

Stellungnahme zum Arbeitsentwurf „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“

C. Messer, H. Heister, B. Palmowski

Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e. V.

Das Dezernat „Ärztliche Leistungen und Sicherstellung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat kürzlich den Arbeitsentwurf für eine Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte mit dem Titel „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“ vorgelegt.

Als Ziel wird die Sicherung einer zeitnahen, bedarfsgerechten und nachhaltigen ambulanten Versorgung erklärt. In der vorliegenden Form wirft das Papier jedoch weitgehende inhaltliche und konzeptuelle Probleme auf, die seine Eignung grundsätzlich in Frage stellen. Die im Text genannten allgemeinen Bestrebungen wie Verbesserung der Versorgung, höhere Vernetzung, zeitnahe Termine, frühzeitige Abklärung sowie nachhaltige Behandlung etc. sind Selbstverständlichkeiten, denen kein Verantwortlicher im Gesundheitswesen widersprechen würde. Gravierende Probleme ergeben sich bei diesem Entwurf jedoch rasch, sobald es konkret wird. Das Verständnis des Textes und eine mögliche Diskussion werden geradezu verunmöglicht, zumindest jedoch erheblich eingeschränkt durch Unklarheiten, schwer nachvollziehbare bzw. unnötige Verkomplizierungen, Inkonsistenzen und innere Widersprüche.

Unklare Zielgruppe

Der Titel des Papiers bezieht sich auf Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen. Dies legt nahe, dass es sich um Patienten handelt, die gleichzeitig an einer neurologischen *und* einer psychischen Erkrankung leiden und läßt eine definierte Patientenpopulation mittlerer Größe erwarten. An verschiedenen anderen Stellen im Text wird dann aber von Patienten mit neurologischen *oder* psychischen Erkrankungen gesprochen. Wieder an anderen Stellen werden auch psychosomatische Erkrankungen genannt. Bereits die elementare Definition der vorgesehenen Patientenpopulation bleibt somit unklar.

Überraschend ist die starke Betonung neurologischer Erkrankungen. Die Neurologie ist in Forschung, Lehre und Versorgung in der Medizin als eigenständiges Fachgebiet fest etabliert. Die Prävalenz psychischer Störungen liegt hier nicht über der anderer medizinischer Fachgebiete. Auch entwickeln beispielsweise depressive Patienten nicht bevorzugt neurologische Symptome. Nichtsdestoweniger mag es ein legitimes Anliegen sein, die Patientenversorgung gerade in der Neurologie zu optimieren. Gleiches wäre sicherlich sinnvoll für andere ärztliche Gebiete, wie Innere Medizin, Gynäkologie, Dermatologie oder Orthopädie. Sind dagegen generell Patienten mit psychischen Erkrankungen gemeint, dann ist eine solche enge Begrenzung äußerst kontraproduktiv. Diese Patientenpopulation erstreckt sich beim Vorliegen begleitender somatischer Morbidität praktisch über sämtliche ärztlichen Fachgebiete von der Urologie bis zur HNO-Heilkunde, sodass die ausgrenzende Fokussierung auf das Gebiet Neurologie wenig hilfreich ist.

In Anlage 2 (Teilnahmebedingungen Patienten) scheint auf den ersten Blick mit der „Diagnosen-Positiv-Liste“ („Gruppe Ia“) die Patientengruppe vorerst klarer definiert. Es ist zunächst die Rede von „neuropsychiatrische(n) Erkrankungen“ und es finden sich ausschließlich neurologische Diagnosen und psychiatrische Diagnosen im engeren Sinne (Psychosen, hirnorganische Erkrankungen etc.). Hier scheint sich zu erhellen, was mit den im Titel des Arbeitsentwurfs genannten „neurologischen und psychischen Erkrankungen“ gemeint sein könnte. Im weiteren Verlauf („Gruppe Ib“ sowie „Gruppe II“) werden dann jedoch „Einschlußkriterien“ genannt, die angesichts weitest gefaßter sozialmedizinischer oder extrem schwammiger Definitionen eine nahezu unbegrenzte Ausweitung implizieren.

Unter der Überschrift „Verlauf der Erkrankung: Drohende Eigen- oder Fremdgefährdung“ wird beispielsweise aufgeführt „drohende Erwerbsminderung“ oder „Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten“ sowie „zusätzlich vorliegende Reha- oder der MDK-Anträge“. Man

fragt sich: was hat „drohende Erwerbsminderung“ mit „Eigen- oder Fremdgefährdung“ zu tun? Und/oder: soll künftig der Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Innere Medizin!) bei jedem Patienten bei „drohender Erwerbsminderung“ die Kontrolle an einen psychiatrischen Fachkollegen abgeben? Ebenso befremdlich erscheint es, wenn beispielsweise die „akute Verschlechterungstendenz“ oder die „Dauer der Erkrankung mehr als 4 Monate unabhängig vom Schweregrad“ „eine fristgebundene Sicherstellung eines konsiliarischen Versorgungsangebotes“ nach sich ziehen sollen. Soll hier vertragsgebunden eine verpflichtende Ausweitung psychiatriebezogener Zuweisungen installiert werden?

Unklare Definition der Leistungserbringer

Grundsätzliche Fragen wirft die im Entwurf vorgenommene Klassifizierung der für die Teilnahme vorgesehenen Leistungserbringer auf. Die dort präsentierte Einteilung kann nur als unzeitgemäß und willkürlich bezeichnet werden. Sie entspricht inhaltlich und formal nicht der ärztlichen Weiterbildungsordnung und ist damit obsolet.

Drei der hier aufgeführten Fachgebiete (Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie) sind seit mehr als zehn Jahren nicht mehr Gegenstand der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Abgesehen von der fehlenden Aktualität der vorgeschlagenen Einteilung bleibt unklar, warum bei einem geplanten Vertrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker vier der vorgesehenen Facharztgruppen über keinerlei psychotherapeutische Qualifikation verfügen (Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurologie sowie Psychiatrie). Nur drei der genannten Facharztgruppen (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sind in der Psychotherapie qualifiziert.

Eine ähnliche Widersprüchlichkeit zeigt sich bei der Gruppe der vorgesehenen Psychotherapeuten. Hier fehlen die per Weiterbildungsordnung als Psychotherapeuten qualifizierten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie.

Das Chaos wird komplett, wenn man sich beispielsweise die Position der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in dem Arbeitsentwurf genauer betrachtet. In der

Einleitung zum „1. Abschnitt: Versorgungsziele, Inhalt“ findet sich die genannte Facharztgruppe sowohl unter „Fachärzte“ als auch unter „Psychotherapeuten“. Dies erscheint insofern von Bedeutung, als ja offenbar in diesem Konzept den „Fachärzten“ die diagnostisch-koordinierend-steuernde Funktion zukommen soll, während die „Psychotherapeuten“ die nachgeordnete psychotherapeutische Funktion wahrnehmen sollen. Im „2. Abschnitt: Versorgungsebenen“ ist nämlich plötzlich von einem Facharzt für „Psychosomatik und Psychotherapie“ die Rede, der bei „erstmalig(er)“ Feststellung einer „neurologische(n) oder psychische(n) Erkrankung ...“ die „konsiliarische Vorstellung bei einem teilnehmenden Facharzt“ in die Wege zu leiten hat. Soll hier der Facharzt gewissermaßen als „Psychotherapeut“ den Patienten an sich selbst als „Facharzt“ überweisen oder soll er womöglich gezwungen werden, sich konsiliarischen Rat bei einem ggf. der Psychotherapie gänzlich unkundigen Psychiater einzuholen?

Komplizierte Struktur

Zur Strukturierung der Versorgung wird im Papier ein kompliziertes Modell mehrerer Ebenen für die fachärztlichen, ärztlich-psychotherapeutischen und psychologisch-psychotherapeutischen Anbieter mit einer hierarchischen Untergliederung in koordinative und kooperativ-konsiliarische Funktionen angeboten. Auch hier bewegen sich die angedachten Zuständigkeiten abseits der gültigen psychologisch-psychotherapeutischen Approbationsordnung und der ärztlichen Weiterbildungsordnung.

Deutlich wird im Text eine angestrebte kontrollierend-dominierende Position für Fachärzte aus dem psychiatrischen Bereich, ungeachtet ihrer gegebenenfalls fehlenden psychotherapeutischen Kompetenz. Hierzu ist festzuhalten, dass konsiliarische oder auch einen Behandlungsauftrag implizierende Überweisungen zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie unter Fachärzten und in Richtung psychologischer Psychotherapeuten bereits heute problemlos möglich sind und tagtäglich zigtausendfach praktiziert werden.

Der dem Entwurf beigefügte, oben bereits erwähnte Diagnosenkatalog erscheint, außer vielleicht unter berufspolitischen Gesichtspunkten, wenig zielführend. Die jeweiligen Diagnosen werden ja erst im Rahmen

der Abklärung bzw. Akutversorgung gestellt. Zur Frage einer diagnosebezogenen vorgeschalteten ärztlichen Konsiliaruntersuchung oder einer begleitenden ärztlichen Mitbehandlung bei Therapie durch einen Nicht-Arzt sei auf die Vorgaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung verwiesen.

Medizinfrei reden? Wer haftet?

Geplant ist nach dem Papier eine „Sprechstunde“ für nicht-ärztliche Therapeuten. Hierzu muss festgestellt werden, dass es diese Möglichkeit bereits seit über zehn Jahren gibt. Ohne jegliche medizinische Abklärung können psychologische Psychotherapeuten mit Patienten reden. Die jedem zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten zur Verfügung stehende GOP 23220 EBM ermöglicht arztfrei und jenseits der Richtlinien-Psychotherapie flexibel in 10 Minuten-Einheiten getaktet und frei kombinierbar Gespräche mit hilfeschuchenden Personen. Die Einführung dieser Leistung erfolgte zusätzlich zu den bereits seit Jahrzehnten zur Verfügung stehenden Leistungen für Diagnostik und Indikationsstellung im Sinne der probatorischen Sitzungen und der Anamneserhebung.

Es wäre doch zu klären, warum diese beiden Instrumente bisher keine ausreichende positive Wirkung entfaltet haben und offensichtlich nicht zu einer Entspannung der allenthalben beklagten Wartezeit- und Therapieplatzmiserie beitragen konnten. Ganz im Gegenteil, die Klagen von Betroffenen und Anbietern haben nur zugenommen. Man fragt sich verwundert, worauf sich die Erwartung gründet, die Mißstände und Fehlentwicklungen in der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung jetzt mit einer dritten diagnostischen Leistungskategorie beheben zu können.

Völlig ungeklärt ist die Frage der Haftung. Es erscheint prekär, wenn sich diese außermedizinischen Gespräche zwischen psychologischen Therapeuten und Patienten jenseits der Gültigkeit des Psychotherapeutengesetzes sowie des SGB V bewegen. Wer haftet, wenn bei einem Patienten mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Burn-out beispielsweise eine Magen-Darmblutung, eine Krebs-erkrankung, eine Schilddrüsenunterfunktion oder eine Tuberkulose übersehen und nicht behandelt wurde. Haftet der hierfür nicht ausgebildete Therapeut, die solche Praktiken duldernde bzw. fördernde Krankenkasse und Kassenärztliche

Bundesvereinigung oder vielleicht die Kammer für psychologische Psychotherapeuten?

Unklare Effizienz

Nicht ersichtlich wird aus dem Text, wie eine substantielle Verbesserung der aktuell unbefriedigenden Situation in der Akutversorgung psychisch und psychosomatisch Kranker erreicht werden könnte. Geradezu paradox mutet es an, wenn dem Patienten im Rahmen der „psychotherapeutischen Sprechstunde“ zunächst eine allgemeine Abklärung mit „Clearing-Charakter“ angeboten wird, die aber ausdrücklich nicht einer „vertieften diagnostischen Abklärung“ dienen soll, dann jedoch im Rahmen der „Komplexleistung“ der „frühzeitige(n) diagnostische(n) Abklärung“ wiederum eine Diagnosestellung erfolgen soll, die „auch als Auftragsleistung eines Arztes, psychologischen Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut durchgeführt werden (kann).“ Man fragt sich: welcher „Arzt“ ist hier gemeint, wer soll hier den Auftrag erteilen und welcher Arzt soll ihn ausführen? In der ambulanten Versorgung kann es sich eigentlich nur um Fachärzte handeln. Soll hier ein Facharzt dem anderen untergeordnet werden, bzw. ein Facharzt den anderen kontrollieren?

Geradezu absurd wird es, wenn wie im Arbeitsentwurf vorgeschlagen, der Patient nach einem aufwändigen Verfahren mit Aufnahmeuntersuchung, Begleituntersuchung, erweiterter Diagnostik etc. schließlich zu einem Psychotherapeuten überwiesen werden soll, der dann überhaupt erst die Indikation zur Psychotherapie stellen soll. Dies erscheint eine Zumutung, eine unzumutbare zusätzliche Belastung für jeden notleidenden Patienten, der schließlich baldmöglichst ein konkretes Hilfsangebot benötigt.

Darüberhinaus erscheint es auch unter Gesichtspunkten einer rationalen Akutversorgung selbstverständlich, dass die Abklärung von Möglichkeiten und die Eignung des Patienten für eine Psychotherapie bereits initial zu erfolgen hat und in die Wege zu leiten ist.

Nicht nachvollziehbar erscheint das im Entwurf genannte „Angebot im Sinne einer psychoedukativen Gruppenbehandlung“. Dabei soll es sich um „systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen mit begrenzter Zielsetzung (handeln), um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren ...“ Geht es hier

darum, das vertraulich aufklärende Arzt-Patientengespräch durch eine Abhaltung in der Gruppe zu ersetzen oder tatsächlich um echte Gruppenpsychotherapie? Wenn es um Aufklärung geht, sind Belange der Würde der Patienten berührt. Wenn tatsächliche Gruppenpsychotherapie gemeint sein sollte, dann zeigt die alltägliche Erfahrung im Umgang mit Patienten die weitgehend fehlende bzw. in der Regel allenfalls kurzfristige Wirksamkeit derartiger „psychoedukativer bzw. didaktisch-psychotherapeutischer Interventionen“, insofern es sich nicht um eine im engeren Sinne psychiatrisch erkrankte Patientenpopulation handelt. So sind Akzeptanz und Wirksamkeit beherrschender, ermahrender oder auch lediglich informierender Angebote bei Patienten sehr begrenzt. Auf der kognitiven Ebene sind den Betroffenen die Probleme ja bekannt. Eine psychische Erkrankung hat tieferliegende Ursachen. Die Initiierung und Aufrechterhaltung therapeutisch wirksamer Gruppen erfordert eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie.

Eine rationale Akutversorgung mit Clearing und steuernder Funktion sieht anders aus.

Anforderungen an eine rationale Akutversorgung

Kompetenzen in vier zentralen Bereichen sind inhaltlich für eine rasche, effiziente und angemessene akute Versorgung erforderlich.

1. Somatisch-medizinische Kompetenz zur Sichtung, Bewertung und basalen Mitversorgung somatischer Morbidität sowie zur Erfüllung kompetenzbezogener Patientenerwartungen an einen medizinisch erfahrenen Behandler.

Oft suchen Patienten mit zunächst sehr vagen und unbestimmten Beschwerden wie Erschöpfung („Burn-out“), Kraftlosigkeit, Mattigkeit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Inappetenz, Gewichtsabnahme etc. Hilfe. Gleichzeitig wird der Wunsch nach Beistand sehr dringend erlebt. Für den behandelnden Arzt stellt diese Situation eine große Herausforderung dar, denn das Spektrum möglicher Ursachen erstreckt sich schließlich von psycho-sozialen Konflikten wie Arbeitsplatz- oder Eheproblemen über Infektionskrankheiten wie beispielsweise Hepatitis oder Tuberkulose bis hin zu malignen Erkrankungen wie Tumoren oder hämatologischen Erkrankungen, bestenfalls einer Eisenmangelanämie, schlimmstenfalls einer Leukämie. Ebenso können

Herzrhythmusstörungen, Nervosität und innerer Druck Ausdruck psychischer Verzweiflung angesichts eines existentiellen beruflichen oder finanziellen Scheiterns sein, gleichwohl aber auch Anzeichen einer bisher nicht erkannten Herzerkrankung. Die Erfassung und Differenzierung dieser komplexen psychosomatischen Gemengelage von möglicherweise gravierenden somatischen Erkrankungen mit persönlichkeitsbedingtem Krankheitsverhalten und psychosozialer Not erfordern fundierte medizinisch-somatische Kenntnisse und Erfahrungen. Die Weiterbildung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist inhaltlich dementsprechend strukturiert.

Im Einzelfall kann eine Einweisung zur Krankenhausbehandlung erforderlich sein und unmittelbar in die Wege geleitet werden.

2. Umfassende und differenzierte psychotherapeutische Kompetenz mit Kenntnissen und Erfahrungen in den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden sowie zwingend in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Dazu gehört das Vorhalten einer eigenen angemessenen psychotherapeutischen Versorgungskapazität (incl. Gruppenpsychotherapie), um entsprechende Patienten gegebenenfalls unmittelbar in Behandlung nehmen zu können. Die ausschließliche Kompetenz in der Einzelpsychotherapie ist nicht ausreichend.

Im Einzelfall kann auch hier die Notwendigkeit zur psychosomatisch-medizinischen oder psychiatrischen Krankenhausbehandlung festgestellt und persönlich veranlasst werden.

3. Sozialmedizinische Kompetenz zur Erkennung, Bewertung und planenden Berücksichtigung der häufig mitbestehenden hochrelevanten Belange von Schwerbeschädigung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Diese Belange spielen oft eine entscheidende Rolle im Therapieanliegen. Nicht immer sind sie manifest und einem direkten Zugang offen.

Um nur ein Beispiel zu skizzieren, wie komplex die Konstellation im Einzelfall sein kann: eine 50-jährige Sekretärin wird mit der Diagnose Erschöpfungsdepression überwiesen und meldet sich mit dem Stichwort „Burn-out“ für eine erste Konsultation an. Die Erstexploration ergibt eine gravierende Arbeitsplatzphobie vor dem

Hintergrund einschneidender Umstrukturierungen im Betrieb mit Bedrohung ihrer bisherigen beruflichen Funktionen. Darüberhinaus leidet die Patientin unter chronischem Rückenschmerz und es liegt eine Adipositas vor. Eine stationäre Reha-Maßnahme im Rahmen der bestehenden Langzeit-AU blieb ergebnislos. Im Kontakt zeigt sich, daß intrapsychisch eine äußerst zwiespältige Erwerbstätigkeitsperspektive besteht. Diese ist jedoch für sämtlich weiteren medizinischen Maßnahmen von elementarer Bedeutung.

Dementsprechend ist sozialmedizinische Erfahrung für ein kritisches und empathisches Verständnis der im Einzelfall therapiebezogen ambivalenten Motivationslage erforderlich, um unter Umständen ebenso sinnlosen wie deletären äußeren Druck zu vermeiden und nichtzielführende psychotherapeutische Aktivitäten zu begrenzen.

4. Pharmakologische Kompetenz zur gegebenenfalls notwendigen medikamentösen Intervention. Diese kann kurativ mit ausreichender Wirkung erfolgen oder aber als überbrückend entlastende Maßnahme bis zum Beginn einer evtl. indizierten Psychotherapie. Nach einem entsprechenden Therapievorschlag an den Hausarzt kann die gewählte Medikation dann gegebenenfalls zunächst von diesem weiter verordnet werden.

Qualifizierte Fachärzte

Über diese vier elementaren Qualifikationen verfügen in hinreichender Ausprägung drei Arztgruppen:

1. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
2. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
3. Fachärzte anderer Gebiete mit Zusatztitel Psychotherapie.

Diese Arztgruppen sind in den gültigen ärztlichen Weiterbildungsordnungen der Länder aufgeführt und definiert. Grundvoraussetzung ist die unbeschränkte Approbation als Arzt in Kombination mit einer fachärztlich-psychotherapeutischen Qualifikation.

Fazit

Eine Akutversorgung mit Clearing und der angestrebten steuernden Funktion stellt höchste Ansprüche an den verantwortlichen Arzt. Bisher wird dies durch keinerlei positiven Anreiz finanzieller oder administrativer Art gefördert.

Der vorgelegte Arbeitsentwurf erschwert durch vielfältige Inkonsistenzen und definitorische Unklarheiten eine konstruktive Rezeption und Auseinandersetzung. Er erscheint darüberhinaus stark berufspolitisch-psychiatrisch orientiert und damit wenig hilfreich für wirkliche Verbesserungen der Akutversorgung psychisch Kranker. Der vorliegende Entwurf bedarf dringend einer weiterführenden Diskussion und grundlegender Überarbeitung. Hierbei sind die geltenden Standards der psychologisch-psychotherapeutischen Approbationsordnung und der ärztlichen Weiterbildungsordnung zu berücksichtigen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christian Messer
Bundesverband Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e. V.
Ansbacher Str. 13
10787 Berlin
E-Mail: info@praxis-messer.de