

„Wir brauchen immer mehr Vernetzung - zwischen den Gesundheitsberufen wie innerhalb der eigenen Fachgruppe“

Dr. Bernhard Gibis, Versorgungsexperte der KBV, im Interview mit den bvvp-Vorstandsmitgliedern Ulrike Böker und Dr. Reinhard Martens

Ulrike Böker: Betrachten wir den Stand der Versorgung im psychotherapeutischen Bereich, wie wir ihn jetzt haben. Zu diesem Stand hat die KBV mit ihren Ideen und Eingaben in Gesetzgebungsverfahren und bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen maßgeblich beigetragen. Was ist für Sie in diesem Prozess wichtig gewesen?

Bernhard Gibis: Ein wesentlicher Unterschied zu fast allen anderen Ländern auf dieser Welt ist, dass die Psychotherapie aus der Delegation herauskam und zu einer eigenständigen, direkt zugänglichen Versorgungsform wurde. Und dass es nicht bei der reinen Richtlinien-Therapie geblieben ist – hinein in Gruppen-Therapien, aber auch in akute Versorgungssprechstunden. Das waren ganz wesentliche Schritte, die die Zugänglichkeit zur psychotherapeutischen Versorgung verbessert haben.

UB: Die Bedarfsplanung gehört auch mit zur Verbesserung der Versorgung im psychotherapeutischen Bereich, da haben Sie ganz maßgeblich mitgearbeitet. Was war da wichtig?

BG: Eine psychotherapeutische Bedarfsplanung ist ja vor allem eine Zugangsbeschränkung. Das ist nicht sehr populär. Es gibt mehr Kolleginnen und Kollegen, die sofort anfangen würden, für GKV Versicherte zu versorgen, als Zulassungsmöglichkeiten vorhanden sind. Da sagt die GKV ganz klar, dass sie hierfür nicht mehr Geld dafür einstellen wollen. Wir haben deshalb Wert darauf gelegt, dass zumindest eine einigermaßen gleichmäßige Verteilung stattfindet. Sie kennen ja die Stunde Null: Mit der Einführung der Bedarfsplanung wurden alle, die im System waren, zugelassen. Daher haben wir immer noch eine erhebliche Ungleichverteilung zwischen Städten wie Tübingen oder Heidelberg und den neuen Ländern zum Beispiel, und es wird auch noch Zeit brauchen, bis vergleichbare Versorgungsverhältnisse gegeben sind. Aber ansonsten hat Bedarfsplanung auch einen Beitrag geleistet, dass es ein flächendeckendes Angebot geworden ist und dass man es nicht nur dem Markt überlassen hat oder der zufälligen Verteilung von Ansiedlungen, sondern dass jeder GKV Versicherte, jede GKV Versicherte Anspruch auf eine zugängliche Versorgung hat.

Was wir hier auch ansprechen müssen, ist der Wiederverkauf von Praxen. Das scheint mir fast ein Generationenkonflikt zu sein, und wir sind alle aufgerufen, Wege

zu finden, wie die jüngere Generation Zugang zum System bekommt, ohne erhebliche Abschlagszahlungen für Praxen leisten zu müssen. In der Regel werden ja keine Patienten und Patientinnen übergeben, sogar der Standort muss nicht erhalten bleiben.

UB: Wie können sich Praxen, wie kann sich die Versorgung für die Zukunft aufstellen? Sie sagten einmal, die Einzelpraxis sei ein Auslaufmodell. Warum?

BG: Es wird immer Versorgungssituationen geben, für die Einzelpraxen ideal geeignet sind. Ich glaube allerdings, dass Einzelpraxen weniger werden und dass wir in einer komplexer werdenden Versorgung immer mehr Vernetzung brauchen, sowohl zwischen den Gesundheitsberufen als auch innerhalb der eigenen Fachgruppe. Ich meine auch zu erkennen – auch über die Befragungen, die wir durchführen –, dass die kommende Generation lieber im Team arbeiten möchte. Für Einzelpraxen wird es umso wichtiger, die Vernetzung analog und digital gleichermaßen voranzutreiben - Vernetzung in dem Sinne, vor Ort organisiert zu sein, mit den Kolleginnen und Kollegen zusammen einen Verbund zu bilden, das ist das eine Modell. Potenzial hat auch die digitale Vernetzung. Sie kennen ja die Hürden, die da überall im Wege stehen. Vorausgesetzt, es gelingt, gemeinsame Akten anzulegen, in die alle dazu Berechtigten hineinschauen können, über die man sich austauschen, Informationen schnell teilen kann, durch die Integration in solche Netze auch auf digitalem Weg ist auch die kleine Praxis weiter überlebensfähig.

Reinhard Martens: Könnten Sie sich vorstellen, dass Arbeit in einer freiberuflichen psychotherapeutischen Praxis im Vergleich zu einer angestellten Tätigkeit in einem MVZ ein wichtiger Wirkfaktor der Psychotherapie sein kann, weil bestimmte Identifikationsprozesse im Rahmen einer freiberuflicher Einzelpraxis anders sind?

BG: Der Arzt- und der Psychotherapeutenberuf ist ein freier Beruf, in welcher Form ich ihn auch ausübe. Ich bin in erster Linie meiner Patientin, meinem Patienten verpflichtet, ob in einem Anstellungsverhältnis oder selbstständig. Man kann die Frage stellen: Ist ein selbstständiger Psychotherapeut, eine Therapeutin freier im Umgang mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten als ein Angestellter oder eine Angestellte, die Vorgaben bekommen wie Zielverträge und was da noch alles an Einschränkendem im Raume steht? Genauso sagen ja viele, wenn Selbständige in ganz engem ökonomischem Korsett geführt werden, sind sie ebenso unfrei. Selbstständige sind häufig zeitlich ungebundener und behandeln zum Beispiel mehr Patientinnen und Patienten. Corona hat sehr gut gezeigt, mit welchem Kraftaufwand zusätzlich zur normalen Versorgung nicht zuletzt dank selbstständiger Strukturen auch noch der Corona-bedingte Versorgungsbedarf abgedeckt wurde. Insofern muss Selbstständigkeit attraktiver gemacht und gefördert werden!

UB: Nur wie kann man die selbständige Tätigkeit als Praxisinhaber von überbordender Bürokratie entlasten, von Verschwendung wertvoller Behandlungszeit?

BG: Die Anforderungen werden immer kritischer, auch über die reinen Verwaltungsaufgaben hinaus – Hygieneanforderungen, Gewerbeaufsicht, Digitalisierung – und was alles sonst noch zu berücksichtigen ist. Da sind wir alle gefragt, als KV, aber auch als Berufsverbände, Service-Dienstleister zu werden, um Kolleginnen und Kollegen im Umgang mit diesen Anforderungen zu helfen. Was die IT Ausstattung angeht, glaube ich, dass wir künftig nur noch eine Steckdose haben werden und an einem Rechenzentrum angeschlossen sind, das top datengeschützt ist und eine Rundum-Leistung liefert. Aber selber noch ein Backup zu fahren und zu schauen, ob die Firewall installiert ist oder das Programm upgedatet, da wird es künftig eine Erleichterung geben, indem man das aus einer Hand beziehen wird. Natürlich unter Einbehaltung des Datenschutzes. Das andere ist aber die Frage – jenseits gesundheitlicher Versorgung – welchen Status hat Selbstständigkeit in der Gesellschaft insgesamt. Wir können nicht gegen den Mainstream ankämpfen, wenn überall Menschen lieber abhängig und in Sicherheit von „nine-to-five“ arbeiten wollen. Aber wir müssen fragen: Wie können wir es schaffen, dass Selbstständigkeit nicht heißt, sich auf immer und ewig festgelegt zu haben, sondern nach 10 Jahren auch etwas anderes machen zu können?

RM: In Bezug auf die IT mussten wir uns mehr oder weniger gezwungenermaßen in Abhängigkeiten von manchen Konzernen, von manchen Praxis-Verwaltungssystemen begeben und feststellen, dass wir weder gegen Datenklau geschützt sind, noch in irgendeiner Art und Weise fair die Konditionen, zu denen wir beliefert werden, mitverhandeln können. Denken Sie, dass die KBV an dieser Stelle faire Ersatzangebote machen könnte, oder wäre es auch denkbar, dass die Psychotherapeutinnen und Ärztinnenschaft sich im Rahmen anderer Strukturen wie zum Beispiel einer Genossenschaft zusammenschließt und dort selbstbestimmt versucht, ihre eigenen Interessen zu wahren und gleichzeitig aber auch den jeweils Einzelnen von mancher unsinniger Arbeit zu entlasten?

BG: Ja, da sprechen Sie mich mit meinem Herzen an. Natürlich wäre das wünschenswert, wenn es da auch, und sei es auf dem Weg der Genossenschaft oder anderen Formen, Arzt- und Therapienähere, unabhängige Praxisverwaltungssysteme gäbe. Dennoch bin ich hin und hergerissen. Trivial ist es nicht, so ein System zu programmieren und auf Dauer auch zu betreiben. Trotzdem sehe ich, gerade vor dem Hintergrund der Digitalisierung, dass die Praxen alleine gelassen werden. Da gibt es eine Verweiskette der Schuldzuweisungen. Der PVS Hersteller sagt, das ist die KV, die KV sagt, damit haben wir nichts zu tun, das macht die Gematik. Die Gematik sagt, dafür sind wir nicht zuständig. Man bräuchte eine Anlaufstelle, wo ich

als Praxis anrufen kann und jemand zuständig ist. In diese Richtung denken wir und überlegen, wie man so etwas etablieren kann. Wobei es nahezu unmöglich ist, die Fachleute dafür zu finden. Das wird eine ganz wichtige Frage die nächsten Jahre werden, wie man gerade auch für kleinere Praxen verlässliche Informationsquellen schafft, bis hin zu dem Punkt, wie ich mein PVS einrichte, die eAU ausprobiere und einen Test-Zugang habe. Und wenn der funktioniert, ist meine Praxis gut aufgestellt und wenn es woanders hakt, liegt es nicht an mir. Möglicherweise müsste man ein Software-System kaufen und dann genossenschaftlich weiterführen.

UB: Sie haben gesagt, dass die Vernetzung zentral sein wird für die Zukunft. Können Sie sich da ganz konkret für die Psychotherapie Konzepte vorstellen, um Versorgung gut zu gestalten? Wir haben ja jetzt die Komplex-Richtlinie, ein erster Versuch der vernetzten Versorgung.

BG: Ich glaube, dass wir durchaus auch als Ärzte und Psychotherapeuten den Bevölkerungsbezug im Auge haben sollten. Also beispielsweise zu sagen: Wir sind die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Stadtteil und wir sind hier auch präsent. Wir kennen uns, wir tauschen uns untereinander aus. Es ist die Aufgabe eines freien Berufes, Menschen individuell zu helfen. Aber auch als Gruppe präsent zu sein und deutlich zu machen, wir kümmern uns zusammen um das, was in unserem Kiez passiert, das versuchen wir zu fördern z.B. über die fachgruppenübergreifende Praxisnetz-Richtlinie. Der zweite, jetzt fachgruppenbezogene oder krankheits-bezogene Ansatz ist die Komplex-Richtlinie, die einen ersten zarten Versuch der Vernetzung darstellt, allerdings noch mit vielen Problemen. Aber hier wird die Notwendigkeit der aufwendigen Koordination und Kooperation gerade schwer psychisch Erkrankter wahrgenommen und auch anerkannt.

RM: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Hausärzte für die Seele – ist das ein Konstrukt, das in Ihrer Wahrnehmung funktionieren könnte?

BG: Den Begriff Hausarzt kann man nicht transplantieren, und ich bin überzeugt, es braucht so was wie eine Kümmererin und einen Kümmerer, die übergreifend die Fäden zusammenführen. Und das ist die hausärztliche Versorgung nach wie vor, im somatischen wie im seelischen Bereich. Insofern wäre der Begriff „Hausarzt für die Seele“ eine Kampfansage für viele andere Gesundheitsberufe, auch im KV-System. Aber dennoch kommt natürlich Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine wichtige Rolle zu - als eine erreichbare und sprechende Form der Versorgung. Aber es muss immer eine Fokussierung auf die Patientengruppen geben, die am meisten davon profitieren. Die Morbidität, die zur psychotherapeutischen Versorgung führt, muss eine entsprechende Schwere haben. Auch deshalb wird Psychotherapie nie eine umfassende hausärztliche Funktion übernehmen können. Wie schaffen wir es, dass die Gruppe, die davon am meisten profitiert, am schnellsten in die passende

Versorgung kommt? Das ist sicherlich die Herausforderung der nächsten Jahre. Die Akutbehandlung ist ein guter Schritt dahin.

UB: Ein großer Vorteil bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie ist, dass man immer wieder zum selben Behandelnden kommt und sich eine Vertrauensbasis bilden kann. In einem Angestellten-Konstrukt in großen Einrichtungen würden die Behandelnden immer wieder wechseln.

BG: Ein ganz wichtiger Punkt, und es gibt viele Untersuchungen dazu: Kontinuität der Versorgung ist wichtig und wird eher noch an Bedeutung gewinnen. Das wird in der Psychotherapie immer eine große Rolle spielen. Das spricht für kleinere Einrichtungen, wobei es sicherlich auch Möglichkeiten geben könnte, in größeren Einrichtungen für persönliche Kontinuität zu sorgen.

RM: Gehen Sie davon aus, das wird uns ja teilweise vorgeworfen, dass solche Patientengruppen mit Befindlichkeitsstörungen schon heutzutage psychotherapeutische Praxen suchen und dort sogar auch richtige Psychotherapie bekommen.

BG: Ja, das ist ein häufig gemachter Vorwurf. Und dass da eine Win-Win-Situation entstehen kann, damit bin ich auch attackiert worden, auch im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ich versuche immer, das zu widerlegen und deutlich zu machen, dass es kein so großes Vergnügen ist, dass man freiwillig zur Therapie geht und dafür auch noch so viel Zeit opfert. Trotzdem muss man sich damit auseinandersetzen. Dazu gehört auch, durch Begleitforschung und Evaluationen darzulegen, welche Patientinnen und Patienten behandelt werden, was da geleistet wird, welche Verbesserungen auch erzeugt werden. Ich weiß, dass Evaluation in der Psychotherapie sehr kritisch gesehen wird. Was machen wir da eigentlich? Welchen Mehrwert, welchen Beitrag leisten wir? Vielleicht sollte man sich dem weiter öffnen, dass man beispielsweise auch berichten kann, welche Patienten wie lange mit welchem Erfolg behandelt werden. Was mich auch besorgt, ist die immer weiter fortschreitende Medikalisierung in unserer Gesellschaft. Der gesamte Gesundheitsapparat wird für Fragestellungen herangezogen, die man früher im sozialen Umfeld oder in anderen Bezugssystemen gelöst hat und lösen konnte. Die Beantwortung individueller Probleme, die aus einer komplexen Gesellschaft heraus entstehen, sofort in der gesundheitlichen Versorgung zu suchen, ist ein Trend, der nicht durch den Einsatz von noch mehr Psychotherapeuten oder noch mehr Medikamenten bewältigt werden kann. Wenn man den lokalen Bezug ernst nimmt, müssten sich auch Ärzte und Therapeuten dazu melden, wenn wieder eine Kindereinrichtung oder ein Jugendzentrum geschlossen wird und sagen: „Wenn ihr ständig Möglichkeiten wegnehmt und den Raum immer enger zieht, in denen Leben stattfinden kann, braucht ihr euch nicht zu wundern.“ Das Thema beschäftigt uns ja

auch bei Corona sehr. Da müssen wir noch viel offensiver werden und deutlich machen, dass Krankheit und soziale Lage einander bedingen und dass man nicht hoffen darf, dass sich alles wegtherapieren lässt, was andernorts entstanden ist.

UB: Für eine Versorgung der Zukunft müssen wir schon jetzt kooperieren, auch mit P-Fachärzt*innen, die zum Beispiel die Medikamente verordnen. Das finde ich auch ein großes Problem der Zukunft, dass da der Nachwuchs eher spärlich ist.

BG: Ja, dieses Problem trifft auf fast alle Gesundheitsberufe zu. Ich denke, wir müssen das weiter fassen: Die Zukunft geht in Richtung kooperative, arbeitsteilige Versorgungsformen mit vielen anderen Gesundheitsberufen zusammen. Diese ganze Setting-Arbeit, die da zu machen ist – auch mal in die Schulen zu gehen oder den Arbeitsplatz einzubeziehen –, das sind alles Dinge, die in unseren Normenwerken, in unserer Gebührenordnung, nicht mal im Ansatz abgebildet sind. Das ist ebenfalls noch eine riesige Baustelle. Aber das Ziel sollte sein, dass die dann knappe Zeit für die Versorgung effizienter eingesetzt wird, wenn sie vernetzt und punktueller dort erbracht wird, wo entsprechender Bedarf besteht.

RM: Es stellt sich aber die Frage: Erleben wir uns für diese Fragestellung als zuständig? Ich würde mir sehr wünschen, dass wir miteinander als Gesamtheit aller Therapeutinnen und Therapeuten dieses Verständnis haben, dass wir dafür verantwortlich sind. Wir müssen uns für diese Ziele engagieren und vielleicht im Einzelfall auch mal sehr konkret, damit unser medizinisch-psychotherapeutisches Wirken überhaupt Effekt haben kann.

BG: Ich kann es den Kolleginnen und Kollegen auch nicht verdenken, wenn sie nicht so denken, da die gesamten Normwerke diese Arbeit nicht honorieren und nicht mal im Ansatz zeigen, dass das eine wichtige Arbeitsweise ist, die auch Anerkennung verdient. Ich würde mich freuen, wenn es uns gelänge, die nächsten Jahre solche Aspekte in die Vergütung, in die Bedarfsplanung, in alle anderen Normen Werke hineinzubekommen. Die Tätigkeit im Einzelnen ist extrem wichtig, aber die Tätigkeit für die Gruppe oder für die Region, in der man tätig ist, ist nochmal das Zweite und das könnte stärker sichtbar und auch finanziell gefördert werden.

UB: Aufsuchende Leistungen brauchen mindestens doppelt so viel Zeit. Und wenn man sowieso unter Versorgungsdruck steht und dann auch viel an formalen Aufgaben zu erledigen hat, wird es schwer, das zu leisten. Mit der Komplex-Richtlinie wurde so ein erster Anfang versucht und ich hoffe, dass die Koordinations- und Kooperationsleistungen auch eine angemessene Vergütung erfahren.

BG: In der Komplex-Richtlinie ist ja neben dem Umstand - von dem ich hoffe, dass er überwunden wird -, dass man eine volle Zulassung braucht, um Koordinator zu sein, auch vorgesehen, dass Koordinatoren eine Mitarbeitende, einen Mitarbeitenden bezahlt bekommt, damit diese sich um organisatorische Dinge kümmern, die sehr

zeitaufwendig, aber wichtig sind. Ich könnte mir vorstellen, Psychotherapie der Zukunft ist vielleicht dann doch eine Praxis mit zwei, drei, vier Kolleginnen und Kollegen und mit Praxismitarbeitenden, die für schwer Erkrankte auch Koordinationsfunktionen übernehmen, hinterhertelefonieren und zwischen den Beteiligten Vernetzung ermöglichen. Und wenn Praxen Einzelpraxis bleiben wollen, dann müssen diese sich überlegen, wie können Organisationsformen aussehen, damit ich als Einzelpraxis zusammen mit drei, vier, fünf anderen Praxen Arbeitskräfte teile und künftig als Verbund sichtbar werde, um deutlich zu machen: „Wir können Termine koordinieren, wir haben Möglichkeiten der Fallbetreuung.“

UB: Also parallel die beiden Modelle, dass man sich entweder räumlich zusammenschließt, also eine Form der Gemeinschaftspraxis wird, und dann auch die Infrastruktur gemeinsam gestaltet, oder dass man als Einzelpraxis in die Vernetzung geht und sich gemeinsam infrastrukturell organisiert?

RM: Ja, und dazu würde ich mir zwei wesentliche Veränderungen der Komplex-Richtlinie wünschen. Zum einen, dass die Ergo- und Soziotherapeuten, die als Koordinatoren mitwirken sollen, nicht zwingend in eigener Praxis zugelassen sein müssen, denn damit hat man praktisch keine Chance, sie einzustellen. Das ist ein Webfehler dieser Richtlinie. Das Zweite, was ich mir wünsche: Wenn es möglich wäre, dass diese Netzstruktur einen eigenen Rechtsstatus bekommen würde, dass also nicht Psychotherapeut*innen und Ärztinnen, selbst Ärzte anstellen müssten, sondern dass die Netzstrukturen anstellen und selbst Leistungen abrechnen könnten. Das wäre eine Vision, von der ich denke, dass sie zu solchen Versorgungsstrukturen führen könnte, wie Sie sie gerade beschrieben haben.

BG: Das ist die nächste Evolutionsstufe, indem auch anerkannt wird, dass dieser Verbund als solcher eine eigene Entität darstellt, die abrechnen kann, die auch entsprechend Mitarbeitende anstellen kann. Das haben wir auch vorgeschlagen, ist in der Diskussion aber nicht durchgekommen. Man sieht immer noch die einzelne Psychotherapeutin, den Arzt in der Praxis mit einem Patienten. Hinsichtlich der Möglichkeit, auch einen angestellten Ergotherapeuten oder eine Soziotherapeutin auf dem Wege der Sicherstellung in das Netz mit hineinzunehmen: das werden wir prüfen. Vielen Dank für den Hinweis.

UB: Vielen Dank, Herr Gibis, für dieses Gespräch!