

Systemische TherapeutInnen im Krankenkassensystem

Hans Schindler

Zusammenfassung

Anhand der Auswertung einer Fragebogenuntersuchung bei systemisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen wurde festgestellt, dass die Teilnahme am Krankenkassensystem nicht ohne Folge für die TherapeutInnen bleibt. Vor allem das Schreiben der Berichte über die KlientInnen zur Beantragung einer Psychotherapie wirkt „sozialisierend“ auf die KollegInnen. Mit der Entwicklung von Routine scheint sich die systemische Sensibilität zu verringern. Als systemisch arbeitender Mensch muss man sich immer wieder zwischen Selbstbeschränkung und Regelverletzung entscheiden.

Als im Herbst 1999 bekannt wurde, dass der sich wissenschaftlich nennende Beirat den Antrag auf Anerkennung der systemischen Therapie als Regelverfahren entsprechend des Psychotherapeutengesetzes abschlägig beschiedene hatte, wurden viele Fragen gestellt. Sie reichten von Überlegungen, ob das eingereichte Gutachten (Schiepek 1999) hätte anders erarbeitet werden sollen (Deissler 2000) bis hin zu der Frage, ob der systemischen Therapie die Anerkennung als Regelverfahren überhaupt von Nutzen gewesen wäre (Hargens u.a. 2000), denn dann hätte sie sich dem Krankenkassen-Psychotherapie-System anpassen müssen. Mittlerweile sind wir vier Jahre weiter, wir wissen mehr über diesen Beirat, über seine Praxis weiterer Ablehnungen und einer sehr zögerlichen Anerkennung (Gesprächspsychotherapie), über seinen Versuch, sich auch in die ärztliche Aus- und Weiterbildung einzumischen¹, und die Bestrebungen, seine gesetzlich festgelegte, vorübergehende Existenz zu verewigen².

Wir können uns nun auch – mit gewissen Einschränkungen, versteht sich, – mit der Frage beschäftigen, wie sich dieses Kassensystem auf systemische Therapie bzw. systemische TherapeutInnen auswirkt. Die Übergangsregelungen beim Psychotherapeutengesetz und die Tatsache, dass Therapeuten sich vor, während oder nach dem Besuch von Weiterbildungen in offiziell im Krankenkassensystem zugelassenen Therapieformen in systemischen Weiterbildungen qualifiziert haben, geben uns die Möglichkeit, einigen Fragen nachzugehen, wie ambulant arbeitende systemische TherapeutInnen mit diesem Krankenkassensystem zurechtkommen und welche Konsequenzen sie bei sich und in ihrer Praxis erleben.

1) Vergleiche die Stellungnahmen der Vorstände von SG und DGSF (siehe Literaturliste).

2) Es gibt Vermutungen, dass das „Symposium zur Förderung der Psychotherapieforschung“ ein Schritt in diese Richtung sein wird.

Ich habe versucht über einen Fragebogen einige Wirklichkeitskonstruktionen der KollegInnen zu erheben und nachzuvollziehen.

Einleitend einige Aspekte, wie die ambulante psychotherapeutische Wirklichkeit im Krankenkassensystem aus der Sicht systemischer Therapie/Therapeuten erfahren werden kann bzw. in welche Dilemmata man geraten kann:

1. Als sich ein wenig, mehr oder ganz systemisch verstehende/r TherapeutIn muss man die eigenen Leistungen nun unter dem Titel „VerhaltenstherapeutIn“ oder „Tiefenpsychologisch fundierte/analytische PsychotherapeutIn“ anbieten und abrechnen. Entweder wird das als Täuschung empfunden oder es gibt eine Wirklichkeitskonstruktion, mit der man sich als „Vorreiter eines integrierenden Verständnisses von Psychotherapie“ oder „BesserwisserIn“ definieren kann – manche mögen sich sogar als „UntergrundtherapeutInnen“ empfinden.

2. Wie ist es auf der KlientInnenseite? Sicherlich gibt es auch Überweisungskontexte, in denen wegen ihrer/seiner systemischen Qualifikation ein gezielter Verweis an eine/n systemische/n TherapeutIn erfolgt. Dies kann aber nicht die offizielle Identität sein, denn über dem gesamten Kontakt schwebt dann das Verdikt, eigentlich etwas Verbotenes zu tun.

3. Es dürfen nur die Menschen in den „Genuss“ einer Psychotherapie kommen, die krank sind im Sinne der Reichsversicherungsordnung und der Psychotherapierichtlinien. In diesem Selbstverständnis sind soziale Konstellationen (Paar- oder Familienkonflikte) kein Grund, eine Kassenleistung zu beanspruchen. Aber auch auf andere Weise werden Hilfesuchende KlientInnen von Therapiemöglichkeiten ausgeschlossen. So sind z. B. KlientInnen, die sich nach Heroinabhängigkeit in Substitution befinden, nach AOK-Verständnis nicht berechtigt, psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, wenn sie keine stationäre Entgiftung durchlaufen haben (welch Paradoxon). Das kann bedeuten, Hilfesuchende wegzuschicken, Privatliquidation zu fordern oder eine „kassenpassende“ Indikation zu konstruieren³.

4. Das Setting sieht Einzeltermine vor. Bei Kindern können die Bezugspersonen in einem geringen Umfang mit einbezogen werden. Systemische Therapie mit wechselnden Familien-, Paar- und Einzelsettings ist daher regelabweichend. TherapeutInnen müssen sich entweder in ihrer Praxis einschränken oder einen „Regelverstoß“ praktizieren (auch hierzu Anmerkung 3). Was ist, wenn unzufriedene KlientInnen diese „Regelverstöße“ gegen den/die TherapeutIn wenden?

3) Dies ist übrigens nicht auf die systemische Therapie beschränkt. Auch Vtler müssen die Phänomene, die ihnen begegnen, in „kassenpassende Sprache“ umsetzen, die Analytiker genauso. So sagte mir einmal ein führender Verhaltenstherapeut, dass kein einziger seiner Fälle nach dem vorgesehenen Manual ablaufe: „Man muss immer improvisieren“ – abgerechnet wird jedoch das Manual.

5. Es bedarf einer „diagnostizierten Person“ als AntragstellerIn für eine Kassenleistung. Dafür muss nach den probatorischen Sitzungen eine Diagnose gestellt werden, ein/e ärztliche/r KollegIn bestätigen, dass keine Kontraindikation für eine Psychotherapie vorliegt und dass keine psychiatrische Begutachtung notwendig ist. In der aktuellen Praxis ist dies keine schwierig zu bewältigende Hürde. Was die Diagnose betrifft, so gibt es dazu unterschiedliche Einschätzungen (siehe den empirischen Teil dieser Arbeit).

6. Für einen Gutachter muss ein Bericht erstellt werden, oft verkürzt beschrieben als „das Gutachten“, in dem anhand von Anamnese und Exploration der den aktuellen Symptomen zugrundeliegende Konflikt (Tiefenpsychologie) oder eine Verhaltensanalyse (Verhaltenstherapie) enthalten sein muss, um eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse genehmigt zu bekommen. Eine solche Darstellung widerspricht zutiefst systemtherapeutischen Grundüberzeugungen. Systemische psychologische Psychotherapeuten müssen dafür eine individuelle Bewältigungs- und Rechtfertigungsstrategie entwickeln.

7. Therapien werden immer in bestimmten Stundenkontingenten genehmigt, die auch den KlientInnen mitgeteilt werden. Das hat zur Folge, dass eine Erwartung entsteht, wann eine Therapie erfolgreich beendet sein kann. Dies kann dazu führen, dass Therapien länger werden.

8. War es vor dem PTG so, dass für Kurzzeittherapien (25 Stunden) kein Bericht an den Gutachter notwendig war, so wurde kurz nach dem PTG beschlossen, dass nur dann, wenn schon 35 Berichte an GutachterInnen verfasst wurden, eine Kurzzeittherapie ohne einen Bericht beantragt werden kann. Dieses Berichteschreiben wurde als „Sozialisationserfordernis“ für all die TherapeutInnen, die über die Übergangsregelung in das System der KV hineingekommen waren, als weitere Hürde der Nachqualifikation eingeführt. Gerade systemische TherapeutInnen mit der Grundüberzeugung, mit wenigen Therapiestunden erfolgreich arbeiten zu können, mussten ihre Fähigkeit, Berichte in den zugelassenen Verfahren zu erstellen, unter Beweis stellen.

9. Seit kurzem müssen die TherapeutInnen am Ende eine Erklärung gegenüber der Kasse abgeben, ob die Therapie erfolgreich beendet oder „abgebrochen“ wurde. Dies ist eine erneute Anforderung, die Klienten gegenüber der Krankenkasse zu bewerten.

Sich in diesen Anforderungen zu bewegen, erfordert bei den einzelnen TherapeutInnen persönliche Entscheidungs- und Positionierungsprozesse. Diesen habe ich versucht in einer Befragung nachzugehen.

Die Befragung

Im Spätsommer 2002 wurden insgesamt 83 TherapeutInnen angeschrieben, die beim Institut für Familientherapie in Weinheim oder bei der IGST in Heidelberg eine Weiterbildung absolviert hatten. Die Adressen wurden einer Mitgliederbefragung des Mitgliedervereins

„Institut für Familientherapie“ und dem veröffentlichten Adressenverzeichnis der IGST Heidelberg entnommen. Es kamen insgesamt 52 Fragebögen zurück, 49 waren auswertbar.

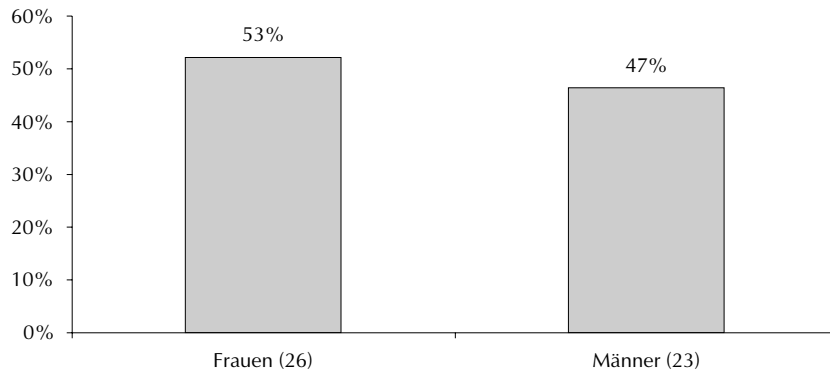
Der Fragebogen umfasst:

1. Angaben zur Person
2. Bedeutsamkeitseinschätzung verschiedener systemischer Konzepte
3. Nähe zum systemischen Ansatz
4. Anzahl der Weiterbildungen
5. Zugangsweg zur Kassenzulassung im Rahmen der Übergangsregelung
6. Praktischer Umgang mit dem Gutachtersystem
7. Einschätzungen zu den Auswirkungen der Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung im Kassensystem

Ausgewertet wurden die Fragebogenergebnisse mit Häufigkeitsauszählungen und Zusammenhangsbestimmungen mit Hilfe des SPSS⁴. Die Zusammenhangskoeffizienten wurden auf statistische Signifikanz überprüft. Auf Grund der kleinen Stichprobe wurden auch Zusammenhänge mit einem Fehlerniveau von bis zu .15 in die Darstellung einbezogen.

Die Ergebnisse

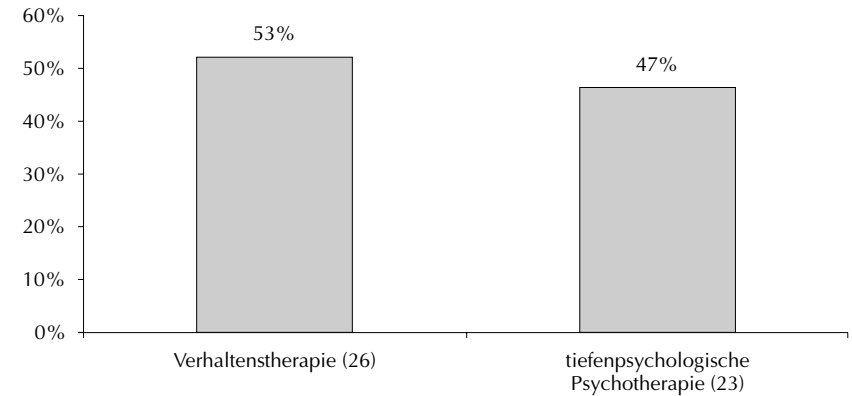
Geschlecht



Etwas mehr Frauen als Männer schickten auswertbare Fragebögen zurück.

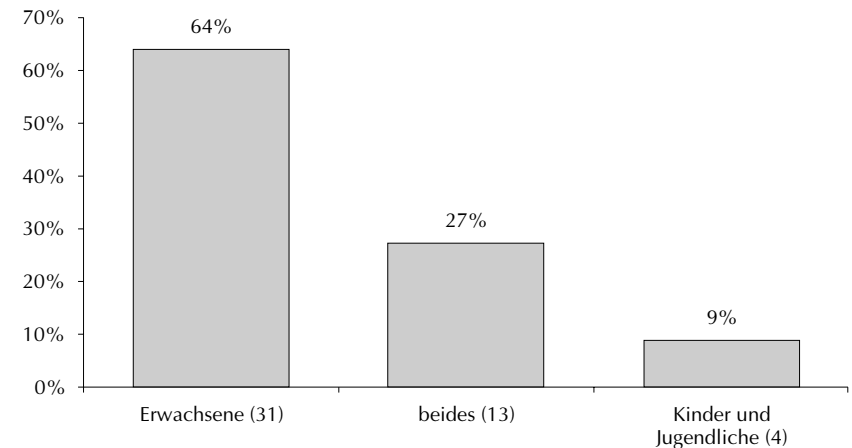
4) Statistik-Programm-System für die Sozialwissenschaften

Abrechnungsverfahren



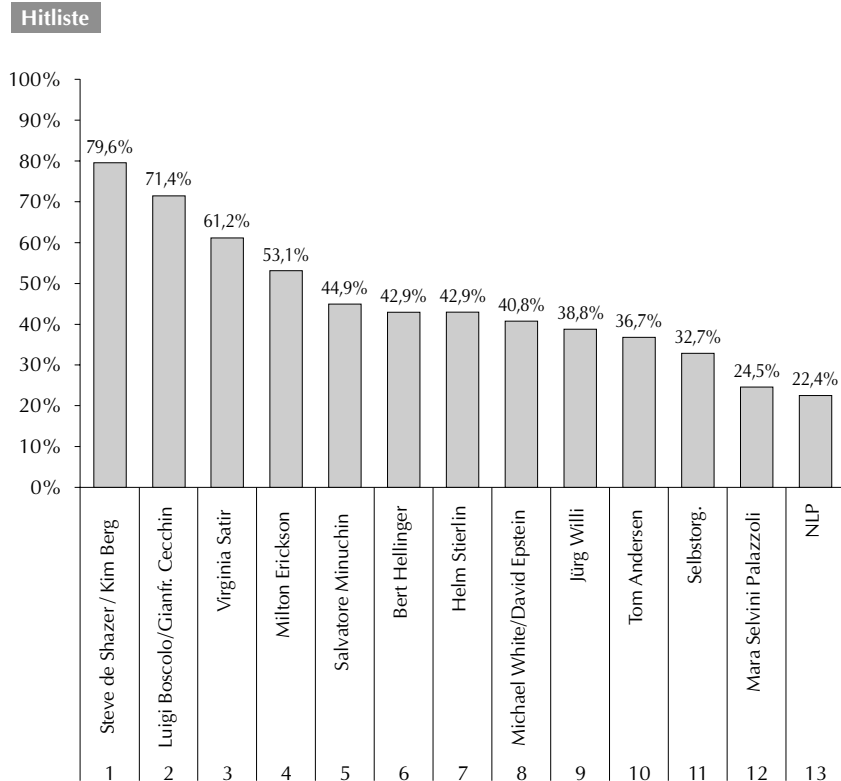
Bei der Zuordnung zu den abrechenbaren Therapieverfahren ergab sich ein etwas Mehr an VerhaltenstherapeutInnen als tiefenpsychologisch fundierte PsychotherapeutInnen.

Zulassung



Die Mehrzahl der Zulassungen ist im Erwachsenenbereich oder für Erwachsene und Kinder und Jugendliche. Nur wenige KollegInnen haben nur eine Kinder- und Jugendlichen Psychotherapiezulassung.

Bei der „Hitliste“, welche systemischen Konzepte für die Praxis besonders bedeutsam sind, ergibt sich folgende Rangreihe:

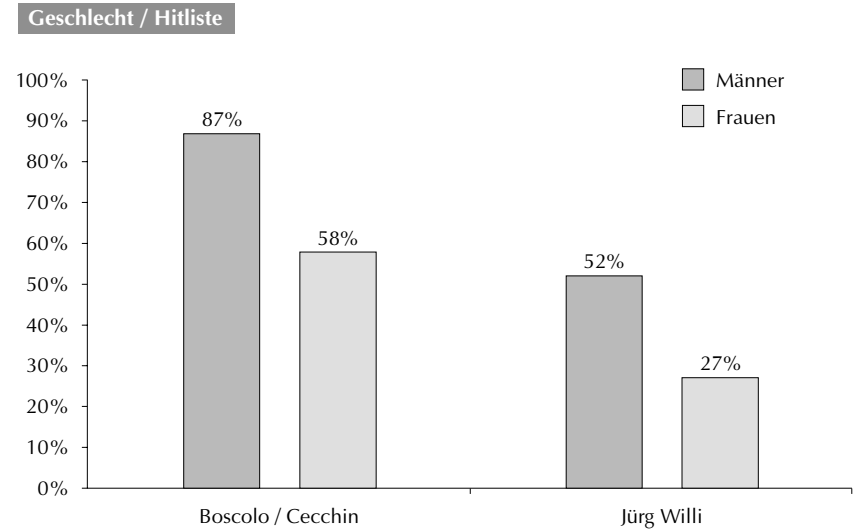


An dieser Liste haben mich persönlich der Gewinner und die „Absteiger in die zweite Liga“ überrascht. Ich hatte nicht erwartet, dass NLP und die Ideen von Mara Selvini Palazzoli so wenig und die der KollegInnen aus Milwaukee so viel Anerkennung erfahren.

Dass Virginia Satir offensichtlich nicht nur bei den Weinheimern, sondern auch bei den Heidelbergern so gut abschneidet, hat mich 14 Jahre nach ihrem Tod überrascht, denn Helm Stierlin „vergisst“ sie meist, wenn er von der Geschichte der systemischen/Familientherapie berichtet (Stierlin 1993 und 1997).

Bei der Frage, ob es Unterschiede zwischen TherapeutInnen und Therapeuten hinsichtlich der Bedeutung der verschiedenen Konzepte gibt, zeigen sich zwei statistisch signifikante Unterschiede.

Sowohl Luigi Boscolo / Gianfranco Cecchin als auch Jürg Willi werden von Männern häufiger als bedeutsam eingeschätzt als von Frauen.

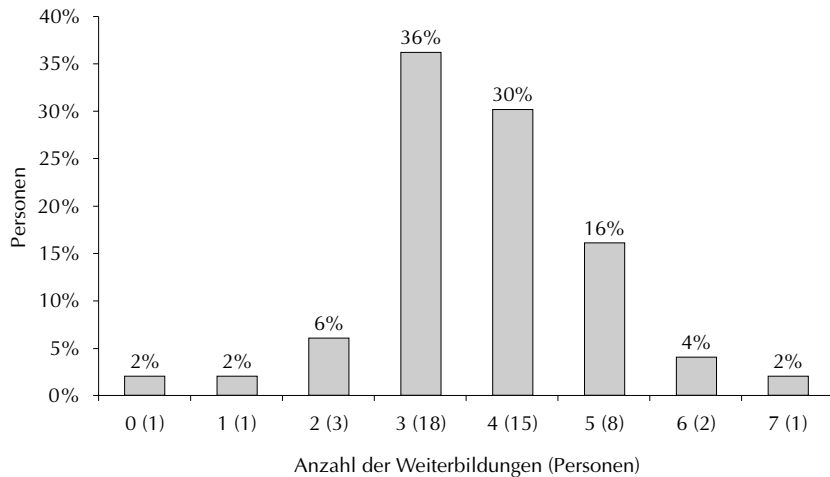


Beim Vergleich der Zulassung zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie mit den Einschätzungen zur Bedeutsamkeit der unterschiedlichen Konzepte zeigen sich keine Zusammenhänge.

Systemische TherapeutInnen

Neben den systemischen Weiterbildungen hatten die Befragten auch verschiedene andere Weiterbildungen absolviert, einige in Tiefenpsychologie oder Psychoanalyse, andere auch in Verhaltenstherapie. Ermittelt wurde die Anzahl der angegebenen abgeschlossenen Weiterbildungen der Befragten:

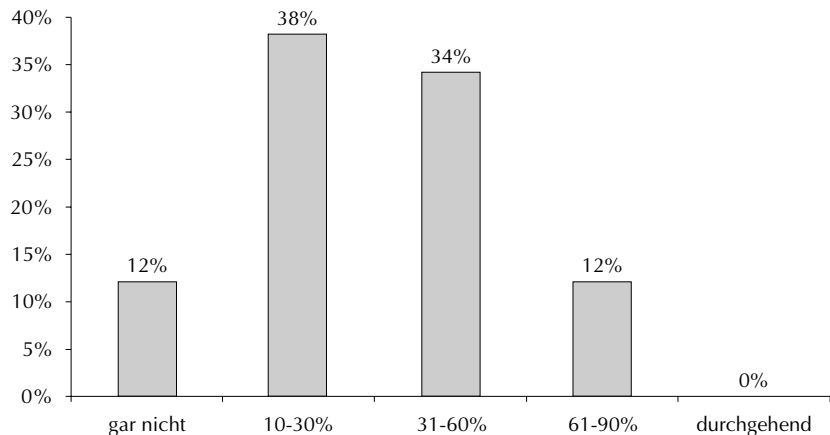
Anzahl der Weiterbildungen



Der Durchschnitt beträgt 4,7 Weiterbildungen.

Wenn TherapeutInnen ganz unterschiedliche Weiterbildungen haben, ist auch nicht davon auszugehen, dass sie in der Praxis ausschließlich systemische Konzepte anwenden. Gefragt wurde nach dem Prozentanteil des systemischen Modells in ihrer therapeutischen Praxis.

Systemisches Modell nutzen

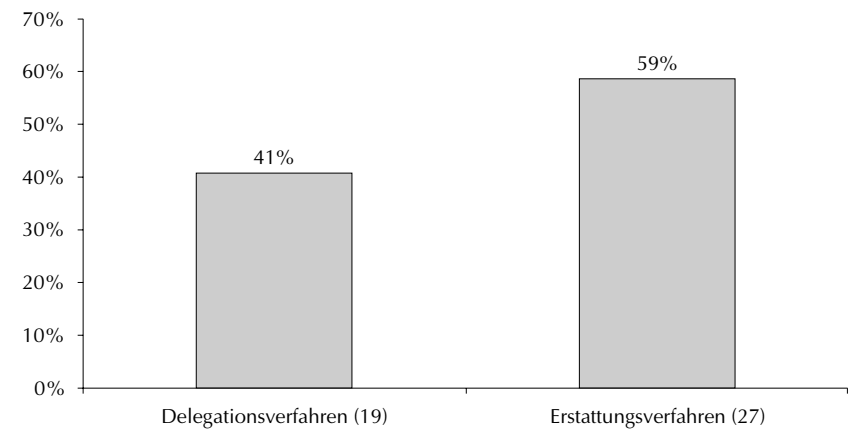


An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob es unter den heutigen Bedingungen überhaupt „systemische TherapeutInnen“ im ambulanten Krankenkassensystem gibt. Bisher habe ich diese Frage nach der Reinheit der Lehre immer bei „den anderen“ thematisiert, wenn ich das große Interesse von VerhaltenstherapeutInnen bei DGVT-Kongressen an Workshops von Systemikern feststellte bzw. erfuhr, dass Peter Fürstenau im analytischen Bereich sehr viel Zulauf bei Fortbildungen hat. Sind wir SystemikerInnen da sehr anders? Nutzen wir „systemisch Ausgebildete“ auch andere Ideen und Konzepte für unsere Arbeit? Wäre das anders, wenn die systemische Therapie als Regelverfahren anerkannt wäre? Ist es vielleicht so, dass die, die als AusbildungsleiterInnen/LehrtherapeutInnen tätig sind, sich als „SystemikerInnen“ bezeichnen und die Auszubildenden sich gerade mit diesem „metatheoretischen Ansatz“ oft viel offener selbst definieren?

Krankenkassensystem und TherapeutInnen mit systemischer Weiterbildung

Um zu erfahren, wie die TherapeutInnen zu einer Zulassung kamen, wurde die Frage gestellt, wie sie ihre Tätigkeit vor dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes ausübten. Mehr als die Hälfte haben vorher im Erstattungsverfahren gearbeitet.

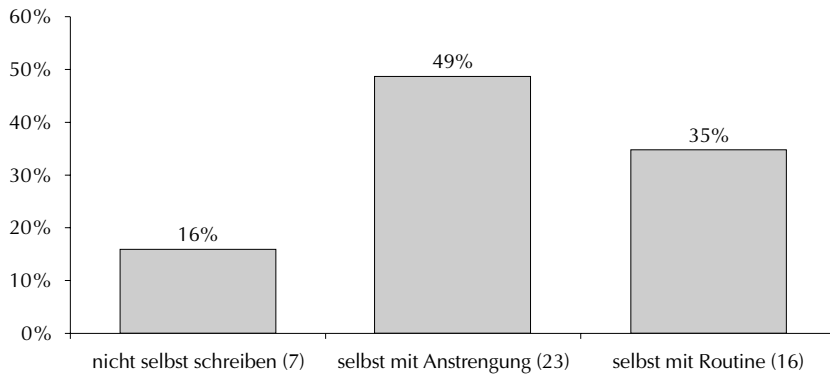
Kassenleistungen vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes



Es kann davon ausgegangen werden, dass die KollegInnen, die im Delegationsverfahren gearbeitet haben, eine der „zugelassenen“ Therapieausbildungen absolvierten und bereits intensiver ins Krankenkassensystem integriert waren, z. B. durch das Schreiben von Berichten an den Gutachter.

Speziell nach dem Schreiben dieser Berichte für die Gutachter wurde gefragt.

Umgang mit Berichten für Gutachten



Die meisten schreiben ihre Berichte selbst, viele jedoch mit Anstrengungen.

Folgen der Kassenzulassung

1. „Nach der Kassenzulassung wurden die Therapien länger.“

Zustimmung 28,3%.

2. „Das Klientel verändert sich.“

Zustimmung 44,4%.

Die meisten Aussagen bezogen sich darauf, dass die Motivation und die Erwartungen der KlientInnen sich verändert haben und dass die „Schwere“ der Erkrankung und die Störungsbilder und das Ausmaß der Chronifizierung sich zum vorherigen Klientel unterscheiden. Viele berichten, dass die Motivation bei den Klienten im Vergleich zu früher geringer sei und weniger Eigeninitiative bestünde. Dies wird als Folge des „Systems der Krankenversorgung“ beschrieben.

3. „Die therapeutische Praxis verändert sich.“

Zustimmung 61,9%.

Sehr häufig wird der höhere Verwaltungsaufwand angegeben.

Viele Befragte fühlen sich durch die Psychotherapierichtlinien eingeengt, sprechen von der „Notwendigkeit, mit verdeckten Karten zu spielen“, was der therapeutischen Klarheit im Wege stehe; eine Kollegin fühlt „irgendwie immer die KV im Nacken, die Unwägbarkeiten der Kontrolle“. Mehrfach wird angesprochen, dass die Kreativität eingeschränkt erlebt wird. Ganz oft wird das Einschränken oder Reduzieren von Paar- und Familiengesprächen und

die Ausweitung von Einzelgesprächen berichtet. Das Gutachterverfahren wird von einigen als Demütigung erlebt.

Auch unter diesem Punkt werden noch einmal Aussagen zur Klientelveränderung gemacht: Zum einen wird von einer Zunahme von „härteren Fällen“, sprich Mehrfachdiagnosen, Mehrfachtraumatisierten und psychiatrischen Fällen auch von KlientInnen mit mehreren ambulanten und/oder stationären Vortherapien berichtet, zum anderen berichten einige, dass eine stärkere Konsumhaltung und ein fordernderes Auftreten bei den KlientInnen festzustellen seien.

Aber von mehreren wird neben den einschränkenden Aspekten der leichtere Zugang zu KlientInnen betont. Aus den Antworten wird auch deutlich, dass einige mehr als früher arbeiten und einige ihre angestellte Tätigkeit aufgegeben haben und nun ganz selbstständig tätig sind. Es wird auch von besseren Zusammenarbeitsmöglichkeiten mit ärztlichen KollegInnen, aber auch von stärkerer Konkurrenz berichtet.

4. „Die Verteilung/Erstellung von Diagnosen beeinflusst den Therapeuten/die Therapeutin und seine/ihre Sicht auf die Klienten.“

Zustimmung 42,2%.

Zu diesem Thema wird auf drei unterschiedliche Arten Stellung bezogen.

a) Es ist ein Problem, weil Klienten bereits mit Diagnosen kommen

Psychiatrische Klienten kommen mit stabilen Diagnosen. Die ZuweiserInnen geben ihnen Diagnosen mit. Klienten werden zu Experten von Diagnosen.

b) Diagnosen führen zu einer Defizitorientierung

Das Krankheitsmodell bekommt mehr Einfluss, es werden mehr medizinische Vokabeln verwendet. Man fängt an, in Schablonen zu denken, die Ressourcenorientierung ist eingeschränkt und Pathologisierung bekommt mehr Gewicht. Die Diagnosestellung schränkt den Blick ein, verhindert unkonventionelle Ideen.

c) Umgang mit Diagnosen

Mehrere TherapeutInnen betonen, dass sie die formulierten Diagnosen ignorieren oder vergessen. Dabei gibt es, was die Kommunikation mit den KlientInnen betrifft, zwei unterschiedliche Strategien: einige teilen die Diagnosen den KlientInnen nicht mit, mehrere besprechen sie mit KlientInnen. Um sich nicht durch die Diagnosen in den Arbeitshypothesen beeinflussen zu lassen, wird die Supervisionsgruppe genutzt oder es wird eine „Universal-Hypothese“ gestellt, beispielsweise bei VT „Anpassungsstörung an entscheidende Lebensveränderungen“ gestellt.

Einige finden einen konstruktiven Umgang mit der Diagnoseerstellung. Sie nutzen sie als Fokus-Formulierung oder, da sie sich am OPD⁵ orientieren, als Chance.

5) OPD ist ein psychoanalytisch begründetes Diagnosemodell und -raster.

Ein Beantworter verwehrt sich entschieden gegen die Aussage der „Verteilung“ von Diagnosen.

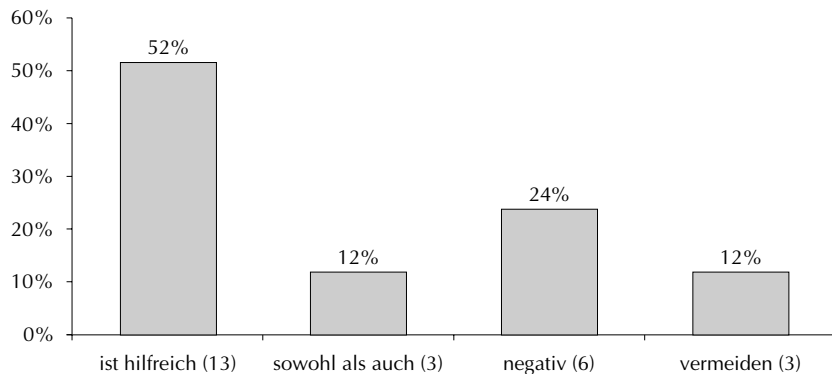
5. „Berichteschreiben beeinflusst den Therapeuten/die Therapeutin und seine/ihre Sicht auf die Klienten.“

Zustimmung 62,2%.

Keines der Themen wird so unterschiedlich kommentiert wie dieses!

Es gibt viele KollegInnen, die dem Berichteschreiben etwas abgewinnen können oder wollen, und es gibt genauso viele, die es als Einschränkung erleben, und eine kleine Gruppe von „sowohl als auch“.

Einfluss des Berichteschreibens



a) Berichte erstellen ist hilfreich

Es wird beschrieben, dass das Rückschauhalten und das Benennen von Zielen hilfreich sind, dass manchmal Zusammenhänge zwischen Symptomen und Anamnesedaten beim Berichterstellen bewusst werden, dass es möglich ist, lösungsorientierte Berichte zu schreiben, dass die Herausforderung der Berichterstellung die Sichtweise schärft, dass Therapien besser werden, dass die Berichte der Orientierung dienen und eine Prüfung der Klientenmotivation ermöglichen, dass sie zur Konzentration auf die wichtigen Informationen helfen, dass sie zur Planung zwingen, dass sie dazu zwingen, sich ein umfassendes Bild zu machen und dass sie durch Reflexion auf die Abwehrmechanismen der Klienten dem Therapeuten helfen, sich auf das vorzubereiten, was er in der therapeutischen Beziehung erwarten kann.

Interessant finde ich, dass hier mehrfach das Wort „zwingen“ auftaucht. Auch „Abwehrmechanismen“ entstammt dem tiefenpsychologischen und nicht dem systemischen Vokabular.

b) Berichte erstellen ist hilfreich, aber auch beeinträchtigend

Das Erstellen der Berichte führt sowohl zu einer Defizitorientierung als auch zu einer Vertiefung der Beschäftigung mit der KlientIn. Es ist nervend und hilft aber auch, sich über Zusammenhänge klarer zu werden.

c) Berichte erstellen schränkt ein

Das Erstellen von Berichten legt auf eine bestimmte Sprache fest und engt ein, es fokussiert auf die Pathologie, die geschriebene Geschichte wird dominant, das führt zu einer Vernachlässigung von Wechselwirkungen der systemischen Dynamik und der Selbstverantwortung der Klienten, es führt zur Übernahme tiefenpsychologischer Hypothesen, zur Verwendung von VT-Vokabular und dazu, an der Oberfläche zu bleiben und den Überblick zu verlieren, es ist lästig und zwanghaft und hat Defizitorientierung zur Folge.

Ein Therapeut beschreibt sehr selbstkritisch den Prozess: „Mehr Pathologisierung im Denken, aber noch stärkere innere Konflikte, eine Sprache und Sichtweise vertreten zu müssen, die mir stellenweise fast zuwider sind. Auflösung der Spannung durch leichtes Hinbewegen zur Tiefenpsychologie und Wegbewegen vom Systemischen.“

d) Vermeiden der Erstellung von Berichten

Eine Beantworterin versucht nur Kurzzeittherapien (ohne Bericht) durchzuführen, eine andere schaut in die (fremderstellten Berichte) nicht hinein, fühlt sich durch die Fremderstellung von Berichten frei zur zirkulären Einschätzung von Symptomen.

6. „Gedanken, die Kassenzulassung zurückzugeben“

Zustimmung 37,5%.

Mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, schon einmal darüber nachgedacht zu haben, ob sie ihre Kassenzulassung zurückgeben.

Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten

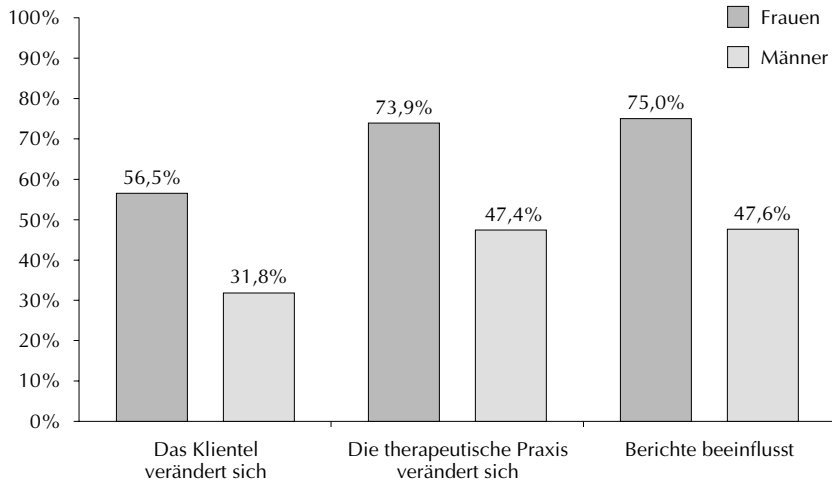
Ausmaß systemischer Therapieanteile an der Praxis

Die Zustimmung zu anderen Aussagen über Veränderungen durch die Integration ins Krankenkassensystem ist unabhängig vom Ausmaß systemischer Therapieanteile an der Praxis. Der einzige signifikante Zusammenhang zeigt sich zur Überlegung, die Kassenzulassung zurückzugeben: Je mehr systemische Anteile, desto häufiger wird überlegt, die Kassenzulassung zurückzugeben.

Dieses Ergebnis ist besonders interessant, weil die Überlegung, die Kassenzulassung zurückzugeben und sich nicht länger den Regeln der Psychotherapierichtlinien und den Verwaltungsanforderungen der KVs zu unterwerfen und sich von den Restriktionen mit dem Verlust des besseren Zugangs zu Klienten und einem geregelten Einkommen zu verabschieden, davon abhängig ist, wie „systemisch“ die Befragten sich selbst definieren.

Geschlecht

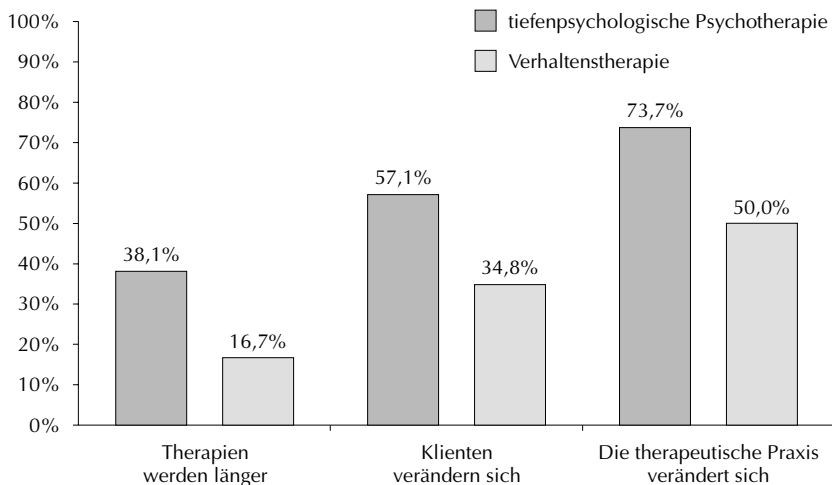
Geschlecht / Veränderungen durchs Kassensystem



Es ist ganz offensichtlich, dass Frauen die Unterschiede sensibler registrieren als Männer.

Abrechnung als Verhaltenstherapie versus tiefenpsychologischer Psychotherapie

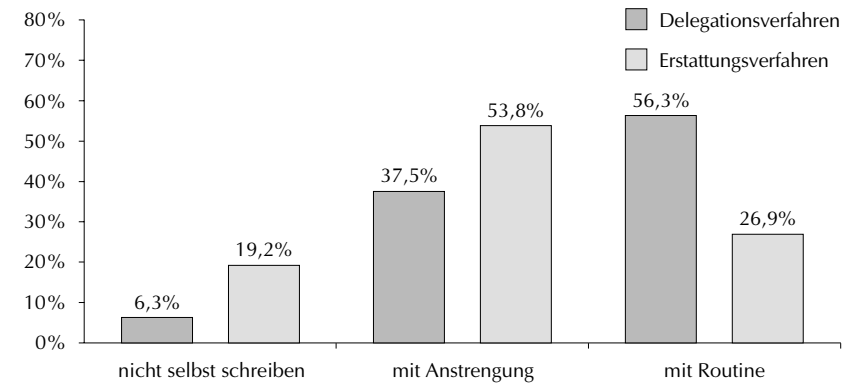
Abrechnungsverfahren / Veränderungen durchs Kassensystem



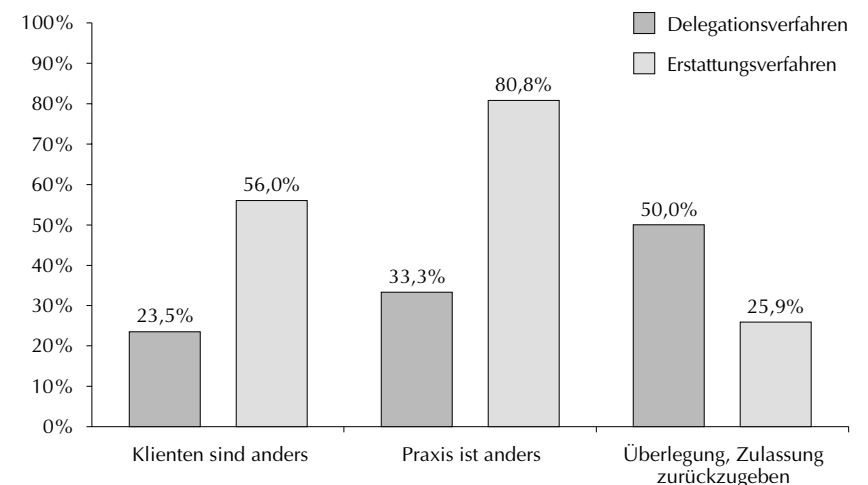
TherapeutInnen, die ihre Therapie als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie abrechnen, geben häufiger an Veränderungen wahrzunehmen als die KollegInnen, die sie als Verhaltenstherapie abrechnen. Hat es wirklich etwas mit dem offiziellen Abrechnungsverfahren zu tun oder mit den jeweils unterschiedlichen Möglichkeiten für Stundenkontingente und Überweisungskontexte?

Übergangsregelung über Delegations- oder Erstattungsverfahren

Kassenleistungen früher & Berichte schreiben



Kassenleistungen / Veränderung durchs Kassensystem

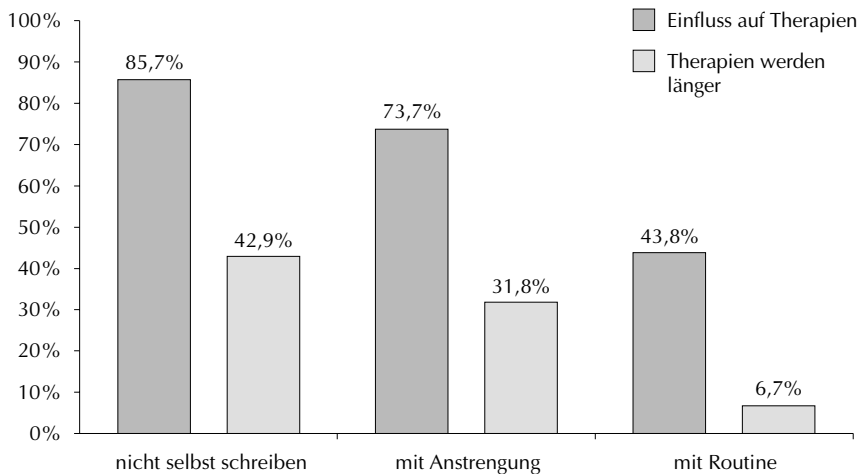


Die KollegInnen, die vor dem Psychotherapeutengesetz im Delegationsverfahren gearbeitet haben, waren schon länger bzw. tiefer ins Kassensystem integriert. Sie haben eine andere Grundausbildung (VT/TP) und daher fällt ihnen das Berichteschreiben im Denken und im Vokabular der jeweiligen Therapieform leichter als den früheren ErstattungspsychologInnen. Sie erleben auch seltener eine Veränderung im Kientel und in der Praxis.

Interessant ist, dass sie häufiger überlegen, die Kassenzulassung zurückzugeben. Bedeutet dies, dass sich für sie die Arbeitssituation nach dem Psychotherapeutengesetz verschlechtert hat (sinkender Punktwert in vielen Bundesländern) oder dass die frisch ins Krankenkassensystem „hineingerutschten“ SystemikerInnen stärker an gewonnenem Status/Verdienstmöglichkeiten festhalten wollen? Es ist schon sehr beeindruckend, dass die Hälfte der längerfristig im Kassensystem arbeitenden systemisch weitergebildeten TherapeutInnen darüber nachdenken, ihre Kassenzulassung zurückzugeben.

Umgang mit den Berichten

Umgang mit Berichten / Einfluss der Berichte & Länge der Therapien



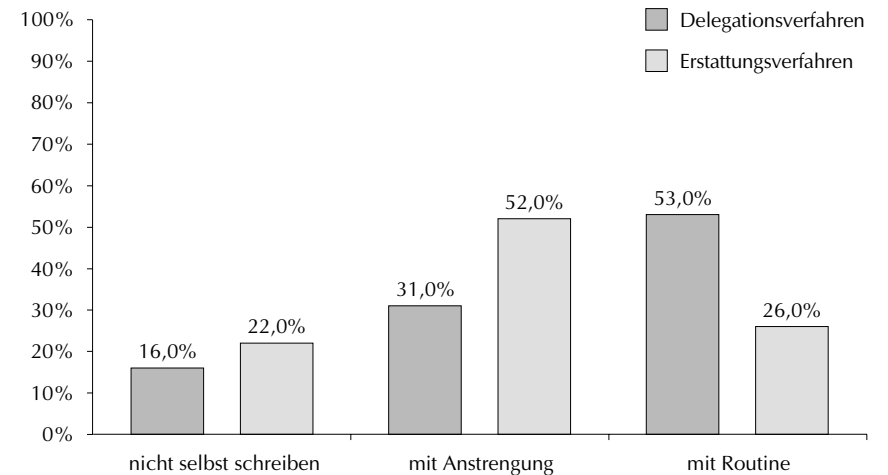
Diejenigen, die die Berichte nicht selbst schreiben, gehen davon aus, dass das Berichteschreiben viel Einfluss auf die TherapeutInnen hat, diejenigen, die sie selbst schreiben und sich dabei anstrengen, schätzen den Einfluss auf die TherapeutInnen etwas geringer ein, und die, die sie mit Routine schreiben, meinen, dass das Schreiben am wenigsten Einfluss hat.

Es ist unabhängig vom Geschlecht, ob die KollegInnen die Berichte nicht selbst, sie mit Anstrengung oder mit Routine selbst schreiben.

Die, die die Berichte nicht selbst schreiben, gehen am häufigsten davon aus, dass die Therapien länger werden, die sie selbst unter Anstrengungen schreiben, etwas weniger, und die sie mit Routine schreiben, selten.

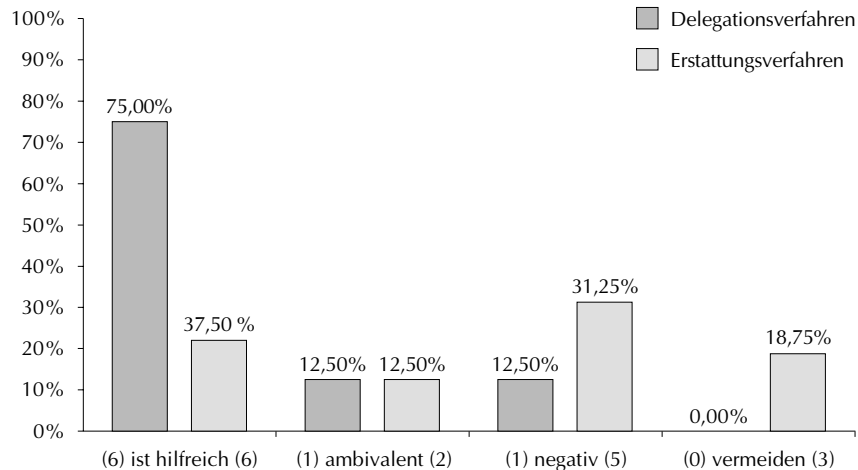
Dieses Ergebnis ist überraschend, denn unabhängig davon, wie lange die Therapien in den unterschiedlichen Gruppen sind, so ist gerade für diejenigen, die sich dem Kassensystem am klarsten verweigern wollen, am deutlichsten, dass ihre Teilnahme an diesem System Auswirkungen auf ihre Praxis hat: Eine der Auswirkungen ist die Verlängerung der Therapien, wenn bestimmte Kontingente genehmigt wurden.

Umgang mit Berichten / frühere Kassenleistung



Es gibt auch einen Zusammenhang zwischen der vorhergehenden Arbeit im Delegations- oder Erstattungsverfahren und dem Berichteschreiben. Es sind mehr frühere ErstattungspsychotherapeutInnen, die die Berichte nicht selbst schreiben oder unter Anstrengungen selbst schreiben. Die meisten ehemaligen DelegationstherapeutInnen schreiben die Berichte mit Routine. Dies spricht dafür, dass die ehemaligen DelegationstherapeutInnen länger und intensiver in das Krankenkassensystem integriert sind.

Auswirkungen des Berichteschreibens / frühere Kassenleistungen



Darüber hinaus wurden die Aussagen zu den Auswirkungen des Berichteschreibens mit der früheren Delegations- oder Erstattungspraxis ins Verhältnis gesetzt. Dabei kamen insgesamt 24 Aussagen in die Auswertung. Es wurde unterschieden zwischen jenen, die dem Berichteschreiben eine positive Auswirkung auf den Therapieprozess, jenen, die von negativen, und jenen, die von sowohl negativen wie auch positiven Konsequenzen berichteten, und jene, die das Erstellen von Berichten vermeiden. Auch hier zeigte sich ein Zusammenhang: Negative Auswirkungen berichten fast nur ehemalige ErstattungspsychotherapeutInnen, positive Auswirkungen werden doppelt so häufig von ehemaligen DelegationspsychotherapeutInnen wie von ehemaligen ErstattungspsychotherapeutInnen angegeben.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die fünf wichtigsten Ergebnisse sind für mich:

1. Viele systemische KollegInnen stellen Veränderungen ihrer Praxis durch die Partizipation am ambulanten System der Krankenkassen fest.
2. Je stärker sie in dieses System integriert sind, um so weniger nehmen sie diese Auswirkungen wahr.
3. Das Berichteschreiben und die Einschätzung seiner Bedeutung ist ein Indikator für die Integration ins Krankenkassensystem. Je integrierter, desto größer die Routine und desto häufiger die Einschätzung von positiven Auswirkungen des Berichteschreibens.

4. Die systemischen KollegInnen mit Kassenzulassung erscheinen als eine heterogene Gruppe, die ganz unterschiedlich systemisch arbeiten. Es gibt welche, denen es schwer fällt, und andere, denen es leicht fällt, systemische Ideen mit tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen oder anderen Ideen zu verbinden.

5. Als systemisch beeinflusste/r TherapeutIn im Krankenkassensystem wird man/frau laufend mit der Entscheidung zwischen Selbstbeschränkung und Regelverletzung konfrontiert. Alle müssen ihren „persönlichen Weg“ finden.

Literatur

- Deissler, K. G. (2000). Kampf um Anerkennung – mehr desselben. Zeitschrift für systemische Therapie, 18(1), S. 44-46.
- Hargens, J. u. a. (2000). Systemisch? Anerkennung? Kassenfinanzierung? Viel- oder Einfalt? Beginn eines Multilog? Oder: Einige letzte Worte...? Systema, 14(2), S. 146-158.
- Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stellungnahme der Systemischen Gesellschaft (SG) zum Schreiben des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie an die Landesärztekammern vom 5.6.2002. Systema, 16(3), S. 296-297.
- Stellungnahme des DGSF Vorstands (2003). Kontext Band 34(1), S. 99-100.
- Stierlin, H. (1993). Generationswechsel bei Familientherapeuten. Familiendynamik 18(2), S. 180-189.
- Stierlin, H. (1997). Zum aktuellen Stand der systemischen Therapie. Familiendynamik 22(4), S. 348-362.

Hans Schindler
 Wielandstraße 13 a
 28203 Bremen
 E-Mail: hans.schindler@if-weinheim.de