

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- Versorgungsauftrag unter dem Aspekt der Bedarfsplanung -

C. Messer; B. Palmowski
Berlin

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein eigenständiges ärztliches Fachgebiet. Es ist in Approbationsordnung, Weiterbildungsordnung sowie Gebührenordnung in der Medizin und im deutschen Gesundheitswesen fest etabliert. Trotz umfassender und aufwändiger fachärztlicher Qualifikation sind Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Bedarfsplanung jedoch bisher der Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Therapeuten zugeordnet, die grundsätzlich anders qualifiziert ist. Diese Regelung steht im Gegensatz zum Versorgungsauftrag der Deutschen Ärzteschaft und zum Versorgungsbedarf der Bevölkerung.

Aus- und Weiterbildung

Im Anschluß an die berufliche Ausbildung mit abgeschlossenem Studium der Humanmedizin und der Approbation als Arzt folgt eine mindestens fünfjährige vollzeitige fachliche Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die gesamte Aus- und Weiterbildungszeit erstreckt sich in der Regel über ca. zwölf Jahre. Das Gebiet ist medizinisch interdisziplinär angelegt (1) und beinhaltet die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Ätiologie und Bewältigung psychosoziale Faktoren und körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Die Muster-WBO schreibt drei Jahre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ein Jahr Psychiatrie und ein Jahr Innere Medizin vor. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügen somit über eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowohl in der Psychotherapie wie in der somatischen Medizin. Diese doppelte Kompetenz auf Facharztniveau begründet den besonderen Versorgungsauftrag des Fachgebiets.

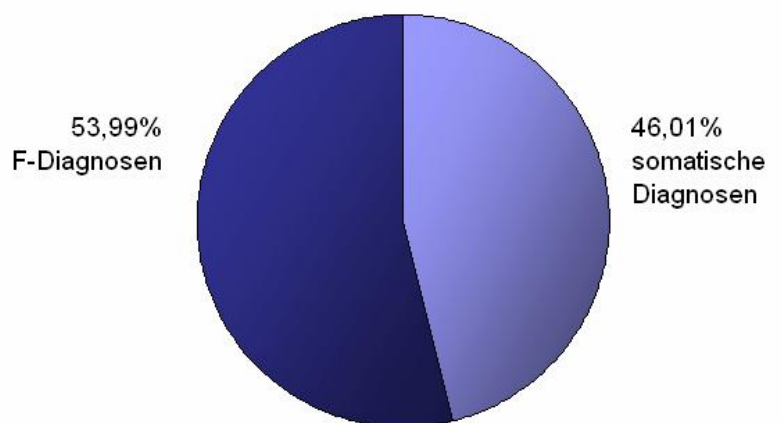
Morbidität

Die Prävalenz psychosomatischer Erkrankungen in der Stadtbevölkerung liegt bei ca. 10% (2). Inanspruchnahmepopulationen beispielsweise im hausärztlichen oder auch im speziell fachärztlichen stationären Sektor zeigen bis zu 40% somatoforme Störungen (3). Es besteht ein hohes Maß an Fehl- und Unterversorgung dieser komplex erkrankten und kostenträchtigen Patientengruppe. Zur dringend notwendigen medizinischen Versorgung dieser großen Patientenpopulation hat die Deutsche Ärzteschaft 1992 das heutige Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführt.

Zur Qualitätssicherung führt die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) - Landesverband Berlin/Brandenburg e. V. in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e. V. eine fortlaufende Erfassung von Morbidität und Leistungsgeschehen in der ambulanten Versorgung des Fachgebiets durch. Die vorliegenden Daten des Dokumentationssystems Psychosomatische Medizin (DSP[®]) für die ambulante Versorgung

Morbidität Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

5 Diagnosen / Fall



belegen eine gezielte und effektive Versorgung dieser kritischen Population.

Die globale Krankheitslast ist mit fünf ICD-codierten Diagnosen pro Fall erheblich. Das Erkrankungsspektrum zeigt eine nahezu hälftige Aufteilung zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen. 53,99 % der gestellten Diagnosen sind dem Kapitel F der ICD 10 zugeordnet, 46,01 in somatischen Kapiteln (4). Es sei hier ausdrücklich bemerkt, daß es sich um ärztlich selbst gestellte bzw. geprüfte Diagnosen handelt.

Die hier belegten Leidenszustände sind also in der Tat im wahrsten Sinne des Wortes psychosomatisch.

1) Psychische Morbidität

Das seelische Krankheitsgeschehen nach Kapitel F der ICD 10 wird in der untersuchten Patientenpopulation mit einem Anteil von 52,85 % der Diagnosen deutlich durch die unter F 4 –

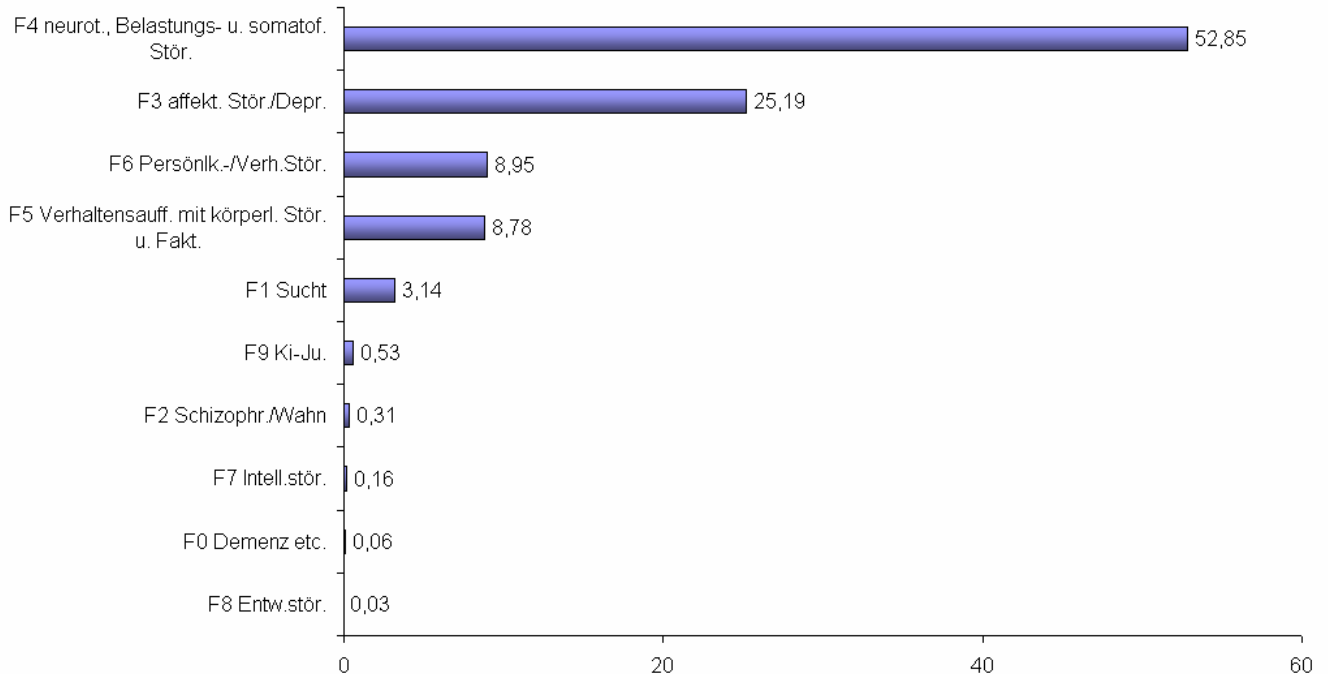
und finden sich lediglich in weit unter 1 % der Fälle.

2) Somatische Morbidität

Im Ranking der körperlichen Krankheiten führt mit deutlichem Abstand das Kapitel M - Orthopädie. Dies steht im Einklang mit der großen Prävalenz von Rücken- und Gelenkschmerzsyndromen in der Bevölkerung und deckt sich mit den bekannten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeitsstatistiken der Kostenträger.

Im Weiteren folgen die Kapitel G - Neurologie, K - Gastro-Enterologie, I - Kardiologie-Angiologie und E - Endokrinologie/Stoffwechselerkrankungen. Die vergleichsweise häufigen Kodierungen unter Kapitel R - abnorme Befunde entsprechen dem oft vagen, wechselnden und schwer klassifizierbaren Charakter der Beschwerden psychosomatischer Patienten. In jedem Fall zeigt sich ein sehr breites Spektrum somatischer Morbidität. Bei der oben festgestellten Häufigkeit dieser Erkrankungen in der

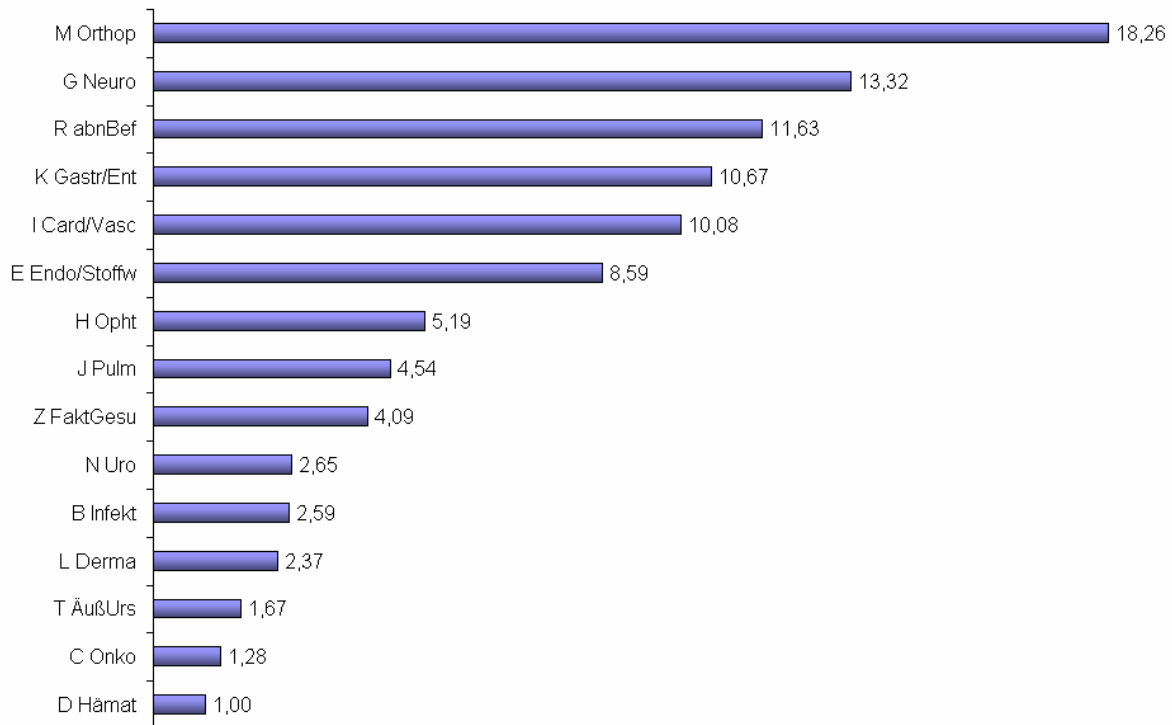
F-Diagnosen nach ICD-Gruppen in %



neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zusammengefaßten Erkrankungen dominiert (Abb 2). Die ICD-Gruppe des Kap. F mit somatischer Symptomprägnanz findet sich somit an erster Stelle. Psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinne fehlen hingegen nahezu vollständig

zu versorgenden Patientenpopulation unterstreicht auch deren Vielgestaltigkeit eindrucksvoll die besondere Bedeutung, die dem Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der somatischen Medizin im Rahmen der Facharztweiterbildung in der Psychosomatischen Medizin zukommt.

somatische Diagnosen in % (>1%)



Diese Befunde geben das reale Krankheitsgeschehen der im Dokumentationssystem kooperierenden Praxen wieder. Die mitgeteilten Diagnosen der KV-Abrechnungen werden hiervon abweichen (s. unten).

Ergebnisse

Die vorliegenden Daten zur Versorgung dieser Patientenpopulation zeigen eine sehr hohe Effektivität und Effizienz der im Fachgebiet möglichen kombinierten psychotherapeutisch-somatischen Interventionen. Nicht nur die subjektive Symptomatik geht hochsignifikant zurück (5) sondern insbesondere auch die zum Krankheitsgeschehen gehörenden Auswirkungen der Fehlversorgung. Dies betrifft die für Arzt, Patient und Gesundheitswesen gleichermaßen belastende stark erhöhte Zahl von nicht indizierten Arztbesuchen, stationären Aufnahmen und apparativ-technischen Maßnahmen.

Struktur

Mit Stand Dezember 2010 waren 3981 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als berufstätig gemeldet, 3089 davon im ambulanten Sektor (6). Es ist also klar ersichtlich,

daß der Schwerpunkt des Gebiets in der ambulanten Versorgung liegt. Die Größe der Fachgruppe liegt im mittleren fachärztlichen Bereich, ähnlich wie Urologie, HNO-Heilkunde oder Dermatologie.

Das Versorgungsspektrum der Praxen ist sehr breit und heterogen. Dies ist vor allem der historischen Tatsache geschuldet, daß vor Einführung des eigenständigen Fachgebiets die Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten weitestgehend den ausschließlich psychotherapeutisch ermächtigten Praxen oblag. Diese Praxen wurden im Rahmen von Übergangsregelungen als Facharztpraxen in das neue Fachgebiet übernommen. Das Spektrum umfaßt somit noch einen größeren Anteil spezialisierter, praktisch ausschließlich psychoanalytisch arbeitender Praxen mit einer Fallzahl von 15/Quartal und einen zunehmenden Anteil von Versorgungspraxen mit beispielsweise 200 Fällen/Quartal. Ebenso unterschiedlich ist das Leistungsgeschehen. Wenn psychoanalytische Spezialpraxen bei einem Psychotherapieanteil von deutlich über 90% liegen und kaum fachärztliche Leistungen des Kap. 22 erbringen, so finden sich gleichfalls psychosomatisch versorgende Praxen mit einem Psychotherapieanteil von unter 80% oder sogar unter 50%, die also über die Hälfte ihres

Leistungsgeschehens im fachärztlichen Bereich haben.

Versorgungspraxen, die derzeit unter ökonomischen Nachteilen gegenüber den ausschließlich psychotherapeutischen Praxen mit dazu noch deutlich unterschiedlichen Kostenstrukturen arbeiten, zeichnen sich durch folgende Versorgungsmerkmale aus:

- Es erfolgt eine fachärztliche Diagnostik und Differentialdiagnostik mit differentieller Indikationsstellung bei psychosomatisch Erkrankten zur weiteren Behandlungsplanung.
- Behandlung und sonstige Versorgung erfolgen ganz überwiegend in der eigenen Praxis, ohne dass „on top“ zusätzliche parallele Behandlungspfade veranlaßt werden. Dies ist möglich durch die besondere Qualifikation in einem psychotherapeutischen Zweitverfahren und obligatorisch auch in der Gruppenpsychotherapie.
- Dabei beträgt der Anteil der Patienten, die sich ein Jahr nach Erstkontakt in einer Richtlinien-Psychotherapie befinden, lediglich etwa 25%.
- Die Patienten werden in allen sozialmedizinischen Fragestellungen umfassend betreut. Diese Problematiken sind häufig sehr komplex und im Versorgungsalltag mit erheblichem Aufwand verbunden.
- Die primäre somatische (Mit-)Behandlung ist gewährleistet, was kostenintensives und sinnloses Ärztehopping sowie neurotische Fixierungen von Krankheitssymptomen verhindert.
- Bei Versorgungspraxen beträgt der Zeitraum zwischen telefonischem Erstkontakt und Ersttermin durchschnittlich 10 Werktage (6).

ARTEFAKT #1: ähnliche ICD Diagnosen wie psychologische Psychotherapeuten in der KV-Abrechnung

Bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie darf im Hinblick auf die korrekte Kodierung insbesondere somatischer Erkrankungen ein verfälschendes Moment nicht übersehen werden. Aufgrund der Benachteiligungen in der Bewertung und Mengensteuerung ihrer fachärztlichen Leistungen unterliegen sie einem diskriminierenden Druck in Richtung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie.

Durch die Systematik des Gutachterverfahrens und die Vorgaben der Richtlinien ergibt sich im Alltag einerseits eine im Patienteninteresse äußerst problematische, keinesfalls wünschenswerte Tendenz zur Selektion von „weniger“ kranken Patienten mit voraussichtlich administrativ komplikationsfrei durchführbarer Behandlung. Wenn andererseits Fachärzte für Psychosomatische Medizin dennoch ihrem Versorgungsauftrag verantwortungsvoll nachkommen wollen, stehen sie unter einem impliziten Druck zur Dissimulierung und Bagatellisierung von Morbidität. Jeder Arzt muß bei der Planung einer künftigen Behandlung selbstverständlich darauf bedacht sein, die Genehmigung des gewünschten Stundenkontingents nicht durch störende Morbidität zu gefährden, sondern bemüht sein, einschränkende Befürwortungen des Gutachters oder gar eine Ablehnung tunlichst zu vermeiden. In völligem Gegensatz zu allen anderen medizinischen Fächern und auch zum stationären Sektor in der Psychosomatik, wird der mit einem Psychotherapieantrag befasste Arzt dazu neigen, Erkrankungen unter den Tisch fallen zu lassen oder wenigstens zu beschönigen. Dies führt bekanntermaßen zu einem drastischen Minderkodieren somatischer Morbidität. Lieberz stellt in einer Studie zu Kostenübernahmeanträgen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie fest, daß somatische Morbidität „so gut wie nie“ erfasst wird (8). Die somatische Seite des Leidens wird unter diesen Bedingungen bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hierdurch der notwendigen Dokumentation entzogen.

Nichtsdestotrotz ist es so, daß jeder psychotherapeutisch tätige Arzt im Behandlungsprozeß kontinuierlich aktuelle, aber auch frühere, körperliche Symptome des Patienten berücksichtigt. Jedem Arzt ist es selbstverständlich geläufig, anhand weniger gezielter Fragen beispielsweise die Dignität von Brust-, Kopf- oder Rückenschmerzen des Patienten zu abzuklären, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung externer apparativ-technischer Befunde. Wenn hier medizinische Qualifikation und Erfahrung in der psychosomatischen Behandlung des multimorbiden Patienten unmittelbar zum Einsatz kommen, erfolgt damit eine hocheffiziente Steuerung im Hinblick auf den Einsatz von Ressourcen im

Gesundheitswesen. Wiederholte Parallel- und Doppeluntersuchungen werden so vermieden.

In der KBV werden die Diagnosen nicht nach Behandlern getrennt geführt, so dass der irreführende Eindruck einer somatischen Kompetenz bei Nicht-Ärzten entstehen kann. (Ein ähnlicher Eindruck könnte entstehen, wenn man beispielsweise in einer Anwaltskanzlei eine Auflistung der Mandanten bezüglich bestehender körperlicher Erkrankungen vornehmen würde. Niemand käme aber auf die Idee, hier die Behandlung körperlicher Erkrankungen zu vermuten). Es ist evident, dass Diagnosen außerhalb von Kapitel F ausschließlich von Ärzten gestellt werden können. Eine Behandlung nach den Psychotherapierichtlinien durch einen Nicht-Arzt ist gebunden an die vorherige Erstellung eines ärztlichen Konsiliarberichts.

ARTEFAKT #2: ähnlicher Psychotherapieanteil wie psychologische Psychotherapeuten in der KV-Abrechnung

Pauschal gesehen mag der durchschnittliche Psychotherapieanteil der Gesamtpunktzahlanforderung im „überwiegend“ psychotherapeutischen Bereich liegen. Hierzu muß jedoch ausdrücklich festgestellt werden, daß diese Situation nun wirklich nicht Ausdruck einer selbst gestalteten Patientenversorgung ist. Sie spiegelt vielmehr den Effekt verteilungspolitischer Zwangsmaßnahmen zum Nachteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und ihrer Patienten wieder (9). Diese diskriminierenden Honorarverteilungsregelungen betreffen sowohl die Bewertung der fachärztlichen Kernleistungen des Kap 22 EBM wie auch spezifische Budgetrestriktionen. Der nüchterne Blick auf die Leistungsbewertung macht klar, daß ein Facharzt für Psychosomatische Medizin seine Praxis gar nicht mit dem Erlös aus den Fachgebietsleistungen führen kann. Hinzu kommen mitunter geradezu groteske Budgeteinschnürungen. So gibt es KVen, die eine Obergrenze von 3000min/Quartal (50 Std.!) für fachärztliche Leistungen bei Psychosomatikern festlegen. Das ist ein faktisches Berufsverbot. Ein Facharzt für Psychosomatische Medizin mag also noch so hochkarätig qualifiziert sein, die Patienten noch so dringend einer

kombiniert psycho-somatischen Intervention bedürfen, die Nutzung der nur formal zur Verfügung stehenden fachärztlichen Leistungen der Gebührenordnung ist blockiert. Stattdessen wird Richtlinienpsychotherapie erzwungen.

Als einziger an der Versorgung teilnehmender Facharzt ist der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weit davon entfernt, eine ökonomisch tragfähige Versorgungspraxis durch die Erbringung von Facharztleistungen aus seinem Facharztkapitel führen zu können.

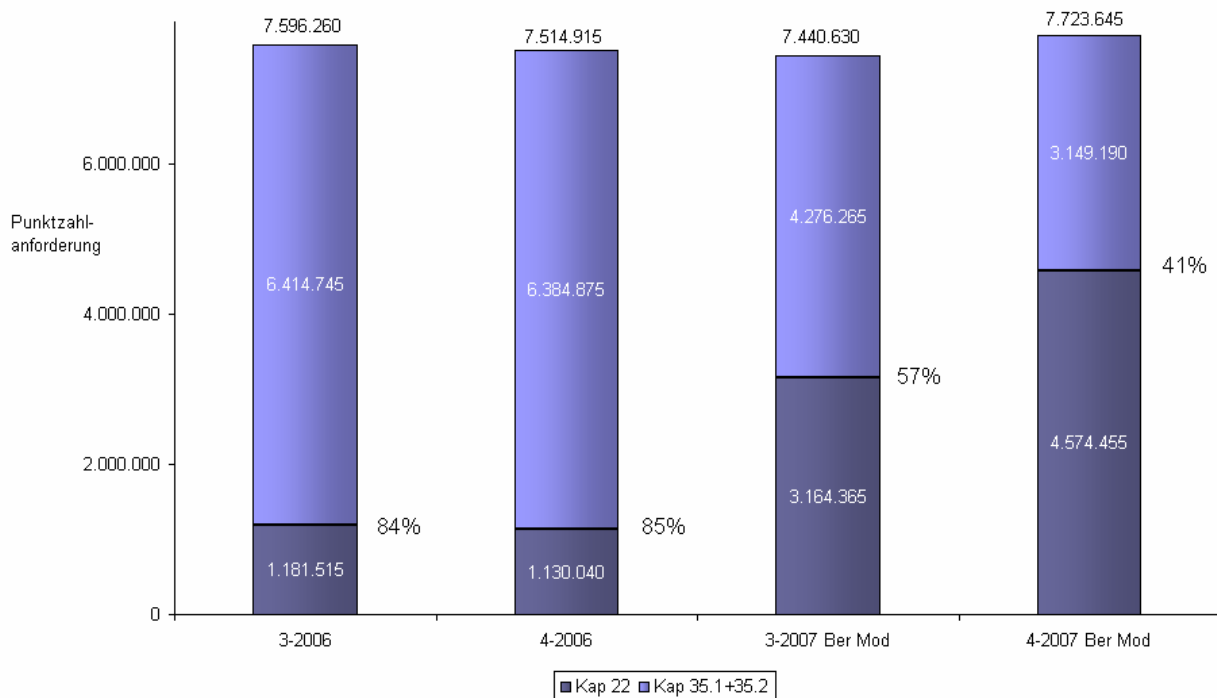
Eine große Zahl erkrankter Patienten wird durch die Vorgaben der Psychotherapierichtlinien in der Versorgung vermittelt dieser speziellen Leistungen nicht erfasst wie beispielsweise, um nur einige zu nennen, solche mit chronifizierten somatischen Leiden, prognostisch ungünstigen gravierenden u. U. malignen Erkrankungen oder bei im Richtlinienverfahren refraktärem Verlauf. Entsprechende Behandlungen sind im Rahmen der Psychotherapierichtlinien folgerichtig häufig nicht genehmigungsfähig, Anträge müssen demgemäß abgelehnt oder mit rudimentären Stundenkontingenten bedacht werden. Unmittelbare Folge ist die Abdrängung dieser psychosomatisch Kranken in nicht indizierte, individuell leidvolle und für das Gesundheitswesen überaus kostspielige Versorgungswege.

Besonders problematisch ist die durch verschiedene Kven genutzte Begründung für die Verweigerung eines adäquaten psychosomatischen Regelleistungsvolumens. Im Sinne eines sich selbst begründenden repetitiven Zirkelschlusses wird die Formulierung aus der Bedarfsplanungsrichtlinie angeführt §18(2) „Ausschließlich psychotherapeutische tätige Ärzte sind Fachärzte für Psychosomatische Medizin...“, was dann wieder mit den Abrechnungsfrequenzen begründet wird, was dann wieder mit §18(2) begründet wird usw.

Entsperrung der psychosomatischen Facharztleistungen Kap 22 EBM - Modellversuch der KV Berlin

Trotz dieser administrativen Diskriminierungen und finanziellen Einbußen führen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit

Veränderung des Leistungsspektrums im Berliner Modell
Anteil Richtlinienpsychotherapie in %



großem Engagement Versorgungspraxen. Ein im Rahmen der KV Berlin im Jahre 2007 auf Initiative der Fachgruppe durchgeführtes Modellprojekt mit verbessertem Zugang zu den Facharztleistungen des Kap. 22 ergab eine Zunahme dieser Leistungen um 400 % mit entsprechendem Rückgang der genehmigungspflichtigen Psychotherapie und gleichzeitig deutlicher Zunahme der Fallzahlen (10).

Bereits eine geringfügige Veränderung der Mengensteuerung ergab eine drastische Veränderung des Leistungsspektrums mit klarem fachärztlichem Profil. Wir sehen schon im ersten Quartal des Modellversuchs einen Psychotherapieanteil von lediglich 57% (Vergleichsquartal Vorjahr 84%) gefolgt von gerade eben noch 41% (Vergleichsquartal Vorjahr 85%) im zweiten Quartal. Besonders bemerkenswert ist darüberhinaus, dass die eingetretenen Umsteuerungseffekte bei unverändertem Finanzbedarf möglich waren (11).

Im Ergebnis werden also mehr Patienten bei mindestens gleicher Effektivität und deutlich höherer Effizienz unter Einhaltung von Kostenneutralität bezogen auf die Einzelpraxis fachärztlich behandelt.

Bedarfsplanung

Eine angemessene eigene Bedarfsplanung für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie fehlt.

Im Zuge des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurde eine „Arztquote“ von 40% gesetzlich festgeschrieben, die perspektivisch zu einer eigenen Bedarfsplanung des damals noch jungen Fachgebiets Psychotherapeutische Medizin führen sollte. Zwischenzeitlich wurde daraus unter dem wachsenden Zulassungsdruck ausgebildeter Psychologischer Psychotherapeuten lediglich eine 25%-Quote. Die Bedarfsplanungsrichtlinie, die zum 1.1.2013 in Kraft getreten ist, sah dann gerade noch die Hälfte dieser Sitze (also 12,5%) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vor, eine insgesamt doch bemerkenswerte Schrumpfung – von 40% auf 12,5%. Durch Gesetzesänderung wurde diese Regelung bis zum 31.12.2015 verlängert, wobei nicht besetzte Sitze nunmehr sogar durch nicht-ärztliche Therapeuten besetzt werden können.

Diese Situation ist unhaltbar. Inakzeptabel ist hierbei nicht nur die Verweigerung der eigenständigen Bedarfsplanung. Besonders bedenklich ist die Gleichsetzung von Fachärzten mit gänzlich anders qualifizierten nicht-ärztlichen

Leistungserbringern. Eine solche Regelung ist in der gesamten Systematik einmalig und gilt für kein anderes ärztliches Fachgebiet. Man stelle sich vor, im Falle eines freien Arztsitzes würde beispielsweise ein Orthopäde durch einen Physiotherapeuten, ein Allgemeinmediziner durch eine Krankenschwester oder ein Psychiater durch einen Sozialarbeiter ersetzt werden! Ebenso wenig wäre es denkbar, einen Augenarzt durch einen HNO-Arzt zu ersetzen mit dem Hinweis darauf, beide seien am Kopf tätig.

Entsprechendes ist aber auf Grund der neuen Bedarfsplanung ab 2014 so vorgesehen, wenn im Gegensatz zu dem über mindestens zwölf Jahre somatisch und psychotherapeutisch hochqualifizierten Facharzt ein psychotherapeutisch tätiger Diplom-Psychologe mit insgesamt siebenjähriger Ausbildung und der demgemäß eingeschränkten psychotherapeutischen Approbation in Zukunft einen fachärztlichen Vertragsarztsitz übernehmen können soll.

Im Gegensatz zum Arzt kann ein psychologischer Therapeut bereits nach insgesamt sieben Jahren beruflicher *Ausbildung* mit der entsprechend eingeschränkten psychotherapeutischen Approbation einen Vertragsarzt übernehmen. Ein Arzt ist nach sieben Jahren beruflicher Ausbildung und vollumfänglicher Approbation noch lange nicht zulassungsfähig. Er kann einen Vertragsarzt erst nach weiteren mindestens fünf Jahren fachärztlicher *Weiterbildung* in Vollzeitätigkeit einnehmen. Zur Übernahme der ärztlichen Verantwortung und Haftung in der Patientenbehandlung sowie zur Erfüllung des medizinischen Versorgungsauftrags ist die berufliche Ausbildung alleine für den Arzt zur vertragsärztlichen Zulassung nicht ausreichend. Staat und Gesellschaft fordern hierfür eine zusätzliche, äußerst zeitaufwändige fachärztliche Weiterbildung. Die Gleichsetzung der Fachärzte für Psychosomatische Medizin mit den nicht-ärztlichen Therapeuten per Bedarfsplanung führt entweder zur Entwertung der ärztlichen Berufsausbildung mit der Approbation als Arzt oder zur vollständigen Entwertung der fünfjährigen Facharztweiterbildung. An dieser Stelle ergeben sich für die gesamte Ärzteschaft und das Berufsbild des Arztes weitreichende Implikationen und Risiken. Entscheidender jedoch erscheinen die Implikationen und Risiken für die betroffenen

psychosomatisch erkrankten Patienten, die dieser besonders qualifizierten Versorgung bedürfen.

In der aktuellen Situation wird der Bevölkerung der Zugang zu notwendigen und vorhandenen medizinischen Ressourcen deutlich erschwert, wenn nicht gar verweigert. Hilfesuchenden psychosomatisch Kranken wird der Weg zu dem für sie zuständigen Arzt in vielen Fällen blockiert mit der Folge weiteren persönlichen Leids und hoher Kosten für das Gesundheitswesen. Insofern scheint die jetzige Bedarfsplanung medizinisch verantwortungslos und volkswirtschaftlich unsinnig.

Für die Psychosomatische Medizin als Fachgebiet besteht ein doppelter fach- und sachfremder Verdrängungsdruck, zum einen durch die stark nachwachsenden, weit weniger aufwändig qualifizierten psychologischen Therapeuten und durch die für ein anderes ärztliches Fachgebiet weitergebildeten Fachärzte für Psychiatrie, die ohnehin über eine eigene fachgebietsspezifische Bedarfsplanung verfügen. Es ist nachvollziehbar, daß die berufspolitischen Vertretungen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater in den jetzigen Regelungen für ihre Gruppierungen kein Problem sehen.

Die jetzige Praxis ist nicht kompatibel mit SGB V §101. Hier ist eine Zuordnung psychotherapeutisch tätiger Ärzte auf Grundlage ihres psychotherapeutischen Leistungsvolumens festgeschrieben und zwar unabhängig vom Fachgebiet. Eine Einschränkung der Berufsausübung auf eine Tätigkeit jenseits des eigenen Fachgebiets in einem berufs- und fachübergreifenden Sonderleistungsbereich wie der Psychotherapie findet sich im SGB V nicht. Der Zwang zur ausschließlichen Erbringung psychotherapeutischer Leistungen ergibt sich lediglich aus der Bedarfsplanungsrichtlinie §18(2). Die hier aufgeführte Formulierung „Ausschließlich psychotherapeutische tätige Ärzte sind Fachärzte für Psychosomatische Medizin...“ ist willkürlich und kann eigentlich nur historisch verstanden werden. Sie ist heute obsolet und steht einer angemessenen und zeitgemäßen Versorgung im Wege.

Fazit

Die jetzige Praxis der Bedarfsplanung für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entspricht nicht der differenzierten Systematik unterschiedlicher Berufe im Gesundheitswesen. Unterschiedliche berufliche Ausbildung und die Bedeutung ärztlicher Weiterbildung werden nicht ausreichend berücksichtigt.

Erhebliche, grundsätzliche Bedenken bestehen im Hinblick auf das Recht zur freien Berufsausübung.

Darüberhinaus steht die bisherige Regelung im Widerspruch zum Versorgungsauftrag der Deutschen Ärzteschaft und zum Versorgungsbedarf der Bevölkerung.

Es besteht konkreter Handlungsbedarf.

Lösung

1. Einführung einer eigenständigen Bedarfsplanung für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die Zahl der Sitze kann durch Kalkulation auf Basis der Anrechnungsfaktoren bereinigt werden. Die Möglichkeit der Zulassung als reiner Psychotherapeut ggf. im Rahmen einer Arztquote unter Verzicht auf Tätigkeit im Fachgebiet zur ausschließlichen Erbringung von Psychotherapie ist hiervon wie in den anderen ärztlichen Gebieten unberührt.

2. Alternative (einstweilig): **Zuordnung der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Gruppe der ärztlichen P-Fächer.** Ein Planungsschutz wäre mittels Mindestquote möglich. Vorteilhaft gegenüber der jetzigen Regelung wäre eine der Aus- und Weiterbildung entsprechende Zuordnung. Die Möglichkeit der Zulassung als reiner Psychotherapeut ggf. im Rahmen einer Arztquote unter Verzicht auf Tätigkeit im Fachgebiet zur ausschließlichen Erbringung von Psychotherapie ist hiervon wie in den anderen ärztlichen Gebieten ebenfalls unberührt.

Literatur

(1) Tress W: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Versuch einer

Standortbestimmung. *Ärztliche Psychotherapie* 2012; 1, 52-53

(2) Schepank H: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung - eine epidemiologische Studie in Mannheim. Springer, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo (1987)

(3) Creed F, Barsky A, Leiknes KA: Epidemiology: prevalence, causes and consequences. Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress. Cambridge University Press 2001

(4) Palmowski B: Morbidität in der ambulanten Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie 2012; 7, 118-125.

(5) Nolte S, Fischer HF, Rose M, Palmowski B: Outpatient psychosomatic medicine in Germany – patient characteristics and results from routine longitudinal outcomes assessment of 382 patients treated by Specialists for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in 13 outpatient medical practices (in Vorbereitung)

(6) Bodenstein D: Versorgungsrealität. *Ärztliche Psychotherapie* 2011; 6, 268-269

(7) Kugelstadt A: Wartezeit in der Psychotherapie, *Ärztliche Psychotherapie* 2012; 7, 54-56

(8) Lieberz K et al: Erst- und Umwandlungsanträge bei den psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2010; 56, 244-258

(9) Messer C: Vorläufige Stellungnahme des BDPM zum Zwischenbericht des Gutachtens "Zur ambulanten psychosomatischen / psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz" *Ärztliche Psychotherapie* 2012; 7, 134-136

(10) Jäckel M: KV Berlin, 2007

(11) Kraffel U: KV Berlin, 2008

Dr. med. Christian Messer
(Präsident des BDPM e. V.)

Dr. med. Bernhard Palmowski
(Vize-Präsident des BDPM e. V.
Vorsitzender des LV Berlin/Brandenburg
der DGPM e. V.)

Korrespondenzadresse:
Bundesverband Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e. V.
Ansbacher Str. 13, 10787 Berlin
E-mail: info@bdpm-online.de