



Psychologische Praxis Horst Bertsch und Kollegen,

Sonnenhalde 25, 74632 Neuenstein

## Die Not mit der Warteliste – für Patienten wie Therapeuten

Seit nunmehr 26 Jahren praktiziere ich als niedergelassener Psychotherapeut. Eine der Themen, die mich beständig unzufrieden hält, ist (meine?) Not mit der Warteliste.

Wie führt man eine Warteliste verantwortlich, fair und gerecht? Wer hat dazu probate und bewährte Logiken entwickelt? Ich führe eine große Praxis mit zwei Teilzeit angestellten Kolleginnen. Auch weil dadurch öfters ein Behandlungsplatz frei wird, der „Durchsatz“ höher ist. Ich habe eine Doppelzulassung als PP und KJP, arbeite im BKK ADS Programm wie auch im PNP Modell mit.

In der Region gibt es noch andere Kollegen, drei VT-ler für Erwachsene, eine TP-lerin für Erwachsene und zwei KJP-ler TP. Pro Woche erreichen mich persönlich oder auf dem AB zwischen 25 und 30 Neuanfragen, 2-3 davon ehemalige Patienten mit Neuvorstellungswunsch, ca. 5 – 7 Kinder/Jugendliche, der Rest Erwachsene; etwa 60% auf Überweisung von Haus- oder Fachärzten, 40% Direktmelder.

Was wäre mein Maßstab für Gerechtigkeit? Alle kommen einigermaßen zeitnah dran, keiner fällt raus, der Hilfe braucht, keiner erleidet Schaden durch Behandlungsverzögerung.

Müsste dazu nicht a.) die Zulassungssperre des Bezirks aufgehoben werden und b.) sich genügend geeignete Therapeuten niederlassen. Illusion!? Verweigerung von Lösungserarbeitungen innerhalb des bestehenden Systems?

Einige praktizierte Modelle zur Steuerung der Warteliste sind:

- ✓ First in - first out
- ✓ Vorselektieren und „triagieren“ nach bestimmten Kriterien
- ✓ „Suizidale und Kinder zuerst“
- ✓ Keine Liste führen sondern willkürlich die annehmen, die zum Zeitpunkt eines freien Platzes sich melden
- ✓ Patienten aus bestimmten Kooperationen mit Ärzten oder Systemen aus praxisbezogenen Gründen bevorzugen (z.B. befreundete Ärzte, Geldvorteile wie PNP oder Privatpatienten o.ä.)
- ✓ Mehrarbeit bis zur Selbstaussbeutung oder burnout

Modell „**first in - first out**“ ist nach meiner oben beschriebenen Logik unbrauchbar, da die Wartezeit sich ins Unendliche steigert, da mehr auf die Liste kommen als abgearbeitet werden können. Patientenspezifische Faktoren sind nicht berücksichtigbar. Je länger ein Therapeut so handelt, desto länger warten Patienten und desto mehr Aufwand hat er beim „Abtelefonieren“ der Liste.

„**Triagieren**“ nennt man beim Notarzt oder Kriegseinsatz die medizinische Vorselektierung, wer in der Not am ehesten Hilfe erhalten soll. Bei Tod oder Leben und Krisenintervention, meist chirurgisch, ein hartes aber nötiges Vorgehen. Bei Psychotherapie stellt sich die Frage a.) nach geeigneten Kriterien und b.) ob überhaupt der Fokus auf „Notversorgung“ reduziert werden soll und darf.

„**Suizidale und Kinder zuerst**“ ist ein willkürlich inhaltlich definiertes Kriterium, das deutlich machen soll, dass es scheinbar plausible Gründe oder Mischformen von Logiken gibt, die alle nicht ohne Pferdefuss sind. Natürlich können Suizidale nicht 7 Monate warten. Kinder sind manchmal von Chronifizierung bedroht, die einschneidender deren Persönlichkeitsentwicklung hemmt und zu seelischen Behinderungen führen könnten. Wann rutscht dann jemand nur angemessen „nach hinten“ (wer?) und wann regelt das Gesetz der zu grossen Zahl, dass der nicht so Dringliche gar nicht dran kommt?

„**Keine Liste führen**“ ist pragmatisch und ein für Therapeuten nervensparendes Zugeständnis an die Nicht-managebarkeit der Warteliste. Aus Patientensicht ist der Zugang auf dem begrenzten Markt dadurch aber wesentlich erschwert, da die Grundmenge der anfragbaren Therapeuten sich um jeden Therapeuten, der so handelt absenkt und das Ausmaß an Willkür in diesem Bezirk ansteigt.

**Patienten aus bestimmten praxisbevorzugenden Gründen** zu bevorzugen, führt unter dem Deckmantel von Marktgesetzen Korruption ein. Von berufsstandsgesetzesbrechende Untaten wie (unerlaubte) „Zuzahlungen“ bis zu damit nicht vergleichbaren Priorisierungen der Privatpatienten oder PNP Patienten, in denen der Vertrag zeitnahe Versorgung höher vergütet, sind berufsethisch als korrumpierend zu bewerten. Argumente, der Patient könnte doch z.B. auch die Kasse wechseln sind marktwirtschaftlich logisch aber praktisch nicht hilfreich, da ein Hilfesuchender dadurch sein Zugangsrecht z.B. zur PNP-versorgung erst nach 6-8 Monaten erlangen würde.

Zwei Beispiele, die aus Patientensicht ähnliche Vorteilsnahme transportieren würden:

- (1) Eine Patientin, 53J, F33.1G kommt mit der Zeit auf der Warteliste nach vorn. Beim Anruf zum Behandlungsstart erzählt sie, sie sei mit Antidepressiva zwischenzeitlich gut eingestellt, aber ihre Schwiegertochter habe letzte Woche bei einem Autounfall ihr Baby verloren, ob sie nicht kommen könnte?
- (2) Ein Patient ruft an, erkundigt sich nach seinem Warteplatz und ist inzwischen von ganz weit hinten innerhalb von 5 Monaten auf Platz 4 „vorgerutscht“. Er freut sich und versteigert seinen Behandlungsplatz meistbietend über ebay.

Ich vermute, dass menschlich der erste Fall viele Kollegen erweichen könnte, der zweite weniger. Also: was ist für Geld zu kaufen und wenn nicht Behandlungsplätze, wie dann verteilen?

„**Selbstausschöpfung und Mehrarbeit**“ löst nicht das Kernproblem, sondern führt zu weiteren. Die nicht von jedem Therapeuten zu verlangende Aufstockung seiner Kapazität durch Mehrarbeit oder Anstellung von Kollegen schafft nur momentan Ressourcen. Hier berührt dies zusätzlich noch die Vergütungslogik und „Deckelung“ auf unsere maximal 27000 min. Leiste ich mehr, gewiss auch für darstellbar „Bedürftige“, wechselt das Modell zu Selbstausschöpfung und Alimentierung statt leistungsbezogener Vergütung. „Ich hab ja genug und werden symbolisch pauschal bezahlt“ wird zur Selbstlüge des Behandlers in einem Gesundheitssystem, das die Faktizität der Schlechtversorgung politisch nicht regeln will oder kann.

Andere „Lösungen“ dürfen geprüft werden. Jeden Patienten statt wöchentlich nur vierzehntägig zu versorgen, verdoppelt die versorgbare Patientenzahl. Aber wird daraus ein Prinzip, leidet derjenige, der in einer intensiveren Versorgung schneller genesen würde.

Gibt es schon wissenschaftliche Versuche, Kriterien zur Versorgung von denjenigen, die im gültigen System versorgbar sind, zu entwickeln, also Triage 2.0?

Die verbleibende Ratlosigkeit bei mir stellt mich nicht zufrieden. Ich versuche mit diesem Artikel konstruktiv zu einer Diskussion aufzurufen. Solange praktiziere ich fast so weiter wie bisher, werde aber, da ich über keine Gruppenabrechnungsmöglichkeit verfüge, provokativ mit meinen Kollegen in der Praxis wöchentlich eine...

**Offene Gruppe**, unbezahlt und unabgerechnet einführen, in der jeder maximal 5x sein kann und in der wir Krisenintervention, Psychoedukation und Selbsthilferessourcen fördern, den behandelnden Ärzten eine Ersteinschätzung liefern, die Gruppe mit zwei Therapeuten besetzen, sodass innerhalb der 2 Std. Gruppenzeit einzelne Teilnehmer bei Bedarf ein Einzelgespräch getrennt erhalten können.

Weiterhin haben wir schon seit geraumer Zeit eine Selbsthilfegruppe von Patienten, die man nach dieser „Auffanggruppe“ auch nutzen kann. Das bin ich meinen Anfragenden und meinem Versorgungsauftrag schuldig.