

>> Bedarfsplanungsreform hatten wir Vorschläge gemacht, die in keiner Weise gehört worden sind. Der G-BA hat im Laufe seiner verschleppten Reform dann selbst eine Studie in Auftrag gegeben, die ausgewiesen hat, dass 2.400 neue Sitze geschaffen werden müssten, über das Bundesgebiet verteilt, im Wesentlichen aber in strukturalarmen Gebieten. Und was kam heraus? Es waren knapp 800 Sitze. Ein Tropfen auf den heißen Stein. Da merkt man die Besetzung des G-BA und die Einflüsse, die dort dann herrschen.

Sie meinen den Einfluss der Kassen?

Benecke: Genau, da war völlig klar, dass die Krankenkassen sich sehr gut durchsetzen konnten.

Wie viele zusätzliche Kassensitze bräuchte es dann jetzt aus Ihrer Sicht?

Benecke: Wir fordern eine Reduktion der Verhältniszahlen um 20 Prozent. Das entspricht ziemlich genau der Zahl der Sitze, die damals nicht geschaffen wurden. Für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist es außerdem nötig, für diesen Bereich eine eigene Bedarfsplanung aufzustellen.

Wären neben zusätzlichen einzelnen Praxissitzen auch Anlaufstellen in Primärversorgungszentren eine Option? Sie könnten vielleicht auch dazu beitragen, Hemmschwellen weiter zu senken ...

Benecke: Absolut. Im Moment sind Primärversorgungszentren noch sehr hausarztzentriert gedacht. Ich finde das zu kurz gesprungen. Man könnte zum Beispiel andere Grundversorger einbinden, wie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Und eben auch Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Das könnte Hürden senken. Aktuell müssen Patientinnen und Patienten teils lange suchen, telefonieren, brauchen ein ziemliches Durchhaltevermögen, um am Ende irgendwie eine Sprechstunde zu bekommen. Vom Therapieplatz reden wir da noch gar nicht. Im Primärversorgungszentrum wären die Wege zum Beispiel vom Hausarzt in die psychotherapeutische Praxis kürzer und ein erster Kontakt schneller geknüpft. Wir könnten dann vielleicht Patienten erreichen, die im Moment im System gar nicht erfasst werden – aber eine Reform der Bedarfsplanung ersetzt das natürlich nicht.

Wie funktioniert denn generell die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten, die bei vorhandener Qualifikation ja auch entsprechende Leistungen anbieten und dann ggf. an Psychotherapeuten weiterleiten können?

Maur: Tatsächlich werden über 80 Prozent der Diagnosen psychischer Erkrankungen von Hausärztinnen und Hausärzten gestellt. Sie und die Kinderärztinnen und -ärzte sind schon immer auch primäre Ansprechpersonen. Die Zusammenarbeit klappt in der Regel sehr gut, auch im weiteren Verlauf der Behandlung. Nur

können die Hausärzte auch keine Psychotherapieplätze herbeizaubern und spüren deshalb selbst die Grenzen im System. **Benecke:** Und da sind wir wieder bei dem Stichwort Bedarfsplanung. Wir sehen natürlich auch mit Sorge, dass die hausärztliche Versorgung insgesamt immer mehr ausdünn, genauso wie die psychiatrische Versorgung.

Für eine sichere Versorgung braucht es natürlich nicht nur ausreichend Kassensitze, sondern auch junge Kolleginnen und Kollegen, die diese Sitze übernehmen – Stichwort Ärztemangel. In Ihrem Berufsstand gibt es anders als etwa im hausärztlichen Bereich bekanntlich nicht wirklich einen Fachkräftemangel. Trotzdem stellt sich die Frage, ob künftig noch ausreichend Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten Versorgung tätig sein werden. Sie kritisieren dabei vor allem die Finanzierung der Weiterbildung. Wo genau hakt es da?

Benecke: Daran, dass es keine vernünftige Finanzierung gibt! Natürlich werden die Leistungen, die die Therapeuten in Weiterbildung erbringen, von den Krankenkassen bezahlt. Aber das reicht nicht. Wir brauchen eine Förderung. Da hat sich schon Herr Spahn verweigert. Dann haben wir mit großen Erwartungen auf Herrn Lauterbach geschaut. Und er sagt dazu leider keinen Mucks. Mit der jetzigen Haushaltslage wird es natürlich noch mal schwieriger. Aber man muss ganz klar sagen: Ohne eine Förderung bei der Weiterbildung gerade im ambulanten Bereich werden wir Nachwuchsprobleme bekommen, weil wir die Weiterbildungen nicht in dem Umfang durchführen können, wie es nötig wäre. Und das heißt, dass sich die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen nicht niederlassen können.

Sie fordern für die ambulante Weiterbildung also einen Zuschuss wie in der fachärztlichen Weiterbildung?

Maur: Genau, wir denken an das gleiche Modell: dass die ambulante Weiterbildung bezuschusst wird. Die KV Rheinland-Pfalz hat jetzt einen Vorstoß gemacht und fördert die ambulanten Abschnitte der Facharzt-Weiterbildung mit 2.700 Euro im Monat.

Welche Vorteile hat denn die Reform der Weiterbildung gebracht? Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte sie ja sehr befürwortet.

Benecke: Teil dieser Reform war ja, dass unsere bisherige postgraduale Ausbildung abgeschafft wird und einer Ausbildung in Form eines Studiums weicht. Dieses Studium ist deutlich spezifischer, als es das Psychologiestudium früher war. Das heißt, die Kolleginnen und Kollegen, die dann einen Master haben und anschließend ihre Approbation machen können, haben schon viel mehr Praxis. In der Weiterbildung findet dann die verfahrensspezifische Qualifizierung statt.

Dr. Andrea Benecke

Angestellte
Psychologische
Psychotherapeutin

Vizepräsidentin
der Landespsycho-
therapeutenkammer
Rheinland-Pfalz

Seit Mai 2023 auch
Präsidentin der
Bundespsycho-
therapeutenkammer

Sabine Maur

Niedergelassene
Psychologische
Psychotherapeutin mit
Zusatzqualifikation
Kinder- und Jugend-
lichenpsychotherapie

Präsidentin der Landes-
psychotherapeuten-
kammer Rheinland-Pfalz

Seit Mai 2023 auch
Vize-Präsidentin der
Bundespsychothera-
peutenkammer

Woran es jetzt hapert, ist, dass die Absolventinnen und Absolventen dann auch Weiterbildungsplätze finden.

Maur: ... und wir kämpfen auch noch um angemessene Arbeitsverhältnisse und Vergütungen, dazu sprechen wir intensiv mit Krankenhäusern und Trägern.

Im stationären Bereich war zuletzt immer wieder die Personalausstattung Thema. Der G-BA hat jetzt die Frist für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verlängert, bis die Vorgaben aus der Richtlinie „Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik“ erfüllt werden müssen. Welche Hoffnungen setzen Sie in die Richtlinie?

Benecke: Zum einen müssen wir in den Kliniken eine adäquate psychotherapeutische Versorgung realisieren. Derzeit bekommen Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung genauso viel Psychotherapie wie im ambulanten Sektor, nämlich 50 Minuten in der Woche. Da würde man etwas anderes erwarten – leider folgt uns der G-BA aber bislang nicht. Zum anderen gilt es natürlich, dass die Vorgaben zur Personalausstattung nicht ins Leere laufen. Und da haben wir schon gesehen, dass Sanktionen natürlich helfen – verhältnismäßige natürlich. Sie sollten spürbar sein, aber nicht die Existenz von Kliniken gefährden.

Ein weiteres Sorgenthema war auch bei Ihnen lange die Digitalisierung, speziell mit Blick auf die elektronische Patientenakte. Welche Bedenken haben Sie dabei ungetrieben und haben Sie Ihre Einwände anbringen können?

Maur: Anfangs war die Sorge in unserem Berufsstand schon sehr groß, weil wir auch besonders schützenswerte Daten haben. Das gilt sicher allgemein für Gesundheitsdaten, aber Daten zu psychischen Erkrankungen, die ja besonders stigmatisiert sind, sind natürlich besonders heikel. Zuletzt wurden wir bei der Entwicklung der ePA doch stärker einbezogen. Beide Seiten haben davon profitiert, die gematik und wir. Wir waren erleichtert zu hören, dass nicht unsere Therapiedokumentation in die ePA kommen soll. Es wird um hoch standardisierte Daten gehen, die im Grunde nicht besonders viel preisgeben und schon mal gar nicht mehr, als das, was sowieso krankenkassenseitig vorliegt.

Haben Sie in den Gesprächen auch Vorteile an der ePA entdecken können?

Maur: Wir sehen auf jeden Fall, dass die ePA einen großen Wert hat, nämlich viele zuverlässige Daten über Patientinnen vorliegen zu haben. Das ist nicht nur für die Ärztin im somatischen Bereich relevant, sondern auch für uns. Viele unserer Patientinnen und Patienten haben auch somatische Erkrankungen, viele nehmen Medikamente und können selten mehr



© ALEX KRAUS

Andersherum hat die Digitalisierung ja auch Möglichkeiten hervorgebracht, die beispielsweise in der Pandemie konkrete Probleme gelöst haben, etwa Videosprechstunden. Sind diese Möglichkeiten heute ausgereizt?

Maur: Das war damals wie ein Sprung ins kalte Wasser für unseren Berufsstand. Und ich finde, das haben wir richtig gut gemacht. Die Kollegen haben sich sofort darauf eingelassen und wir hatten keinerlei Einbrüche in der Versorgung im Vergleich zu vielen ärztlichen Bereichen.

Heute machen die Videosprechstunden aber nur einen Teil Ihrer Arbeit aus. Welches Maß ist das richtige?

Maur: Die meisten Patientinnen wollten irgendwann selbst wieder in die Praxen zurück. Praxen sind auch ein sicherer Raum, in dem man die Möglichkeit hat, sich auf seine eigenen, persönlichen Anliegen und Sorgen zu konzentrieren. Jetzt haben wir eine gemischte Versorgung, die oft durch einen gewissen Pragmatismus beeinflusst ist. Wenn der ÖPNV nicht fährt, nutzt man eine Video-Sitzung, beim nächsten Mal sieht man sich persönlich. Insofern ist beides sinnvoll. Deswegen sehen wir auch die Entwicklung kritisch, dass es Institutionen gibt, die reine videobasierte Therapie anbieten möchten.

Benecke: Es ist wichtig, auch das Umfeld der Menschen zu kennen und lokal verankert zu sein, beispielsweise zu wissen, welche Kliniken im Fall der Fälle infrage kommen. Und eben beispielsweise auch mit behandelnden Ärzten Kontakt aufnehmen zu können.

Neben Videosprechstunden sind mit der Digitalisierung natürlich noch weitere Möglichkeiten aufgekommen. Welches Potenzial sehen Sie in digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)? Halten Sie die Apps für hilfreich, wenn sie zum Beispiel als erste Maßnahme eingesetzt werden, um die Wartezeiten zu überbrücken?

Benecke: Wir sehen durchaus Chancen im Einsatz von DiGA. Wichtig ist aber, dass sie einen positiven Versorgungseffekt nachgewiesen haben. Das gilt nur für die dauerhaft beim BfArM gelisteten DiGA. Und dass sie von Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Ärztinnen und Ärzten verschrieben wurden. Man kann ja auch über die Krankenkasse direkt den Zugang zu einer DiGA bekommen, aber dann wurde dies von einer Krankenkassenmitarbeiterin oder einem Mitarbeiter veranlasst, die oder der die Patientin beziehungsweise den Patienten nie gesehen hat. Insgesamt sind die DiGA dann eine sinnvolle Ergänzung der Therapie, zur Überbrückung von Wartezeiten oder auch zur Aufrechterhaltung von Therapieeffekten.

Frau Benecke, Frau Maur, vielen Dank für das Gespräch!

darüber sagen als ‚morgens die roten, abends die blauen‘. Das war bislang natürlich wenig erhellend. Diese und viele andere Informationen stehen dann eher zur Verfügung. Was uns Kummer macht, ist, was eventuell auf europäischer Ebene droht.

Sie meinen die Pläne zum EU-Gesundheitsdatenraum?

Maur: Genau. In den letzten Wochen gab es unter anderem Gerüchte, dass dort eine ePA geplant ist, bei der über die hineinfließenden Informationen gar

nicht aktiv entschieden werden kann. Auch nicht darüber, wie die Daten weitergegeben werden. Das würden wir kritisch sehen.

Besorgt Sie das in Deutschland geplante Gesundheitsdatennutzungsgesetz dann ebenso?

Maur: Das Entscheidende ist, ob ich als Patientin zustimmen kann oder nicht. Und dass ich mich darauf verlassen kann, dass mit diesen Daten ordentlich umgegangen wird. Da sehen wir auf europäischer Ebene derzeit größere Probleme.