

Im Rahmen der Vorbereitungen zur diesjährigen KV Wahl ergab sich die Möglichkeit, zu einem Gespräch mit den Spitzenkandidaten der Liste 2:

Gabriele Peter (DGPT), Wolfgang Schwerd (DGPT), Tanja Müller (VAKJP) und Stuart Massey Skatulla (BKJ).

Naturgemäß steht die aktuelle Entwicklung um die Reform der Psychotherapierichtlinien im Zentrum der Aufmerksamkeit. Diese nehmen deshalb im Gespräch großen Raum ein, aber auch andere aktuelle KV-Themen werden noch einmal gestreift.

Das Gespräch führte Dr. Hildegard Felder (HF).

Hildegard Felder: Ein neues Listenbündnis ist entstanden, mit dem Namen „Psychodynamische Liste-Bündnis KJP“. Wie ist es zu diesem Bündnis gekommen?

Wolfgang Schwerd (WS): Die bisherige Liste stand immer für die Verfahren der Richtlinienpsychotherapie und für die Eigenständigkeit der beiden Heilberufe PP und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In Vorgesprächen und aus unserer politischen Zusammenarbeit in anderen Zusammenhängen wurde klar, dass bkj, VAKJP und DGPT hier übereinstimmende Grundpositionen haben, sodass wir uns entschlossen haben, dies auch in einem Wahlbündnis zusammenzuführen. Wir stehen also im Besonderen für den Erhalt der Richtlinienpsychotherapien und für den Erhalt der beiden Heilberufe.

Gabriele Peter (GP): Wenn man für die Verfahrensbindung eintritt, dann bedeutet dies ja nicht nur, dass man für die analytische und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eintritt, sondern man tritt damit ja auch ein für das dritte Verfahren, nämlich die Verhaltenstherapie, insofern sind wir diesmal im Grunde genommen auch verfahrensübergreifend aktiv. Das Besondere ist aber, dass wir mit Nachdruck für den Erhalt der beiden Behandlungsbereiche Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche eintreten.

Tanja Müller (TM): Weiterhin wird im Sozialrecht für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie noch immer eine eigene KV Zulassung vorausgesetzt. Wir brauchen die spezifischen Verfahrenstechniken der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowohl aus klinischen Gründen als auch aus Gründen der Versorgung.

Stuart Massey-Skatulla (SMS): Durch die geplante Reform der Psychotherapie-Ausbildung sehe ich die Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Zukunft in Gefahr, vor allem, wenn die (Fach-)Hochschulen zur Ausbildung wegfallen sollten. Hierbei würden die Bedeutung der Pädagogik und der pädagogischen Grundberufe herausfallen. Ich merke, dass sich der Blick in der KV vorrangig auf die Bedürfnisse in der Arbeit mit Erwachsenen richtet. Daher ist es unbedingt erforderlich, durch ein solches Bündnis für eine Vertretung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu sorgen, die sich aus Vertretern zusammensetzt, die ausschließlich mit dieser Gruppe arbeitet.

TM: Die Debatte in diesem Feld ist sehr geprägt von der Ausbildungsreform und dortigen Überlegungen zu einem Berufsbild, das weder den Verfahrensbezug noch den Beruf des K JP erhält. Wir vertreten hier eine andere Position, die wir sowohl fachlich als auch unter dem Gesichtspunkt der Versorgung gut begründen können. Hier hat noch immer das Sozialrecht seine fundierte Berechtigung und Gültigkeit

und wir müssen nicht im vorauseilenden Gehorsam frühzeitig Positionen räumen, die im Feld der berufsrechtlichen Debatte von der Mehrheit schon in Frage gestellt zu sein scheinen.

HF: Am 16. Juni sind die Änderungen der Psychotherapierichtlinien beschlossen worden, die, sofern das Bundesministerium für Gesundheit zustimmt, ab 01.04.2017 in Kraft treten sollen. Wie sieht Ihr die Reformvorschläge?

WS: Das ist eine Frage, mit der man sich ein ganzes Wochenende beschäftigen könnte und müsste... Wenn ich darf würde ich gern etwas grundsätzlicher ausholen: Dass die Versorgung psychisch Kranker an einigen Stellen grundsätzlich überdacht werden musste ist vielen Beteiligten klar. Eigentlich bräuchte man eine zweite Psychiatrie-Enquete. Große Probleme ergeben sich nämlich durch die fehlende Psychiater und fehlende Kooperation- und Behandlungsstrukturen im Bereich psychische Erkrankung. Ich glaube wir brauchen ambulante Konsiliar- und Liaisonstrukturen.. Die Psychotherapeuten sind alle gern bereit hier Aufgaben zu übernehmen. Aber: All diese Aufgaben betreffen nicht die Psychotherapierichtlinien im engeren Sinn. Die Hälfte der Anfragen in den psychotherapeutischen Praxen kleidet sich zwar in die Formulierung „haben Sie einen Therapieplatz?“ aber nur die Hälfte der Anfragenden braucht auch tatsächlich einen Therapieplatz. Einen Therapieplatz „hat“ man genauso wenig, wie die Herzchirurgen ein OP Platz haben. Ein OP Platz/Therapieplatz gibt es erst, wenn die entsprechende Diagnose gestellt ist, eine Therapie gewünscht wird, und die Therapie z.B. aufgrund ausreichender Motivation möglich ist. Nun funktioniert aber dieser Teil der Patientenversorgung über Jahre gewachsen sehr gut. Was es braucht sind Angebote diesseits also vor/neben einer Richtlinienpsychotherapie. Ob das mit dem jetzt vereinbarten und mit der Art und Weise der Umsetzung erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. Ich habe meine Bedenken.

Die Neuerungen wie Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit und Akutbehandlung zeigen sich bei genauerer Betrachtung als bürokratisch administrative Monster, weil sie eine Fülle von Maßnahmen und Diskussionen erforderlich machen bis die KVen und die Psychotherapeuten die anvisierten Dinge umsetzen können. Und an entscheidenden Punkten gibt es unverständliche Beschränkungen und Verschlechterungen für die Versorgung und für die Arbeitsweise der niedergelassenen Psychotherapeuten. Bildlich und vielleicht etwas drastisch gesagt hat man, um ein neues Auto zu bauen, bei den bisherigen Fahrzeugen immer ein Rad demontiert, um ein neues Fahrzeug auf die Straße zu bringen. Will sagen, im Autobau würde man so etwas nicht machen.

TM: Die vorgeschlagene Fassung der Richtlinien schützt immerhin die Langzeittherapie als eigenes Verfahren. Unsere Vertreter in den Gremien haben massiv gegen die Vorschläge der Krankenkassen die KZT mit der LZT zu koppeln gekämpft. Auch nach den neuen Richtlinien ist es weiterhin möglich, wenn es indiziert ist, direkt eine Langzeittherapie zu beantragen.

GP: Zumindest ist in der momentan bestehenden Reform der Psychotherapierichtlinie weiterhin der direkte Zugang zu einer Langzeittherapie erhalten geblieben. Das halte ich für einen wichtigen Eckpunkt.

SMS: Die Frage ist pauschal schwer zu beantworten, denn Veränderungen bringen häufig erst einmal Unmut. Hierbei ist zu unterscheiden, welche Veränderungen sinnvoll und welche eher fragwürdig sind. Positiv ist meiner Meinung nach die Möglichkeit, Gruppen- mit Einzeltherapien zu kombinieren. Sinnvoll finde ich ebenfalls, dass es sich auch um unterschiedliche Behandler handeln kann, die sich eng abstimmen sollen. Dass wir eine Sprechstunde anbieten sollen, finde ich wichtig, da dies zu einer Festigung der Anerkennung unseres Heilberufes führt. Allerdings habe ich Bedenken, wenn keine

zusätzlichen Ressourcen für die ausführliche diagnostische Abklärung bei Kindern-, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen eingeräumt werden.

TM: Aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind doch einige sehr kritische Veränderungen geplant, die sich auch unmittelbar problematisch für unsere Behandlungen auswirken werden. Dabei möchte ich gerne zwei für uns sehr umstrittene Veränderungen heraus greifen. Einerseits die geplante verpflichtende Intelligenzmessung im Vorfeld jeder KJP-Behandlung und andererseits die geplanten Dokumentationsbögen. Dieser standardisierte Fragebogen enthält - so wie er vorgeschlagen wurde - u. a. Fragen zur Erhebung des Sozialstatus', des Bildungsniveaus und der Symptombelastung der Patienten. Der Fragebogen soll nach den Vorstellungen des GBA gemeinsam mit den Patienten bzw. bei Kindern und Jugendlichen ggfs. mit deren Bezugspersonen ausgefüllt und bei Behandlungsbeginn an den Gutachter weitergeleitet werden. Diese Befragung implementiert aus meiner Sicht eine bewertende Haltung, die einem positiven Arbeitsbündnis entgegenwirkt. Auch der verpflichtende Intelligenztest belastet aus unserer Sicht auf unnötige Weise die konstruktive Anbahnung eines therapeutischen Bündnisses. Ich möchte hier gar nicht die Diskussion eröffnen, welche Art von Kompetenzen überhaupt erfasst werden in einem Intelligenztest, das würde an dieser Stelle zu weit führen, auch wenn sich die Diskussion lohnen würde. Mir ist es an dieser Stelle nur wichtig, dass die offene und insbesondere nicht wertende Haltung des Psychotherapeuten gegenüber den Patienten unbedingt geschützt werden muss. Bei Kindern und Jugendlichen gilt dies selbstverständlich auch für deren Bezugspersonen. Eine Erhebung von personenbezogenen Daten, ohne Nachvollziehbarkeit der Gründe, greift unsere wertfreie Haltung direkt an.

HF: *Manche Verbänden haben für die Änderung der Richtlinien geworben mit der Parole: „Bürokratische Vereinfachung“. Wie steht es damit?*

WS: Nun droht, dass genau das Gegenteil eintritt. Die Bürokratie wird groß werden, die Verunsicherung bei Patienten und Behandlern wird groß werden bzw. sie ist es schon und wir werden im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie viele Sitzungen damit verbringen, all das Neue in entsprechende umsetzbare Regularien zu bringen. Die »hot-lines« der Verbände und der KV werden ihrem Namen alle Ehre machen, sie werden wahrscheinlich glühen. Ich habe auch große Zweifel, dass das erzwungene Vorhalten von Strukturen wie bei der Sprechstunde angemessen honoriert wird.

HF: *Es hieß, die Psychotherapierichtlinien hätten prinzipiell auf dem Spiel gestanden und es sei gelungen sie zu retten.*

GP: Dazu kann ich nichts sagen, die Verhandlungen waren sehr vertraulich. Ich frage mich warum eigentlich. Erleben wir auch hier einen neuen Politikstil ähnlich wie bei TTIP?

Die Psychotherapierichtlinien aufs Spiel zu setzen, wozu soll das dienen? Die Richtlinien werden nächstes Jahr 50 Jahre alt. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung der Patienten, für die die Richtlinien ursprünglich gemacht wurden, funktioniert meines Erachtens hervorragend. Das Abschaffen wäre so sinnvoll, als würden die Autohersteller jeweils ihre meistverkauften Modelle nicht mehr bauen. Man verzeihe mir diesen Vergleich.

Was uns fehlt sind Behandlungskonzepte für psychische/psychiatrische Erkrankungen, die nicht den Kern der Psychotherapierichtlinien betreffen. Was uns fehlt sind Psychiater, es gibt Gegenden, da gibt es überhaupt keine Psychiater mehr. Liest man sich den neuen Paragraph 13 der Psychotherapierichtlinien durch, so ist dies die Erfindung eines „Psychiaters“ per Order de Mufti.

WS: Manche Kollegen wähnen sich glücklich, sie sprechen vom »Hausarzt für die Seele« und wünschen sich nun noch die Möglichkeit, auch endlich Medikamente zu verschreiben. Sie übersehen, dass der Hausarzt für die Seele den bisherigen Facharzt für die Seele abschafft und dass die Übernahme somatischer Eingriffe in den Körper der Anfang vom Ende der Seelenheilkunde ist. Und die Hoffnung, dass es gut bezahlt wird, wird im Januar in alle Winde verweht sein. Das ist ja auch gut so, dann sind die KV Wahlen gelaufen, und ein brisantes Thema kann in den folgenden sechs Jahren administrativ beschwichtigt werden.

SMS: Ich bin seit drei Jahren Approbiert/ Jungapprobiert, von daher kann ich wenig hierzu sagen. Ich merke, dass wir allerdings viel zu wenige Kinder- und Jugendlichenpsychiater in der Versorgung haben. Hier müssten dringend Anreize gegeben werden. Wie kann es sein, dass auf der einen Seite gerufen wird, wir brauchen hier qualifizierte Kollegen, dann finden wir aber die „sprechenden Berufe“ am unteren Ende der Einkommenstabelle.

TM: Eines aber ist besonders anzumerken: Die vorgeschlagene Fassung der Richtlinien schützt die Langzeittherapie als eigenes Verfahren. Unsere Vertreter in den Gremien haben massiv gegen die Vorschläge der Krankenkassen die KZT mit der LZT zu koppeln gekämpft. Auch nach den neuen Richtlinien ist es weiterhin möglich, wenn es indiziert ist, direkt eine Langzeittherapie zu beantragen.

GP: Ich habe den Eindruck, dass gleichzeitig an bestimmten Stellen der PSTH-Richtlinien Reform bewährte Standards „aufs Spiel gesetzt“ werden, ohne zu schauen, ob die neuen Standards wirklich tragen können. Mit der Reform der PSTH-Richtlinien wird meiner Meinung nach nichts gerettet, sondern beschädigt wie z. B. in der Gestaltung unseres Freiraums des therapeutischen Handelns und Denkens.

HF: Worum geht es dann?

WS: Wenn ich diese Frage vernünftig beantworte: Wir haben in der Tat bei manchen Patientengruppen und Diagnosegruppen Versorgungsprobleme. Bspw. all die Patienten, die an einer psychischen Störung leiden, aber die nicht als erstes zu einem entsprechenden Behandler gehen. ADHS Patienten tauchen z.B. meistens beim Hausarzt oder Kinderarzt auf. Essstörungen ebenfalls beim Hausarzt oder Frauenarzt. Hier braucht es Kooperationsstrukturen. Eine Sprechstunde beim Psychotherapeuten ändert daran gar nichts. Sie wird genauso wenig wahrgenommen, wie jetzt wahrgenommen wird, dass man einen Termin beim Psychotherapeuten vereinbaren kann. Die Versorgungsforschung hat all diese Probleme längst gut identifiziert. Die Krankenkassen müssten mit den »Versorgern« darüber reden, welche therapeutisch strategischen Maßnahmen notwendig sind, um solche Versorgungsprobleme zu lösen. Rein administrative Lösungen greifen genauso ins Leere wie die jetzigen.

GP: Das eigentliche Problem scheint das Geld zu sein. In den vergangenen 8 Jahren gab es immer mal Versuche mit den Krankenkassen Add-On-Verträge in diesem Feld zu schließen. Es gab Lösungsvorschläge seitens der Fachverbände, sobald aber deutlich wurde, dass es genauso teuer wird, oder etwas mehr kostet, haben die Krankenkassen regelmäßig einen Rückzieher gemacht.

Die Maßgabe lautete jeweils, Reformen sollten „kostenneutral“ sein. So heißt das dann in der Sprache des Controllings. So ist es dann auch kein Zufall, dass die Rezidivprophylaxe nicht etwas ist, was zum bisherigen Kontingent hinzu kommt, sondern die Behandler sollen die letzten Stunden aus dem Behandlungskontingent dafür reservieren.

SMS: Es ist ja auch kein Zufall, dass die Diskussion um Selektivverträge seitens der Krankenkassen deutlich gebremst wurde, als klar wurde, dass die Psychotherapierichtlinien geändert werden sollen. Es sind dringend Versorgungsformen erforderlich, die ein kooperatives Arbeiten der unterschiedlichen Professionen fördern und möglich machen. Dies dient dem Wohl der Patienten und ihrer Bezugspersonen. Hierzu zählen auch Vernetzungen der Gesundheitsseite mit anderen Einrichtungen, wie Schule und Jugendhilfe.

TM: Nun haben die Krankenkassen offenbar ihren gesamten politischen Druck und ihre ökonomischen Vorstellungen in diese Verhandlung gepackt mit den entsprechenden Ergebnissen, mit denen man fachlich an vielen Stellen überhaupt nicht zufrieden sein kann.

Die psychotherapeutischen Behandlungen, die Behandlungstechniken und die Behandlungstheorie allein an versicherungsmathematischen Algorithmen zu orientieren, hielte ich für eine Bankrotterklärung unserer Profession. Es käme mir vor wie in dem Buch „Per Anhalter durch die Galaxis“, in dem ein Rechner alle menschlichen Fragen beantworten kann und nach langer Rechenzeit sagt: die Antwort lautet: „42“.

HF: *Wenn wir jetzt doch mal einige Punkte anschauen, Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit, Akutversorgung, Probatorik, Kurzzeittherapie-was ist dazu zu sagen?*

WS: Ich kann jedem nur empfehlen die geänderten Psychotherapierichtlinien, so wie sie jetzt auf dem Tisch liegen, einmal wirklich durchzulesen. Das ist zwar vielleicht etwas mühsam, aber die 52 Seiten sind zu bewältigen und es lohnt sich auf jeden Fall. Man findet sie auf:

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3856/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_Vorabversion-RL.pdf

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2634/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT.pdf

Oder ausführlicher noch: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2634/>

SMS: Auch die ersten Reaktionen des Bundesgesundheitsministeriums sind spannend. Wir können hier nicht im Detail darauf eingehen, empfehlen aber auch es einmal nachzulesen. Auch hier ist mein Eindruck, die Diskussion beginnt erst, sie ist längst nicht abgeschlossen. Und das ist gut so.

TM: Allerdings muss man dazu anmerken, dass die Beanstandungen des BMG vor allem rechtlicher Art und nicht aus der Sicht psychotherapeutischer Fachlichkeit sind, da müssen wir uns als Verbände vor der Einführung im nächsten April noch lautstärker zu Wort melden.

Die Links dazu:

- [Beanstandung des BMG vom 09.09.2016](#)
- [Schreiben des BMG vom 01.08.2016](#)
- [Ergänzende Stellungnahme des G-BA vom 19.08.2016](#)

WS: Zunächst mal muss man feststellen, dass eine Diskussion über diese Änderungen jetzt los geht – und man muss fragen: warum gerade, und erst jetzt? Stuart sagte es gerade: Vorher fand das alles relativ geheim statt. Betrachtet man sich die Organisation der psychotherapeutischen Versorgung, wie sie über die Psychotherapierichtlinien seit 50 Jahren geleistet wird, dann finde ich es schon eine ziemliche Hybris zu glauben, man könnte im Geheimen daran Veränderungen vornehmen, die dann die geniale Verbesserung der Versorgung garantieren. Wie in anderen Fällen der Politik, z.B. im Steuerrecht, gibt es ja auch immer mal Versuche, dieses zu vereinfachen. Meistens sind die Betreiber dieser Vereinfachungen dann einfach gescheitert. Die zeitlichen Vorgaben für die Umsetzung erscheinen mir jetzt doch relativ knapp, und ich vermute, dass das eine oder andere doch etwas länger dauern wird als geplant.

GP: Ein „Big Point“ sollte ja die psychotherapeutische Sprechstunde sein. Die etwas älteren Kollegen unter uns wissen, dass Argelander schon 1969 Überlegungen hatte, wie er nicht nur ein Erstinterview, sondern ein Sprechstundeninterview organisieren könnte, weil die Zahl der Anfragen größer war als die zur Verfügung stehenden Therapieplätze. Es ist unbestreitbar, dass immer mehr Patienten sich die Hilfestellung von Psychotherapeuten wünschen. Nicht alle diese Anfragen sind jedoch unmittelbar Anfragen nach einer längeren ambulanten Psychotherapie.

Die Akutversorgung muss differenziert betrachtet werden. Es gibt Patienten, der z. B. einen schwerwiegenden Verlust durch Trennung, Tod oder eine schwere körperliche Schädigung erlitten haben. Wir wissen, je zeitnaher der Betroffenen in Behandlung kommt, desto weniger verfestigt sich eine traumatische Erfahrung und das ist eine Akut-Versorgung, wie wir sie auch verstehen und viele Niedergelassene es bisher auch ohne Reform der Psychotherapie-Richtlinie gehandhabt haben. Hat ein Hausarzt oder Internist uns einen Patienten mit Dringlichkeit geschickt, so haben wir ihm möglichst schnell einen Erstgesprächstermin eingeräumt. Sinnvoll wäre, dass dazu Kooperationen und Behandlungskonzepte entwickelt werden, wo im Gleichschritt auch entsprechende EBM-Ziffern zur Vergütung geschaffen werden müssen.

WS: Ich sehe eine große Gefahr darin, dass sich unser Berufsstand spaltet – in die Praxen, die weiter wie bisher nach Richtlinien-PSTH praktizieren und die, die reine Sprechstunden-Praxen werden könnten. Das widerspricht aber dem Geist jedweder Medizin. Ein Arzt oder Psychotherapeut ist nicht nur zum Diagnostizieren da sondern zum Behandeln. Wir brauchen keine Behandler die Behandlung verweigern; und wir brauchen Behandler, die auf Grund ihrer Erfahrung Patienten auch dann „beraten“, wenn sie nicht unmittelbar einen Behandlungsplatz anbieten können.

TM: Die Möglichkeit einer Akutversorgung ist aus Sicht der KJP insbesondere in der Arbeit mit Jugendlichen dringend notwendig. Allerdings ist es bedauerlich, dass die im Rahmen der Akutversorgung geleisteten Stunden Bestandteil des Therapiekontingents sein sollen. Insofern ist es ja nur eine Umverteilung der Stunden und keine Neuschaffung von Behandlungsmöglichkeiten, ähnlich der Rezidivprophylaxe.

SMS: Ich denke da an die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Hier wäre die Möglichkeit, schnell und unbürokratisch Hilfestellung anzubieten dringend erforderlich. Vor allem wenn die Kinder und Jugendliche mehrfache Wechsel der Einrichtungen erleben. Dies kann, die dazu führen, dass sie von wenig oder gar keiner psychotherapeutischen Unterstützung

profitieren können. Wir wissen wie wichtig schnelle Hilfe ist um einer Chronifizierung der Störung entgegenzuwirken.

GP: Die Einführung einer Sprechstunde weicht von dem ab, was Psychotherapeuten bisher getan haben. In der Sprechstunde, wie sie vorgesehen ist, wird es um eine Art „Clearing“ gehen, nämlich: was bringt der Patient mit und was braucht der Patient wirklich? Genau das wird im Erst- und den weiteren Vorgesprächen geklärt. Die vom Gesetzgeber „verordnete“ Sprechstunde ist auch eine Verwischung bzw. Aufweichung der Grenzen in den Fachgebieten. Ein Hausarzt, Internist oder Neurologe, der wiederholt bei einem Patienten „ohne Befund“ diagnostiziert, wird auf die Idee kommen, dass eine Psychotherapie sinnvoll ist.

HF: ...und die telefonische Erreichbarkeit?

GP: Die Erreichbarkeit der Behandler war vielleicht nicht immer gegeben oder schwierig für Patienten, denn ich weiß von keinem Kollegen, der während einer Behandlung Termine macht. Gegenüber Patienten ist die telefonische Erreichbarkeit eine Präsenz, die von einer Bürokräft mit Terminvergaben geleistet werden kann. Nicht nur die Struktur einer Praxis verändert sich, sondern auch die Kostenstruktur, die im E-BA Beschluss mit Zahlung der Strukturpauschale honoriert werden soll.

SMS: Die Forderung der telefonischer Sprechstunden finde ich bei Einzelpraxen in der Umsetzung schwierig, wenn sich um mehr als 2-4 Stunden pro Woche handeln sollte. In unserer Gesellschaft findet sich bei Vielen die Haltung, sofort einen Ansprechpartner erreichen zu können. Aber zu erkennen, dass es sich bei einer Psychotherapie um ein Prozess des zu einander Findens handeln kann und nicht um eine reine Dienstleistung, fällt manchen schwer.

GP: Die Probatorik in der Psychotherapie zu kürzen, ist eine Einschränkung für Behandler und für PatientInnen. Hier entsteht wieder für beide Zeitdruck. Zeit zu haben ist es aber, weswegen gerade PatientInnen in Beratung/Behandlung kommen, um sich in Ruhe anzuschauen um was es bei ihnen überhaupt geht. Ambivalente oder ängstliche PatientInnen könnten sich gerade dadurch bedrängt fühlen, sich entscheiden zu müssen. Das wird sich langfristig als „Bumerang“ erweisen, denn PatientInnen bleiben dann ganz weg, verfallen in ihre Muster oder schlimmstenfalls chronifiziert sich die Symptomatik.

TM: In der KJP hat man es in der Regel mit mehreren Personen zu tun, gerade im Prozess der Diagnostik ist es aus unserer Sicht notwendig einen gewissen Spielraum zu haben. In Zeiten von Patchworkfamilien, muss es zum Beispiel auch möglich sein, getrennte Elterngespräche zu führen. Bei einer Beschränkung der Probatorik auf 4 Stunden wird dies kaum möglich sein.

SMS: Vor allem aus der Behandlungsrealität ist dies äußerst ungünstig. Gerade in der Kinder- und Jugendlichentherapie bedarf es Ressourcen, um das Umfeld einzubeziehen. Dies können nicht nur Eltern, Pflegeeltern, sondern auch Mitarbeiter von Kinder/Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendamtsmitarbeitern, Lehrer oder andere sein. Es geht auch darum, Netzwerke zu bilden und mit den unterschiedlichen Professionen zusammenzuarbeiten. Dies sind Besonderheiten, die leider bei der Reform gar nicht berücksichtigt wurden.

SMS: Es braucht auch kurze Maßnahmen, um beispielsweise Schwellensituationen oder traumatische Erfahrungen bearbeiten zu können. Eine Kurzzeittherapie kann auch hilfreich sein, um die Mitarbeit von Bezugspersonen zu fördern, vor allem, wenn es um getrennt oder in Streit befindliche Eltern geht.

Gerade in der Arbeit mit Kinder- und Jugendlichen spielen solche Faktoren eine Rolle. Ungünstig wäre es, wenn Mitarbeiter einer Krankenkasse dies rückwirkend einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterziehen und aus nicht fachlicher Perspektive eine Beurteilung über die Notwendigkeit ablegen.

GP: Die Rezidivprophylaxe ist „Augenwischerei“. Die Behandler hatten ein eigens dafür reserviertes Stundenkontingent gewollt, d. h. nach Beendigung einer Behandlung. Die Reform möchte, dass die Rezidivprophylaxe während, selbstverständlich zum Ende hin, einer Behandlung statt findet und zudem werden die Stunden für die Rezidivprophylaxe von den bewilligten Kontingenten angerechnet. Ich vermute, dass der Gesetzgeber nicht versteht in welchem Prozess ein Patient ist und dass das Beenden zu diesem Prozess mit dazu gehört.

HF: *Wir können in diesem Gespräch das Thema der Honorare nicht ausklammern. Letztes Jahr gab es einen Beschluss dazu, eine neue Honorarsystematik. Dabei wurden die Honorare zum einen generell um 2,7 % erhöht, zusätzlich gab es die rückwirkende Einführung einer Strukturpauschale, die umso höher ist, je mehr Stunden im Bereich der GKV geleistet wurden. Wie ist die aktuelle Honorarsystematik zu bewerten und wie wird es damit weitergehen?*

GP: Die generelle Anhebung des Stundenhonorars um 2,69 Prozent deckt gerade mal den Inflationsausgleich ab. Eine wirkliche Honorarerhöhung ist es nicht. Von uns durchgeführte Honoraranalysen zeigen, dass die Praxen ihre Honorarverluste seit 2009 durch Mehrarbeit kompensiert haben.

Die sogenannte Strukturpauschale ist eine Methode, wie ich möglichst Wenigen ein angemessenes Honorar zahlen muss. Auch ordnungspolitisch halte ich die Strukturpauschale für problematisch. Sie honoriert nicht die einzelne Leistung sondern sie honoriert vorgeblich das Bereithalten einer Struktur. Und sie spaltet die Psychotherapeutenschaft in Bezieher der Strukturpauschale und in Nichtbezieher. Bestraft werden die KollegInnen, die aus Gründen der Familienversorgung und andere Verpflichtungen nicht bis an die Grenzen der Belastung durch die Praxis gehen können.

WS: Die Nachzahlungen die jetzt erfolgt sind zeigen im Grunde genommen ja nur, wie viel Honorar dem einzelnen Psychotherapeuten sechs Jahre vorenthalten wurden. Bescheiden wie wir sind, lösen diese Beträge bei manchem das Gefühl aus, jetzt sei es mal gut.

Es ist aber nicht gut, solange die Honorarsystematik die strukturelle Schiefelage, die sie nach wie vor hat, auch weiterhin haben wird, und wir immer wieder gezwungen werden, Honoraranpassungen vor Gericht zu erstreiten. Das ist es, was wir in unserer Wahlbroschüre gemeint haben mit Domestizierung und Degradierung.

SMS: Das kann doch nicht angehen, dass so lange keine Angleichung erfolgt. Selbst im öffentlichen Dienst haben Anhebungen stattgefunden. Dabei spielen doch die psychotherapeutischen Berufe im Gesamttopf nur eine kleine Rolle.

HF: *Im letzten Quartal hat die KV Hessen ihre bisher kulante Praxis, genehmigte Stunden auch nachträglich abrechnen zu können, verändert. Dies hat zu großen Irritationen geführt. Wie steht ihr dazu?*

WS: In der Tat hat es diese Veränderungen gegeben und eine für Patienten und Behandler vorteilhafte Praxis wurde abgeschafft. Es musste jedoch geschehen, da laut den Buchstaben der Psychotherapierichtlinien Behandlungen immer erst stattfinden dürfen, wenn die Genehmigung vorliegt. Wir werden nun mit der KV Hessen darüber sprechen, wie streng die juristische Regelungstiefe an diesem Punkt zu sein hat. An manchen Stellen führt sie ja zu grotesken Zuständen, z. B. wenn eine Kurzzeittherapie zur Krisenintervention auch erst auf eine Genehmigung warten muss.

TM: Im letzten Quartal haben sich die Beschwerden beim Berufsverband in Bezug auf die neue Abrechnungspraxis der KV gehäuft. Vor allem in der Arbeit mit Jugendlichen ist die neue Regelung, Stunden nicht mehr rückwirkend ab Antragsstellung abrechnen zu können sehr problematisch. In dieser Lebensphase braucht man die Freiheit, möglichst zeitnah ein tragfähiges therapeutisches Bündnis eingehen zu können. Diese neue Regelung ist im Prinzip die Abschaffung der Krisenintervention! Die geplanten Richtlinien nehmen diesen Punkt der notwendigen Akutversorgung ja auch positiv auf. Wir würden uns aktuell in diesem Punkt mehr Spielraum von KV- Seite aus wünschen.

SMS: Ich verstehe nicht, dass eine Praxis die so lange stattgefunden hat und erforderlich war, nun verhindert wird. Vor allem vor der Notwendigkeit der Kontinuität und der Anbindung ist dies für mich nicht nachvollziehbar.

HF: Wollt ihr zum Schluss einen Ausblick in die nächste Legislaturperiode werfen?

GP: Wir haben ein funktionierendes Berufsverbändetreffen, das auch Verbände, die nicht in der KV vertreten sind, an der politischen Diskussion beteiligt. Übrigens: dieses Treffen haben in der vorletzten Legislaturperiode Ingrid Moeslein Teising und Wolfgang Schwerd wieder belebt. Diese Treffen sind außerordentlich fruchtbar und ermöglichen auch, dass die politischen Vertreter in der KV frühzeitig auf mögliche blinde Flecke aufmerksam gemacht werden.

WS: Die Psychotherapeuten haben sich inzwischen Respekt und Anerkennung in der KV verdient und auch verschafft. Es gibt sowohl zu den Vorständen der KV als auch zu den Vorsitzenden wichtiger Ausschüsse einen sehr guten fachlichen Kontakt. Die Kooperation der Beratenden Fachausschüsse ist noch ausbaufähig. Wir sind optimistisch, dass dies gelingen kann.

Wir wehren uns gegen jegliches Psychotherapeuten-Bashing! Wir beteiligen uns aber auch nicht an pauschalen Kritiken an Haus- und Fachärzten. Es gibt immer solche und solche. Und wir suchen die Kooperation mit den vernünftigen und kooperationswilligen. Wie Hegel vorausgesagt hat. Das Vernünftige setzt sich letztlich durch und wird Realität.

Gleichwohl dürfen wir nicht vergessen, dass wir immer die kleinste Gruppe sind und deshalb oft in einem Zustand der Daueropposition. An einzelnen Stellen machen die Abgeordneten aus den anderen beiden Fraktionen »politische Lockerungsübungen« und stimmen auch hin und wieder nicht nach Fraktionszwang sondern sie folgen übergeordneten vernünftigen Überlegungen. Dies stimmt uns optimistisch für die Zukunft, auch wenn das Bohren von Brettern seine Zeit braucht.

SMS: Wir Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind es gewohnt, mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Menschen Netzwerke zu bilden und an gemeinsamen Lösungen zu arbeiten. Ich denke, wir können uns hierbei gut einbringen und unser Können weitergeben.

Hildegard Felder: Vielen Dank für das Gespräch!