

Dr. med. Ingmar Wolffram
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Akupunktur – Psychotherapie – Sportmedizin
Lehrarzt der Ruhr-Universität Bochum
Querweg 47 - 33098 Paderborn
Tel. 05251 –73 00 77 Fax: 05251 721 64
E-Mail: Ingmar_Wolffram@yahoo.de

24.05.2011

Zur psychosomatischen Versorgung in der kassenärztlichen Praxis

Verschlechterung der Versorgung – steigender Behandlungsbedarf

Im November 2009 erschütterte der Selbstmord von Robert Enke nicht nur die Fußballwelt. Er warf ein Schlaglicht auf das bisher weitgehend tabuisierte Thema der psychischen Erkrankungen, insbesondere der Depression. Viele Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung von Depressionserkrankten wurden gemacht - von der Forderung nach möglichst niederschweligen Therapieangeboten bis hin zu einer „Task Force“ mit dem Ziel einer verbesserten Versorgung von Menschen in akuten psychischen Krisensituationen.

Gleichzeitig verabschiedet sich – trotz zunehmender Bedeutung der psychischen Erkrankungen - ein großer Teil gerade der Psychotherapeuten aus der Primärversorgung, bei denen dieser niederschwellige Zugang in Krisensituationen am ehesten möglich war.

Die Gruppe psychotherapeutisch arbeitender Haus- und Fachärzte ist durch Änderung der Honorarverteilung in eine Situation geraten, die für viele von Ihnen kassenärztliches Arbeiten mit diesem Schwerpunkt aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr möglich erscheinen lässt.¹ Die Folge ist, dass bereits ein großer Teil der Kollegen mit hausärztlicher, internistischer, kinderärztlicher oder gynäkologischer Niederlassung und zusätzlicher psychotherapeutischer Tätigkeit entweder die psychotherapeutische Tätigkeit oder die somatische ärztliche Tätigkeit aufgegeben haben.

Es ist zu erwarten, dass unter den jetzigen Bedingungen diese psychotherapeutische Basisversorgung in Deutschland wegen nicht kostendeckender Honorierung praktisch zum Erliegen kommt.

Die Ausbildung für die psychotherapeutische Qualifikation erfolgte bei diesen Kollegen meist berufsbegleitend über 4 bis 5 Jahre mit großem Zeitaufwand (Lehrtherapie, Fallseminare, Supervisionen etc.) und hohem finanziellem Aufwand. Praxen mit dieser Ausrichtung bieten eine Erweiterung des Angebotes der

psychosomatischen Grundversorgung. Wegen vermehrter Patientenkontakte und höherem Gesprächsaufwand für die Versorgung der dort gehäuft vorkommenden psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind deutlich niedrigere „Fallzahlen“ gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt ein typisches Charakteristikum dieser Praxen. Das spezifische Versorgungsangebot dieser psychosomatischen Schwerpunktpraxen betrifft vor allem die Krisenintervention und die Versorgung von Patienten mit sog. somatoformen Störungen, bei denen körperliche Beschwerden überwiegend seelische Ursachen haben.

Dabei erleichtert die Ansprechbarkeit während der normalen Sprechstunde den Zugang für die Patienten. Es werden vermehrt psychosomatische Kurzinterventionen und insbesondere vermehrt Vorgespräche zur Indikationsstellung für eine Antragspsychotherapie durchgeführt. Reine Psychotherapiepraxen sind meist nur sehr eingeschränkt während einer Telefonsprechstunde erreichbar, die Wartezeiten betragen in der Regel mehrere Monate.

Dabei ist der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen in der Primärversorgung groß: in Deutschland gibt es schätzungsweise allein 4 Millionen Menschen, die an einer Depression erkrankt sind. Die Dunkelziffer ist hoch, nicht zuletzt weil diese Erkrankung häufig „maskiert“ ist:

Diese Patienten gehen oft wegen körperlicher Begleiterscheinungen zum Arzt – Symptome, hinter denen sich die psychische Problematik verbirgt. Auch aufgrund einer Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen wollen sich viele Patienten selbst nicht eingestehen, dass sie an einer solchen Störung leiden. Die Häufigkeit eines gleichzeitigen Auftretens von solchen sogenannten somatoformen Störungen und einer depressiven Erkrankung wird mit 75 bis 90 Prozent angegeben.²

Untersuchungen haben ergeben, dass ein großer Teil der Menschen, die Suizid

begehen, wenige Tage zuvor noch ihren Hausarzt aufgesucht haben – eine letzte vertane Chance, ihren Entschluss noch einmal zu revidieren. Nicht nur der Fall Robert Enke zeigt, dass die Depression eine oft tödliche Erkrankung ist.

Dabei ist klar belegt, dass eine zeitnahe Krisenintervention in Form psychotherapeutischer Gespräche gerade in den ersten Wochen einer Depressionsbehandlung die Suizidrate deutlich senken kann. Dies macht deutlich, dass eine „sprechende Medizin“ keine Luxusmedizin ist, sondern notwendige medizinische Leistungen beinhaltet.

Trotz des hohen Behandlungsbedarfs ist immer seltener sichergestellt, dass diese Patienten qualifizierte ärztliche Hilfe erhalten.

Der Bedarf an psychosomatisch - psychotherapeutischen Leistungen ist in den letzten Jahren weiter angestiegen. Die Krankenkasse KKH-Allianz stellte zwischen 2007 und 2009 eine Zunahme des Burn out Syndroms um 46 Prozent fest und beklagt, dass die Betroffenen oft keine adäquate Behandlung erhalten. Psychische und psychosomatische Erkrankungen insgesamt werden immer mehr zu einem zentralen Problem des Gesundheitswesens. Aufgrund ihrer starken Zunahme sind sie in Deutschland mittlerweile die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und für Frühberentung.

Neben einer Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten erscheint eine Analyse und Veränderung der krankmachenden Bedingungen in der Arbeitswelt immer dringlicher.

Bereits im Jahre 2006 auf dem 109. Deutschen Ärztetag wurde festgestellt, dass der Stärkung der Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in allen Sektoren ärztlichen Handelns eine herausragende Bedeutung zukommt. Diese Aussage wird durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt. (DAK Studie 2010, Gesundheitsurvey 1999 etc.).

Die Ho(h)norierung psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen: 6 € für 50 Minuten psychotherapeutische Krisenintervention - 360 € für die psychosomatische Grundversorgung von 600 Patienten über 3 Monate

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe (KVWL) sind die sogenannten nichtantragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen – Erstgespräche, die auch zu Kriseninterventionen genutzt werden können – innerhalb eines Jahres, d. h. zwischen 2008 und 2009 um 40 Prozent zurückgegangen. Bei den sogenannten „Mischversorgern“, die sowohl psychotherapeutisch als auch somatisch tätig sind, wurden diese Gespräche bis Ende 2008 immerhin noch mit ca. 60 € pro Stunde vergütet. Seit dem 01.01.2009 „verschwinden“ diese Leistungen jedoch in einer „limitierten Fallpauschale“ von durchschnittlich 30 bis 40 € für die Gesamtversorgung eines Patienten in 3 Monaten.

In solchen Praxen der Primärversorgung mit psychotherapeutischem Schwerpunkt müssen bei Patienten mit psychischen Problemen, die auch körperliche Beschwerden haben, natürlich ganz normale medizinische Untersuchungen stattfinden – nicht zuletzt auch, um eventuelle körperliche Ursachen abzuklären. Damit ist das sog. „Regelleistungsvolumen“ (RLV) meistens schon ausgeschöpft. Darüber hinaus gehende Leistungen werden aber kaum mehr vergütet, so dass z. B. psychotherapeutische Erstgespräche für ein Honorar von sage und schreibe 6 € bei laufenden Praxiskosten von bis zu 40 bis 50 € erbracht werden müssen.

Im Gegensatz hierzu erhalten ausschließlich psychotherapeutisch tätige Kollegen trotz geringerer Praxiskosten für die psychotherapeutischen Erstgespräche wieder ca. 60 € pro Stunde, nachdem das Bundesverwaltungsgericht 2008 eine „unter Berücksichtigung der Kosten angemessene Honorierung auch dieser probatorischen Sitzungen“ verfügt hat. Begründung der Kassenärztlichen Vereinigung für diese ungleiche Bezahlung bei gleicher Leistung: da diese Gespräche nun Teil des RLV seien, hätten die betroffenen Ärzte keinen Anspruch mehr auf Einzelleistungsvergütungen.

Die resultierende Unterversorgung in einem wesentlichen Segment der Psychotherapie wurde 2010 durch einen Beschluss des „Gemeinsamen Bewertungsausschusses“ noch verschärft: Seit dem 01.07.2010 gilt nun auch für die nach aufwendigen Anträgen durchgeführten Psychotherapien, dass die Psychotherapeuten in der „Mischversorgung“ trotz höherer Kosten pro Stunde für die gleiche Leistung oft nur noch einen Bruchteil des bisherigen Stundenhonorars erhalten.

Für Gesprächsleistungen ohne aufwendige Antragsstellung steht dem Psychotherapeuten in der Primärversorgung ebenso wie anderen dafür qualifizierten Ärzten zusätzlich noch ein kleines Budget für die sogenannte psychosomatische Grundversorgung zur Verfügung.

Dies ist jedoch in keiner Weise geeignet, die psychosomatische Versorgung sicherzustellen:

Solche psychosomatischen Schwerpunktpraxen, in denen bis vor kurzem noch bis zur Hälfte aller ärztlichen Psychotherapeuten tätig waren, erhalten seit dem 01.07.2010 für die „psychosomatische Grundversorgung“ beispielsweise von 600 Patienten nur noch ein Gesamtbudget von 360 € für 3 Monate – ein Budget, das buchstäblich sprachlos macht. Wegen der Bindung des „Gesprächsbudgets“ an Fallzahlen steht den Psychotherapeuten in psychosomatischen Schwerpunktpraxen dabei absurderweise ein noch kleineres Budget als z. B. größeren Hausarztpraxen mit psychosomatischer Grundversorgung zur Verfügung, weil sie – ähnlich wie Schmerztherapeuten, weniger Patienten zeitintensiver versorgen.¹

Nur vereinzelt hatten einige KV en bei psychotherapeutisch tätigen Ärzten in der Primärversorgung vorübergehend eine gesonderte Vergütung ihrer Gesprächsleistungen als Praxisbesonderheit gewährt. Dies ist durch die neuerliche Änderung der Honorarsystematik ab dem 01.07.2010 schon wieder zunichte gemacht worden. Dabei klingt es wie Hohn, wenn der Geschäftsbereich „Sicherstellung“ von Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund von täglich bis zu 150 Patientenfragen diese Psychotherapeuten regelmäßig um Information bittet, ob zeitnahe Interventionen in Krisensituationen möglich sind.

Mit der derzeitigen Ho(h)norierung von zeitgebundenen ärztlichen Gesprächsleistungen ist die Sicherstellung der ambulanten Versorgung dieser Patienten durch eine „sprechende Medizin“ nicht möglich.

Trotz gewachsener Versorgungsstrukturen: teure Fehlbehandlungen auch bei Patienten mit chronischen Beschwerden.

In psychosomatischen Schwerpunktpraxen werden nicht nur Kurzinterventionen bei Krisensituationen besonders häufig durchgeführt.

Besonders oft werden auch chronisch erkrankte Patienten behandelt, die sowohl körperliche als auch seelische Störungen aufweisen. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass ca. jeder 4. Patient in der Primärversorgung an somatoformen Störungen leidet.³ Auch jüngere Patienten sind immer häufiger betroffen: jeder 10. leidet im Alter von 20

bis 30 Jahren unter Schmerzen ohne organische Ursachen, oft begleitet von Depressionen.

Dabei kann insbesondere in solchen Schwerpunktpraxen durch die Integration somatischer und psychotherapeutischer Kompetenz eine Aufspaltung in eine Behandlung für den Körper einerseits und eine solche für die Seele andererseits vermieden werden. Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Frau Dr. Gösmann wies kürzlich daraufhin, dass diese Aufspaltung kostentreibend sei und oft zu Fehldiagnosen führt.

Untersuchungen haben gezeigt, dass z.B. Patienten mit somatoformen Störungen im ambulanten Bereich ca. 14 mal so hohe Kosten verursachen wie der „Durchschnittspatient“⁴. Dies ist auch Folge eines „Doktorhoppings“ mit wiederholten körperlichen Untersuchungen durch häufigen Arztwechsel, ohne dass auf die seelischen Ursachen eingegangen wird. Dabei können die besten Therapieergebnisse bei somatoformen Störungen durch eine integrierte d.h. gleichzeitige körperliche und psychische Behandlung der Patienten erzielt werden.

Wichtig ist für diese Patienten, dass sie nicht das Gefühl bekommen, „in irgendeine Schublade gesteckt zu werden“ und mit dem Etikett „psychisch krank“ versehen zu werden.

Deshalb vermeiden viele dieser Patienten typischerweise den Gang zum Psychiater oder zum „reinen“ Psychotherapeuten. Es ist daher auch nicht sinnvoll, solche Leistungen frühzeitig an einen „Spezialisten für die Psyche“ zu delegieren.

Dabei stellt die „sprechende Medizin“ für diese Patienten auch laut den offiziellen therapeutischen Leitlinien die einzig adäquate und wirksame Behandlungsmethode dar. Meist sind mehrere Gespräche parallel zur Abklärung körperlicher Ursachen erforderlich, um dem Patienten zur Einsicht zu verhelfen, dass seine Erkrankungen durchaus etwas mit seinen Lebensumständen und seiner persönlichen Verarbeitung von Stressfaktoren zu tun hat.

Ein Verzicht auf diese Gespräche und damit auch eine ursächliche Therapie würde eine weitere Reduzierung der Patienten auf ihre körperlichen Beschwerden mit den bekannten Folgen nach sich ziehen und damit ausgesprochen unwirtschaftlich sein.

Bei diesen Patienten ist häufig eine Überprüfung der Indikation und Motivation für eine sog. Richtlinienpsychotherapie erforderlich. Auch diese Gespräche können aus den o. g. Gründen nur im Zusammenhang mit der körperlichen Diagnostik und Therapie (z.B. einer Schmerztherapie) ausreichend und wirtschaftlich erbracht werden.

Dabei stellt sich bei diesen Erkrankungen nicht selten heraus, dass nur wenige Sitzungen für eine Therapie ausreichen. Diese Pat. erfahren: „da hat sich endlich

jemand richtig um mich gekümmert; jetzt geht es mir besser.“ Gerade bei Patienten mit schwereren Störungen und in Krisensituationen stellt sich oft die Frage, ob sie stationär behandelt werden müssen, oder ob man diese Patienten noch mit kurzfristigen therapeutischen Gesprächen „auffangen“ kann. Auch hier ist es nicht möglich, auf eine Antragsbewilligung zu warten. In den genannten Fällen stellen die probatorischen Sitzungen eine notwendige Leistung dar, auch wenn anschließend keine Antragspsychotherapie erforderlich ist. Unterbleiben solche Gespräche, ist eine psychosoziale Unterversorgung die Folge.

Verschlechterung der Versorgung schwerer erkrankter Patienten durch „Pauschalisierung“

In dem „Spiegel“-Artikel: „Das Tollhaus“ wurde vor einigen Monaten berichtet, dass die kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund eigener Untersuchungen selbst zu einer wesentlichen Erkenntnis gelangt sind: Das jetzige Abrechnungssystem begünstigt systematisch die Praxen, in denen in möglichst kurzer Zeit besonders viele Patienten behandelt werden. Diese Auswirkungen des RLV sind im Hinblick auf die zukünftigen Möglichkeiten für eine zuzahlungszentrierte Medizin gravierend. Gespräche z. B. über krankheitsauslösende Lebensumstände sind in dem jetzigen Honorarsystem offenbar nicht mehr vorgesehen. Für den Patienten bleibt nur der Eindruck, dass sein Arzt keine Zeit mehr hat, ihm zuzuhören. Untersuchungen haben ergeben, dass nach durchschnittlich 20 Sekunden ein Patient in der Sprechstunde unterbrochen wird. Der Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung droht dabei auf der Strecke zu bleiben. Weitere Folgen sind oft Fehldiagnosen, die viel Geld kosten. Dabei wäre eine beziehungsorientierte „sprechende Medizin“ nicht nur besser, sondern auch kostengünstiger.⁵

So äußerte sich auch Wolfram-Arnim Candidus, Präsident der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e.V.: „Die wegen der unzureichenden Vergütungen für das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient nur suboptimale Patientencompliance ist ein weiteres Spannungsfeld, welches die effektive Behandlung gefährdet oder eingrenzt und Folgekosten verursacht.“ Nach Überzeugung von Candidus kann nur durch die Bündelung von Kompetenzen und Aktivitäten gegen die augenblickliche destruktive Entwicklung im Gesundheitswesen erfolgreich angegangen werden. Die Ärztekammer Westfalen Lippe ist 2010 dieser Bürgerinitiative beigetreten.

Die Konsequenzen derzeitiger Versorgungsstrukturen: verstärkte Flucht der Patienten in die „alternative Medizin“

In einem kürzlich erschienenen ZEIT Artikel wurde die Vernachlässigung der sprechenden Medizin in den jetzigen Versorgungsstrukturen als wesentliche Ursache dafür angesehen, dass sich immer mehr Patienten von „den Schulmedizinern“ abwenden, obwohl in evidenz-basierten wissenschaftlichen Studien kein Nutzen z. B. für die homöopathischen Therapiemethoden festgestellt worden sei. Studien zufolge zählen deutsche Arzt – Patienten – Kontakte mit einer durchschnittlichen Dauer von 7,6 Minuten zu den kürzesten in ganz Europa. In diese Art der Medizin haben viele Menschen das Vertrauen verloren. Das die Hinwendung zu alternativen Heilmethoden wie der Homöopathie eine tiefe Unzufriedenheit mit dem bestehenden Gesundheitssystem widerspiegelt, glaubt auch Edzard Ernst, einer der renommiertesten Experten für Alternativmedizin. Viele „Schulmediziner“ müssten wieder lernen, den ganzen Menschen zu sehen. Die Abrechnungsregeln unseres Gesundheitssystems würden die ärztlichen Kollegen jedoch gerade zum Schnelldurchlauf zwingen.⁶

Wenn unter den gegebenen Rahmenbedingungen noch nicht einmal Psychotherapeuten eine „sprechende Medizin“ praktizieren können, ohne sich selbst zu schädigen, darf man sich nicht wundern, wenn sich die Patienten auch nicht-ärztlichen Heilern zuwenden. Im Gegensatz zu psychotherapeutischen Erstgesprächen wird von manchen Krankenkassen (z.B. der Hamburger Securvita und der Techniker Krankenkasse) für ein Erstgespräch im Rahmen der homöopathischen Diagnostik und Therapie 113,50 € gezahlt. Die TK hat entsprechende Verträge mit derzeit etwa 1300 niedergelassenen Ärzten geschlossen, die über eine zusätzliche homöopathische Weiterbildung verfügen. Es stellt sich hier die Frage, ob ein ausgebildeter Psychotherapeut erst eine homöopathische Weiterbildung absolvieren muss, um für ein Erstgespräch angemessen honoriert zu werden.

Die Rationierung in der Medizin – zunehmend von Patienten wahrgenommen.

Nicht nur Prof. Hoppe, der Präsident der Bundesärztekammer, spricht von einer „heimlichen Rationierung“ auch in den Sprechzimmern der niedergelassenen Ärzte. Diese kann sich z. B. auch in einer zurückhaltenden Terminvergabe zeigen. Nach dem 5. Gesundheitsreport, den der Finanzdienstleister MLP gemeinsam mit dem Meinungsforschungsinstitut Allensbach und der Bundesärztekammer kürzlich vorgelegt hat, haben 42 Prozent der Bürger die Sorge, dass ihnen medizinisch

notwendige Leistungen vorenthalten werden.

Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist in einem Gutachten von Prof. Rychlik für die Depression eine 40 %ige medikamentöse Unterversorgung bereits 2006 nachgewiesen worden.

Wenn man sich die Diskrepanz zwischen dem Versorgungsbedarf einerseits und den Möglichkeiten der Versorgung durch therapeutische Gespräche im Rahmen der Budgetierung andererseits vergegenwärtigt, ist insgesamt von einer noch weitaus stärkeren Unterversorgung insbesondere bei den psychosomatischen Störungen auszugehen.

Fazit: Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ist so nicht zu erfüllen:

Fehlentscheidungen des „Gemeinsamen Bewertungsausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Krankenkassen“ bezüglich der Honorierung von Gesprächsleistungen bedrohen eine besonders gefährdete Patientengruppe.

Angesichts der hohen Prävalenz psychosomatischer Erkrankungen einerseits und der mangelnden Behandlungsangebote andererseits liegt es auf der Hand, dass trotz Qualifikation vieler Ärzte die psychosomatische Grundversorgung unter den gegebenen Bedingungen nicht sichergestellt ist.

Besonders gravierend wirken sich die limitierten Fallpauschalen in psychosomatischen Schwerpunktpraxen aus, in denen neben der somatischen auch eine psychotherapeutische Versorgung erfolgt.

Ohne berechenbare und substanzielle Honorierung bei zeitgebundenen Gesprächsleistungen für alle psychotherapeutischen Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Kosten kann die Versorgung in einem wesentlichen Bereich nicht sichergestellt werden.

Die Konsequenzen für die betroffenen Ärzte: Abschied von der integrierten psychosomatischen Versorgung.

In der wirtschaftlichen Planung bleibt den Praxen mit weniger als 90%igen psychotherapeutischen Leistungen nur die Möglichkeit der Umorientierung. In Hamburg sind beispielsweise nur noch weniger als die Hälfte der in dieser Gruppe tätigen Psychotherapeuten zusätzlich noch in der somatischen Primärversorgung tätig. Eine durch die Beschlüsse des „Gemeinsamen Bewertungsausschusses“ und der Kassenärztlichen Vereinigungen vorprogrammierte Polarisierung in „nur psychotherapeutisch tätige Ärzte“ und

„somatisch tätige Ärzte“ ohne integrierte Psychotherapie muss als folgenschwerer Schritt in die falsche Richtung gewertet werden.

Dabei verwundert es, wie fahrlässig hier über hochbrisante Sachverhalte entschieden wird, die einen gravierenden Einfluss auf die Qualität und die Sicherstellung der Versorgung haben.⁷

Der juristische Weg, hier Abhilfe zu schaffen, wurde einigen Kollegen von Verwaltungsrichtern nach mehrjähriger Prozessdauer mit dem Hinweis versperrt, es handele sich um „KV – Interna“ bei der Honorarverteilung.

Der Zeitraum von 5 Jahren, der bis zur Entscheidung in erster Instanz (!) verging, erinnert an die Geschichte Kafkas „Vor dem Gesetz“, in dem ein Türhüter den Eintritt in das Gesetz „jetzt noch nicht gewähren kann“.

Dazu kommt, dass der Rechtsweg erst beschränkt werden kann, wenn ein Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten beschieden worden ist. Entsprechende Anträge für psychotherapeutische Gespräche Anfang 2009 (!) sind z. B. in Westfalen-Lippe z. T. immer noch nicht bearbeitet.

Der Abschied vieler Kollegen aus der integrierten psychosomatischen Versorgung ist die logische Folge.

Neben den Auswirkungen auf die derzeitigen Versorgungsstrukturen resultiert eine fatale Signalwirkung auf die nachfolgende Ärztegeneration. Dabei ist die Psychosomatik längst Bestandteil nicht nur der Weiterbildungsordnung, sondern auch der studentischen Ausbildung, insbesondere in den Modellstudiengängen.

Gesundheitspolitische Sofortmaßnahmen - im Sinne einer Umorientierung hin zur sprechenden Medizin dringend erforderlich.

Da die Versorgungskonzepte in unserem System auch von der Honorierung gesteuert werden, sollten im Hinblick auf die Patientenversorgung nicht die Fallzahlen, sondern die zeitliche Leistung bei der Honorierung gerade von Gesprächsleistungen berücksichtigt werden.⁵

1.

Die „nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen“ sind gerade bei Kriseninterventionen und in der Behandlung von somatoformen Störungen essentiell und müssen deshalb bei allen psychotherapeutischen Leistungserbringungen gesondert vergütet werden. Dies kann zwar – wie durch die Hamburger KV im 1. Halbjahr 2010 – im Rahmen der Anerkennung von Praxisbesonderheiten geschehen.

Es muss jedoch sichergestellt sein, dass bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens (RLV) und des sog. Qualitätszusatzvolumens (QZV) für sämtliche psycho-

therapeutische Leistungen in jedem Fall eine kostendeckende Vergütung nach der zur Zeit geltenden Gebührenordnung für Ärzte (EBM) erfolgt.

Ist dies nicht der Fall, unterbleiben bei den meisten Kollegen diese Leistungen. Eine Unterversorgung ist die Folge.

Deshalb darf die zur Zeit geltende „mindestens 30 %ige Überschreitung des Fallwertes“ für Psychotherapeuten in psychosomatischen Schwerpunktpraxen nicht die Voraussetzung für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit sein. Auch die probatorischen Sitzungen bei den sogenannten „Mischversorgern“ müssen, wie in den Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts von 2007 und 2008 formuliert, „nach Abzug der Kosten substantiell und berechenbar honoriert werden“⁸ – ebenso wie die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen.

2.

Darüber hinaus muss auch die Honorierung zeitgebundener Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden.

Die Möglichkeiten, psychotherapeutisch-psychosomatische Gesprächsleistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) und des Qualitätszusatzvolumens (QZV) zu vergüten, sind im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelung durchaus vorhanden:

„Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“ (§ 87BSBGV, Absatz 7). Deshalb ist nachdrücklich zu fordern, dass die Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen) diese Möglichkeiten nutzen. Die KV ist zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben – der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages auch in der ambulanten psychosomatischen Versorgung hierzu sogar verpflichtet. Psychosomatische Schwerpunktpraxen als erweitertes Angebot der psychosomatischen Grundversorgung können dann eine Schlüsselfunktion in einer sprechenden Medizin einnehmen.

Der 109. Deutsche Ärztetag forderte bereits 2006, „abgestuft auf allen Behandlungsebenen, neben der psychosomatischen Grundversorgung weiterhin den Bereich Psychotherapie bzw. die fachgebundene Psychotherapie bedarfsgerecht in allgemein- und fachärztliche Behandlungskonzepte einzubeziehen.“

Dies solle auf allen Versorgungsstufen so geregelt werden, dass die entsprechende Patientenversorgung unter vertretbaren wirtschaftlichen Bedingungen gewährleistet wird.

Trotz gegenteiliger Forderungen auch in Beschlüssen des Deutschen Ärztetages findet zur Zeit eine folgenschwere Umorientierung nicht nur der psychotherapeutisch tätigen Ärzte in der Primärversorgung statt: Eine Umorientierung der Versorgung hin zu einer „sprechenden Medizin“ wäre dagegen dringend erforderlich.

Dr. med. Ingmar Wolfram

PS:

Anregungen haben ich u. a. aus folgenden Quellen beziehen können
Dr. Martina Koch-Preißer, Existenz gefährdet; Hamburger Ärzteblatt 10/2010¹
Dr. Iris Veit, Perspektiven des Arztseins und Arztwerdens; Westfälisches Ärzteblatt 08/10⁵
Dr. Roland Streibel, unterschiedliche Honorierung von Psychotherapie für ausschließlich und nur zusätzliche Erbringer von Psychotherapie,⁷
Urteil des Bundessozialgerichts vom 29.08.2007 B6 KA 3506R und vom 28.05.2008 B6 KA 1007R
Die Wochenzeitschrift „DIE ZEIT“ Artikel Homöopathie – Dreigeteilt- 13.12.2010⁶
W. Rief, P. Henningsen, Praxis der Psychotherapie (Kapitel somatoforme Störungen, Thieme Verlag³
Hausärztliche Leitlinien^{2, 4}
Kapitel Psychosomatische Medizin; Leitliniengruppe Hessen PMV Forschungsgruppe (Hrsg);
Deutscher Ärzteverlag