder über den Patienten kommunizierte Kooperation angegeben, die in Verbindung mit dem Konsiliarbericht als ausreichend angesehen wird. Von einigen Kollegen wird angemerkt, dass Datenschutz und Schweigepflicht in Bezug auf Kooperation eine wichtige Rolle spielen, und dass Patienten darauf verweisen, dass kein Austausch über sie mit Hausärzten oder anderen Fachärzten erwünscht ist. Weiterhin wird berichtet, dass die Zusammenarbeit mit Haus- oder Fachärzten bei schwierigen Fällen oder Notfällen gut funktioniert, auch wenn ansonsten der Kontakt nur über Arzt- oder Konsiliarberichte stattfindet.

Die restlichen 50% der Kollegen, die sich spontan zur Kooperation äußern, sind unzufrieden mit der bestehenden Kommunikation. Einen wichtigen Aspekt für nicht stattfindende Zusammenarbeit stellt nach Angaben der Befragten die fehlende Zeit dar, die aufgrund der Therapien und des hohen bürokratischen Aufwandes ausgeschöpft ist. Hierbei wird auch die fehlende oder unzureichende Vergütung als hinderlich angesprochen. Wenn die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten angemessen bezahlt würde, könnten mehr Psychotherapeuten Zeit in Kooperation mit Kollegen aus anderen Fachbereichen investieren. Häufig wird auch die Einstellung von Haus- und Fachärzten gegenüber der Psychotherapie und somit den Psychotherapeuten angesprochen und kritisiert. Viele befragte Kollegen fühlen sich und ihren Beruf nicht ernst genommen. Es wird dargelegt, dass es immer noch Ärzte gibt, die nichts von Psychotherapie halten und ihren Patienten von einer Psychotherapie abraten. Die Kollegen wünschen sich eine stärkere Einbindung in und ein Mitspracherecht bei Entscheidungen zur Medikation und zu Therapien (z.B. Klinikaufenthalte).

Viele Kollegen stehen einer Kooperation dennoch grundsätzlich positiv gegenüber. Perspektiven zum Abbau von Vorurteilen und zur Rahmengestaltung für Kooperation werden in gemeinsamen Qualitätszirkeln oder Fortbildungen gesehen. Weiterhin wird angemerkt,

C. Rabe-Menssen, S. Büniger



dass Standards für eine gelingende Kooperation geschaffen werden müssen, um den Diskrepanzen entgegen zu wirken. Von einzelnen wird vorgeschlagen, dass viel mehr Pressearbeit notwendig ist, um über die Arbeit der Psychotherapeuten aufzuklären und somit eine Transparenz für Patienten und andere Ärzte zu schaffen.

Aussagen zu Stundenkontingent/Therapiekontingent

In den Antworten zeigt sich bei der Beurteilung des Therapiekontingentes eine klare Differenzierung bezüglich der Diagnose und der Schwere einer Erkrankung. Viele Kollegen äußern, dass bei gut integrierten Patienten mit begrenztem Störungsbild das bewilligte Therapiekontingent ausreicht, nicht jedoch bei Patienten mit schweren Störungen. Von etwa 75% der Antworten in diesem Themenbereich wird die spezielle Situation von Patienten mit komplexen Traumatisierungen, insbesondere mit frühen Traumatisierungen, angesprochen. Für diese sei dringend ein größeres Stundenkontingent bzw. sogar der Wegfall einer Kontingentierung notwendig. V.a. die Therapiekontingente für VT-Langzeittherapie werden hierbei vielfach als unzureichend kritisiert. Ähnlich wird die Situation für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder mit Borderline-Erkrankung und für chronisch psychisch kranke Patienten eingeschätzt. Hier könnten flexible Kontingentzuweisungen nach Ablauf der Richtlinienpsychotherapie unnütze stationäre Aufenthalte und zusätzliche Arztbesuche vermeiden und Krankheitskosten reduzieren. Viele Kollegen äußern, dass hierfür langfristig bereits 1-2 Kontakte pro Quartal zur Stabilisierung, zur Erhaltung des Therapieeffektes bzw. zur Rückfallprophylaxe ausreichend wären. Eine flexiblere Handhabung von Kontingenten (z.B. Therapiepausen, Mehrbedarf in akuten Krisen) und kleinschrittigere Kontingenterhöhungen werden mehrfach gefordert. Andere Kollegen kritisieren die kleinschrittigen Kontingenterhöhungen in der VT wegen der dadurch entstehenden Unsicherheiten. Bisher wird nach Ablauf des Regelleistungskontingentes sehr häufig über die schlecht bezahlte Ziffer 23200 gearbeitet, was jedoch als meistens nicht ausreichend beschrieben wird. Einige Kollegen berichten, dass sie die 2 Jahre Pause bis zur Wiederaufnahme einer Therapie nur durch Selbstzahlung überbrücken können, was natürlich nur wenigen Patienten finanziell möglich sei.

Auch wird von einigen Kollegen betont, dass bei vielen schwer gestörten Patienten ein methodenübergreifendes Vorgehen notwendig wäre. Einzelne Mitglieder fordern die Abwendung von Richtlinien und zu Hinwendung zu störungsbezogenen Kontingenten in der Psychotherapie.

Einige Stimmen weisen darauf hin, dass Therapiekontingente „selbstverständlich“ immer ausgeschöpft werden, da Therapeut und Patient sich darauf einstellten. Die bekannte



Höchstgrenze an Stunden beeinflusse die Planung und Abrechnung von Therapiestunden von Anfang an, so würden z.T. auf Gutachterempfehlung bereits während der laufenden Therapie die EBM-Ziffer 23220 abgerechnet, um das Kontingent zu erhöhen.

Mehrfach wird auch eine Ermöglichung bzw. Vereinfachung der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie gefordert.

Die besondere Situation von Patienten mit körperlichen Erkrankungen wird ebenfalls angesprochen. So benötigen z.B. onkologische Patienten oft eine flexibel gestaltete Langzeitbehandlung je nach Krankheitszustand.

Einige Bemerkungen beziehen sich auf die probatorischen Sitzungen, die aufgrund der schlechten Bezahlung oft nicht ausgeschöpft würden. Weiterhin wird ein zu geringes Erstkontingent in der KJP-Behandlung moniert, und es wird ein generelles Gefühl von Einschränkung im Selbstverständnis als Freiberufler durch enge Kontingente und unwirtschaftliche und zu häufige Begutachtungsnotwendigkeit geäußert.

Aussagen über das Gutachterverfahren und Antragsverfahren

Zum Gutachterverfahren finden sich nur vereinzelt positive Stimmen, die gutachterliche Stellungnahmen als kooperativ und anregend betrachten. Mehr als 80% der Aussagen zeichnen ein sehr negatives Bild des Gutachterverfahrens. Es wird als ineffizient, langwierig, teuer, unangemessen bezahlt und nutzlos für den Patienten betrachtet („sinnlose Bürokratisierung“). Fast alle Befragten beklagen den übermäßigen Zeitaufwand, der in keinem Verhältnis zum Verdienst stehe. Die Kosten würden sowohl für die Krankenkassen als auch für die Therapeuten unnötig erhöht, ohne dass die Qualität der Psychotherapie dadurch verbessert würde. Verlängerungsanträge führten zu problematischen Verzögerungen in der Therapie. Weiterhin wird auf die mangelnde Transparenz des Gutachterverfahrens hingewiesen. Einige Befragte berichten von Willkür in den Genehmigungen oder Ablehnungen von Anträgen. Gutachter sollten überprüft werden, und sie sollten ihre Kriterien transparenter gestalten müssen. Hierbei könne z.B. die Standardisierung von Gutachten hilfreich sein.

Mehrheitlich wird von den Therapeuten die Abschaffung des Gutachterverfahrens gefordert. Eine mögliche Alternative dazu seien verpflichtende Regelungen zu Supervision und Intervision. Durch das Wegfallen des Antragsverfahrens würde die Versorgungskapazität der Psychotherapeuten aufgrund der plötzlich wieder zur Verfügung stehenden Arbeitszeit massiv ausgeweitet. Weitere Vorschläge der Kollegen zielen nicht gleich auf eine Abschaffung, aber zumindest auf eine Vereinfachung des Verfahrens und auf eine Vereinfachung der Antragsbefreiung. So könnten z.B. die Antragsverfahren für



Kurzzeittherapien grundsätzlich wegfallen und Therapieverlängerungen grundsätzlich antragsfrei möglich sein. In vielen Antworten wird eine Vergrößerung der Bewilligungsschritte gefordert. Ebenso sollten Berichtsanforderungen überdacht werden. Erfahrene Psychotherapeuten sollten nach Meinung vieler Kollegen ab einer bestimmten Anzahl (z.B. 200) von bewilligten und gutachterlich beurteilten Therapien von der Antragspflicht befreit werden. Andere Vorschläge beziehen sich darauf, Anträge grundsätzlich erst nach 60 Therapiestunden anzufordern.

Wünschenswert wäre aus Sicht einiger Kollegen eine Untersuchung speziell zum Gutachterverfahren, um den derzeitigen Stand zu erheben und daraus realistische und umsetzbare Verbesserungen für die Psychotherapeuten abzuleiten, die dann in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen umgesetzt werden müssten. Weiterhin wird eine stärkere Anonymisierung der durch das Gutachterverfahren bestehenden Datenmassen angemahnt.

Aussagen zur Versorgung/zum Versorgungsbedarf/zur Bedarfsplanung

Hier wird heftige Kritik geübt mit dem gemeinsamen Tenor, dass eine adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen aktuell nicht gewährleistet sei. Die reale Versorgungslage entspreche bei weitem nicht dem Bedarf an Psychotherapie. Die bisherige Bedarfsplanung führe in vielen, nicht nur in ländlichen Gebieten, zu chronischer Unterversorgung. Auch in großen Städten wie Berlin besteht nach Aussagen der Kollegen Unterversorgung. Es wird berichtet von täglichen vielfachen Anfragen, vom ständigen Weiterweisen der Patienten und von ständig wachsendem Ansturm an Patienten. Die notwendigen Rückrufe seien oft zeitlich nicht mehr machbar. Der theoretisch geltenden Überversorgung stehe häufig ein deutlicher Mangel an Behandlern und zunehmend Patienten mit komplexen Störungsbildern und Multimorbidität gegenüber. Auch berücksichtige die Bedarfsplanung nicht die steigende Anzahl von Anfragen durch Institutionen (Rentenversicherung, Arbeitsamt etc.). In der Praxis werde immer mehr über Kostenerstattung gearbeitet. Einzelne Teilnehmer bezeichnen das Versorgungssystem gar als „patientenfeindlich“: Patienten würden bei der Therapeutensuche allein gelassen. Es bestünden lange Wartezeiten, und nur sehr selbständige, stabile und durchsetzungsfähige Patienten seien in der Lage, dennoch einen Behandler zu finden. Viele Patienten seien unzufrieden und hoffnungslos. Vorgeschlagen werden Koordinierungsstellen der regionalen psychotherapeutischen Versorgung.

Kritisiert wird auch hier die Beschränkung auf Richtlinienpsychotherapie und das Fehlen von Möglichkeiten zu antragsfreier Krisenintervention. Gefordert werden auch die Möglichkeit von



„home treatment“ und von längerfristiger Begleitung chronisch kranker Patienten (z.B. Psychosepatienten) sowie die Finanzierung von Paargesprächen.

Mehrere Aussagen beziehen sich auf einen wachsenden Anteil an Patienten in wirtschaftlicher Not und mit Arbeitsplatzproblemen (v.a. Mobbing). Desgleichen nehmen Stundenausfälle zu, für die das Ausfallhonorar nicht bezahlt wird bzw. werden kann. Eine sich verschlechternde Compliance wird mehrfach beschrieben, hierzu wird berichtet, dass Erstgespräche nicht wahrgenommen und Termine nicht abgesagt werden. Vereinzelt wird die Ansicht geäußert, dass „Unterschichtpatienten“ nach wie vor nur schwer Zugang zur Psychotherapie fänden.

Einzelne Kollegen berichten, dass in ihrer Region trotz bestehender Versorgungsprobleme mehrere Sitze für ärztliche Psychotherapeuten nicht besetzt sind und nicht vergeben werden. Ein besonders starkes Versorgungsdefizit sehen die Teilnehmer der Befragung bei Kindern und Jugendlichen.

Aussagen zu Abrechnung und Vergütung

5% der Teilnehmer äußerten sich spontan zu Abrechnungs- und Vergütungsfragen. Hier findet sich in den Antworten eine breite Palette von Kritikpunkten, Wünschen und Forderungen. Zu den meistgenannten gehören die Forderungen nach besserer Vergütung von psychotherapeutischen Gesprächen nach Ziffer 23220 sowie von probatorischen Sitzungen, von Umwandlungs- und Verlängerungsberichten, von Arztbriefen sowie von Kooperationsleistungen (z.B. Telefonate mit Ärzten). Eine Abschaffung der Budgetierung wird mehrfach vorgeschlagen; und die Schaffung einer eigenen Ziffer mit angemessener Bezahlung für Krisenintervention gefordert. Die Vergütung für diagnostische Leistungen wird ebenso als unzureichend empfunden wie die von Wegezeiten und von neuropsychologischer Diagnostik und Therapie.

Die zusätzliche Schaffung einer Abklärungssprechstunde mit entsprechender Vergütung sowie eine Flexibilisierung der Abrechnungsmöglichkeiten (z.B. kurze, bearbeitungsfreie Kontingente für akute Krisen oder Erstberatungen, kleine Zeiteinheiten für eine offene Sprechstunde) werden als wünschenswert erachtet. Mehrere Teilnehmer kritisieren die Konvergenzregelung.

Ein offensichtlich häufiger auftretendes Problem ist die Nichtanerkennung der vom Psychotherapeuten ausgestellten Quittungen zur 10-Euro-Praxisgebühr.



Aussagen zur Warteliste

4,7% derjenigen Teilnehmer, die zusätzliche Bemerkungen im Fragebogen machen, äußern sich zum Thema Warteliste und Wartezeit. Die Aussagengewichtung bezüglich der Führung von Wartelisten und der Wartezeit der Patienten zeichnet ein klares Bild. Die meisten Kollegen sind mit der derzeitigen Lage sehr unzufrieden. Sie weisen auf teilweise katastrophale Zustände hin. Wartezeiten von bis zu einem Jahr seien keine Seltenheit; selbst Notfälle müssten monatelang auf einen Therapieplatz warten. Einige Kollegen berichten darüber, dass diese Unterversorgung auch in Gebieten, in denen die Versorgungslage durch die KV als ausreichend angesehen wird, sowohl für die Patienten als auch für die Therapeuten selbst unzumutbar sei und den Druck auf beiden Seiten erhöhe. Viele Kollegen führen zwar zumindest ein Erstgespräch durch, dennoch beträgt die Wartezeit danach immer noch circa 6-9 Monate. Manche Kollegen verweisen die Patienten inzwischen an ihre Krankenkassen, damit sie über den Weg der Kostenerstattung eine Therapie bekommen und um gleichzeitig auf die prekäre Lage aufmerksam zu machen. Ständig Patienten abweisen zu müssen, wird von vielen Kollegen als sehr belastend empfunden. Es wird mehrfach der Vorschlag unterbreitet, eine zentrale Therapievermittlung bzw. die Koordination freier Kapazitäten einzurichten, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die Aussagen machen deutlich, dass die Versorgungslage unbedingt verbessert werden muss und dass Kollegen darauf hoffen, dass diese Befragung helfen kann, die Unterversorgung und deren Folgen für Patient und Therapeut stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken.

Aussagen zu Ziffer 23220

4,4% aller derer, die freie Anmerkungen im Fragebogen machen, äußern sich zur EBM-Ziffer 23220. Viele Antworten lassen erkennen, dass die Notwendigkeit einer niederfrequenten Weiterbehandlung nach Therapieende zur Stützung der Patienten und zur Erhaltung des Therapieerfolges häufig besteht, und dass –mangels Alternativen – diese Weiterbehandlung von den Kollegen auch über die Ziffer 23220 erfolgt. Z.T. wird diese Ziffer auch zur Krisenintervention und zur Überbrückung von kassenbedingten Wartezeiten zwischen zwei Therapien genutzt. In der Mehrzahl der Aussagen wird jedoch deutliche Kritik an dieser Abrechnungsziffer geübt, da die entsprechend abgerechneten Gespräche viel zu schlecht bezahlt seien, und da die Anzahlbegrenzung eine zeitlich ausreichende niederfrequente Therapie nicht zulasse. Eine bessere Bezahlung (gleichwertig zu Therapiesitzungen) würde



zu einer stärkeren Nutzung dieser Abrechnungsziffer und zur adäquaten Versorgung der Patienten nach Beendigung der Richtlinienbehandlung führen. Gerade Patienten mit chronischen Störungen und ausgeprägter Symptomatik (Mehrfachdiagnosen, Krisen, Klinikaufenthalte etc.) seien im Rahmen der Ziffer 23220 nicht adäquat versorgbar. Neben den kritischen Anmerkungen findet sich mehrfach auch die Sorge, dass die Abrechnungsziffer wieder eingeschränkt werden könnte. Es wird der klare Wunsch nach der Erhaltung dieser Abrechnungsnummer geäußert, damit überhaupt die Möglichkeit zur niederfrequenten Weiterbehandlung über die Richtlinienbehandlung hinaus bestehe. Eine Betreuung von „Dauerpatienten“ sei anders nicht vorstellbar. Mehrere Kollegen schätzen die Behandlung nach 23220 als kostensparend ein, da sie unnötige Verlängerungsanträge verhindere. Zudem sei z.B. auf dem Land oft aus Mangel an Kapazitäten keine psychosomatische Grundversorgung möglich, die Patienten mit chronifizierten Störungen oft alternativ empfohlen werde. Als weiteres Problem wird beschrieben, dass eine besonders intensive Nutzung der Ziffer 23220 durch die Behandlung vieler schwer depressiver Patienten schnell zur Überschreitung des Durchschnitts der Fachgruppe führe und damit eine Wirtschaftlichkeitsprüfung herbeiführe.

Aussagen zum Konsiliarverfahren und zur Berichtspflicht

4,1% der Teilnehmer, die freie Bemerkungen machen, äußern sich spontan zum Konsiliarverfahren und zur Berichtspflicht. Dabei ist die große Mehrheit der Aussagen zum Konsiliarverfahren sehr negativ. Das Konsiliarverfahren wird als „Farce“, als „inhaltsleer“ und als „Zumutung“ und „Zeitfresserei“ bezeichnet. Seitens der Hausärzte werde das Konsiliarverfahren sehr häufig missverstanden – die Hausärzte fühlten sich bemüßigt, eine Indikation oder Kontraindikation für die Psychotherapie zu stellen und gäben völlig unzureichende Informationen über somatische Erkrankungen des Patienten. Über die Notwendigkeit einer psychiatrischen Abklärung könne der Psychotherapeut zudem selbst und besser entscheiden. Es wird konkret eine entsprechende Änderung des Konsiliarberichtsvordrucks gefordert. In den Augen der Patienten würde die Psychotherapie durch die Unterschrift des Arztes erst „genehmigt“, wodurch der Psychotherapeut als Hilfspersonal degradiert werde. Mehrfach wird die komplette Abschaffung des Konsiliarverfahrens gefordert. Andere Vorschläge zur Verfahrensverbesserung zielen auf eine schnellere Abwicklung (z.B. Hausarzt gibt bei Überweisung des Patienten an den Psychotherapeuten gleich einen ausgefüllten Konsiliarbericht mit). Die vorherrschende Form von „Zwangskooperation“ wird abgelehnt – Konsiliarberichte sollten nur vom Psychotherapeuten angefordert werden, wenn dieser konkret die Notwendigkeit dazu sieht.



Generell sei direkter, z.B. telefonischer Kontakt wesentlich sinnvoller. Auch würden viele Ärzte das Schreiben des Konsiliarberichts einfach ablehnen.

Auch die Aussagen zur Berichtspflicht sind in der Überzahl negativ. Die Ärzte würden häufig gar nicht auf die Berichte reagieren, gleichzeitig sähen viele Patienten den Quartalsbericht als Vertrauenshindernis und widersprüchen der Regelung. Der Aufwand für den Psychotherapeuten sei trotz der großen Routine im Schreiben von Berichten immens und stehe in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Aussagen zur Aufgabenweiterung der Psychotherapeuten

Interessanterweise äußerten sich 2,9% der Teilnehmer spontan zur Aufgabenerweiterung, obwohl dieses Thema im Fragebogen nicht angesprochen wurde. Bei den Antworten dominiert der Wunsch nach besserer Integration der Psychotherapeuten ins medizinische Versorgungssystem durch Befugnisweiterungen, v.a. bezogen auf die Ausstellung von AU-Bescheinigungen, auf Klinikeinweisungen und auf Überweisungen zum Hausarzt und zum Psychiater. Mehrfach wird auch die Befugnis zur Verordnung von Medikamenten nach entsprechender Fortbildung gewünscht. Hierzu gibt es jedoch auch drei Gegenstimmen, die jegliche Form von Befugnisweiterung als therapeutisch kontraindiziert empfinden und berufspolitische Bestrebungen zur Befugnisweiterung klar ablehnen. Für die KJPIer wird mehrfach die Genehmigung zur Verschreibung von Ergo- und Logotherapie gefordert.

Aussagen zum Anbieten von Einzel- und Gruppentherapie

Bei den freien Anmerkungen machen 2,2% der Fragebogenbeantworter Aussagen zur Gruppentherapie. Hierbei dominieren die Forderungen nach flexiblerem Wechsel zwischen Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen des genehmigten Stundenkontingents, nach Verringerung des bürokratischen Aufwandes zur Durchführung von Gruppentherapie und nach Verringerung der Anforderungen zum Erhalt der Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie. Auch wird eine bessere Bezahlung der Gruppentherapie als notwendig erachtet. Konstruktive Vorschläge beziehen sich auf die Möglichkeit zur Überbrückung von längeren Wartezeiten auf Therapieplätze durch vermehrte Nutzung von Gruppentherapie. Dies werde von Institutionen angeboten, während es für Niedergelassene diese Möglichkeit nicht gebe. Auch wird vorgeschlagen, einfachere Modalitäten für Gruppentherapien mit speziellem Indikationsbezug wie Selbstsicherheitstraining, Angst-, Depressionsgruppe,



Entspannungstraining einzurichten. Die Schwierigkeit, im ambulanten Bereich passende Gruppenpatienten zu finden, wird hingegen nur in einer einzigen Antwort angesprochen.

Aussagen zu Aus- und Weiterbildung

Nur 0,9% der freien Anmerkungen lassen sich inhaltlich dem Thema Aus- und Weiterbildung zuordnen. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Forderung einer Verbesserung der Ausbildung der ärztlichen Kollegen hinsichtlich der Inhalte und Möglichkeiten von Psychotherapie. Zu viele Ärzte würden alle Patienten mit hohem Gesprächsbedarf einfach zur Psychotherapie schicken. Auch die diagnostischen Fähigkeiten der Hausärzte müssten geschult werden. Angststörungen und Depressionen würden in der Hausarztpraxis immer noch zu spät oder gar nicht erkannt.

Bezüglich der Aus- und Weiterbildung der eigenen Berufsgruppe findet sich die Empfehlung zur Fortbildung, um die Befugnis zur Medikamentenverordnung und zu Überweisungen in die Klinik oder zum Psychiater zu erhalten.

Weitere Aussagen

Einzelne Anmerkungen, die keiner der o.g. Kategorien zugeordnet werden konnten, beziehen sich auf die Themen „erschwerte Arbeitsbedingungen von KJPlern“ (unbezahlte Kontaktarbeit zu Bezugspersonen, zeitintensive Testungen, Mehrausgaben durch Spiele und therapeutische Materialien etc.), „Qualitätssicherung“ (Wunsch nach gemeinsamen Qualitätszirkeln von Psychotherapeuten und Hausärzten, grundsätzliche Infragestellung des Nutzens), „Übermaß an Bürokratie“ (Antragsverfahren, QM-Verpflichtung, zu komplizierte verwaltungstechnische Aufgaben, zusätzliche Befundanforderungen und Gutachten für Rentenversicherungen und Versorgungsämter etc.), „Unterschiede zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten“ (Ungleichbehandlung), „Stigmatisierung“ (Selbstzahlung der Therapie aus Angst vor Konsequenzen bei Versicherungswechsel oder Lebensversicherungen), „Praxisübernahme“ (mehr Unterstützung von KV und Kammer

Fazit

Die Tatsache, dass mehr als ein Viertel aller Fragebögen ausführliche zusätzliche Bemerkungen enthielt, zeigt abermals die hohe Motivation der Teilnehmer dieser Umfrage, differenzierte Aussagen zu machen und konstruktive Kritik zu üben. Es finden sich in den Antworten unzählig konkrete Vorschläge zur Verbesserung bestehender Defizite in der



Versorgung, in der Bürokratie und im Praxisalltag. Es kommen eine Reihe von Themen zur Sprache, die für den Berufsalltag der niedergelassenen PPs und KJPs von erheblicher Bedeutung sind, im Fragebogen jedoch nicht erfasst werden konnten bzw. zu denen nur solche Fragen gestellt waren, die quantitativ ausgewertet werden. Hierin deutet sich an, dass auch eine qualitative Untersuchung zu Fragen der Versorgungsrealität sehr gewinnbringend sein könnte. Zu bedenken ist dabei jedoch der enorm große Aufwand qualitativer Datenanalysen. Es könnten in einem solchen Forschungsvorhaben nur wenige Kollegen zu ausgewählten Themen befragt werden. Das Ziel der diesjährigen Versorgungsumfrage der DPtV bestand jedoch darin, Antworten von möglichst vielen Mitgliedern zu erhalten, um Aussagen über die Versorgungsrealität in der ambulanten Psychotherapie auf breiter Datenbasis machen zu können. Über fortführende Forschungsvorhaben, die möglicherweise qualitative Datenerhebung in größerem Umfang beinhalten, sollte nachgedacht werden. Wichtige Themen für künftige Befragungen wären: Kostenerstattung, KJP-Besonderheiten, Zusammenhänge Diagnose-Indikation-Therapiekontingent-Behandlungsdauer und Langzeitperspektive der psychotherapeutischen Behandlung.

Die Diskussion um Veränderungen in den von den Mitgliedern hier dargestellten Problembereichen ist unerlässlich und muss in den berufspolitischen Bemühungen präsent sein. Wir danken noch einmal allen fleißigen Mitgliedern, die es auf sich genommen haben, den langen Fragebogen korrekt auszufüllen und die so zu einer Fülle interessanter und hochgradig relevanter Erkenntnisse über die tatsächliche Situation in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beigetragen haben. Die Ergebnisse der statistischen Auswertung des Fragebogens durch Mitarbeiter der Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement Prof. Wasem, werden in Form einer eigenen Broschüre von der DPtV veröffentlicht werden. Außerdem werden in den nächsten Ausgaben der Psychotherapie Aktuell Zusammenfassungen wichtiger Ergebnisse zu finden sein.