

Stellungnahme zur geplanten Befugnisserweiterung für psychotherapeutisch tätige Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen auf die Beurteilung medizinischer Notwendigkeit

**Christian Messer, Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
(BDPM) e. V.**

1. Befugnis zur Einweisung in ein Krankenhaus

1.1 Die Erkennung einer medizinischer Notwendigkeit

Der Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht die Neueinführung der Befugnis zur Krankenhauseinweisung für psychotherapeutisch tätige Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen vor.

Dagegen fordert der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner kürzlich beschlossenen Richtlinien die strenge Überprüfung der *medizinischen* Notwendigkeit bei der Veranlassung von Krankenhausbehandlung.

Als Ziel und Zweck der Richtlinie wird unter § 1 angegeben "... Belegungen der Krankenhäuser mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden, die der Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht bedürfen". Die Richtlinie ist unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2171/2015-01-22_KE-RL_Neufassung_BAnz.pdf auf der Homepage des GBA nachzulesen. Im Folgenden soll zu einigen Kernpunkten Stellung genommen werden.

Vorangestellt sei, dass aktuell insgesamt 38.908 Psychotherapeuten ambulant tätig sind (Bundesarztregister, Stand Dezember 2014). Diese setzen sich zusammen aus 18.281 psychotherapeutisch tätigen Ärzten („ärztliche Psychotherapeuten“) und 20.627 psychotherapeutisch tätigen Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen („psychologische Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“).

Der 118. Deutsche Ärztetag hat unmissverständlich bekräftigt, dass jeder Arzt, der den Zusatztitel Psychotherapie/fachgebundene Psychotherapie oder den Begriff Psychotherapie in seiner Gebietsbezeichnung führt, Psychotherapeut ist (Beschluss VI-99). Ärztliche Psychotherapeuten sind auf Grundlage ihrer medizinischen Kompetenz uneingeschränkt zur Krankenhauseinweisung zugelassen. Bei nicht-medizinischen Psychotherapeuten wäre dies ein Novum.

Krankenhausbehandlung erfordert die Erkennung einer medizinischen Notwendigkeit. In § 1.1.1 der Richtlinie ist festgehalten: „Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss.“

Psychotherapeutisch tätige Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen (Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sind qua ihrer Ausbildung nicht in der Lage, medizinische Notwendigkeiten zu beurteilen. Hierfür bedarf es als beruflicher Qualifikation eines abgeschlossenen Medizinstudiums mit entsprechender Vollapprobation. Dies ergibt sich unmittelbar evident aus dem Terminus „*medizinische* Notwendigkeit“.

Daher dürfen auch Pflegekräfte, Physiotherapeuten oder Heilpraktiker keine Krankenhauseinweisungen veranlassen, obwohl sie über wesentlich umfassendere medizinische

Kenntnisse verfügen als pädagogische, psychologische und sozialpädagogische Psychotherapeuten. Es verstößt gegen das verfassungsrechtliche Gebot der Gleichbehandlung, eine medizinische Befugnis auf drei Berufsgruppen auszudehnen und sie anderen, die medizinisch umfassender ausgebildet sind, gleichzeitig zu verwehren. Immerhin ist in § 3 der Richtlinie explizit die Geburtshilfe als Krankenhausbehandlung genannt, sodass folgerichtig medizinisch gut ausgebildeten Geburtshelfern eine Einweisungsbefugnis nicht weiter vorenthalten werden könnte. Wenn aber einem medizinisch ausgebildeten Beruf die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit abgesprochen wird, wie kann sie andererseits medizinisch nicht ausgebildeten Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen zugestanden werden?

Insofern stellt die geplante Befugnisweiterung auch einen erheblichen ordnungspolitischen Eingriff in die ärztliche Berufs- und Approbationsordnung dar, der zuvor auf seine Rechtmäßigkeit überprüft werden muss.

Die Richtlinie stellt in § 1.3.1 fest: „Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht.“ Hier ist der Beschluss VI 05c des 118. Deutschen Ärztetages von Bedeutung, in dem es heißt: „Die Psychotherapie ist Teil der ärztlichen Therapie, die somatische, pharmakologisch und sozialmedizinische Kenntnisse erfordert“. Diese Kompetenzen sind für die Beurteilung einer Notwendigkeit, die medizinisch begründet sein soll, unverzichtbar. Dementsprechend sind auch in § 3.2.2 der Richtlinie als Kriterien der Krankenhausbehandlung ausschließlich andere als psychotherapeutische genannt: „Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für medizinische Versorgung der Patienten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung;“

Pädagogische, psychologische und sozialpädagogische Psychotherapeuten verfügen definitiv nicht über die erforderlichen somatischen, pharmakologischen und sozialmedizinischen Kompetenzen. Sie besitzen ausschließlich spezielle psychotherapeutische Kompetenzen. Ihre heilkundliche Approbation ist aus diesem Grunde auf diesen Bereich eingegrenzt.

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen die elementaren Anforderungen der inhaltlich fundierten beruflichen Eignung zur Krankenhauseinweisung im Falle psychotherapeutisch tätiger Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen außer Kraft gesetzt werden sollen. Geradezu paradox mutet es an, wenn diese Ausweitung zeitgleich mit der erheblichen Verschärfung von Regelungen für beruflich uneingeschränkt geeignete Einweiser erfolgen soll.

1.2 Beurteilung einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung in ärztlichen Fachgebieten

Psychotherapie ist eine Behandlungsweise, die sich in verschiedenen Verfahren abbildet. Sie ist kein Fachgebiet. Folgerichtig ist die stationäre Psychotherapie nie als solche ausgewiesen, sondern findet in ärztlichen Gebieten statt, vornehmlich in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Daher widerspricht eine Befugnisausdehnung mehreren Grundsätzen der Krankenhauseinweisungsrichtlinie. In § 3.1.1 der Richtlinie ist dementsprechend ausgeführt: „Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie oder er selbst, gegebenenfalls mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung – gegebenenfalls

auf Überweisung – beispielsweise durch a) eine weitere Vertragsärztin oder einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis, b) ...ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.“

Die KBV kommentiert an dieser Stelle unter der Überschrift „Vertragsärzte müssen künftig alle ambulanten Möglichkeiten kennen“ kritisch „Künftig müssen Vertragsärzte vor einer Krankenhauseinweisung alle ambulanten Behandlungsangebote als Alternative in Erwägung ziehen. Das bedeutet, dass sie sich über sämtliche Angebote informieren müssen. Die KBV lehnt die neue Regelung als überzogen ab.“ Die stellvertretende KBV-Vorsitzende Dipl.-Med. Regina Feldmann sagt: „Dass Vertragsärzte zuerst alternative ambulante Behandlungsmöglichkeiten abwägen, bevor sie einen Patienten ins Krankenhaus schicken, ist eine Selbstverständlichkeit. Dass sie aber alle vorhandenen Möglichkeiten in Erwägung ziehen müssen, unabhängig davon, ob sie diese beispielsweise überhaupt kennen können, ist im Praxisalltag nicht zu leisten“. Die neue Regelung, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gegen die Stimmen der KBV beschlossen hat, bringe einen enormen Aufwand mit sich. „Die Zeit, die die niedergelassenen Ärzte hierfür aufbringen müssen, wird für die Versorgung anderer Patienten dringend benötigt“, so Feldmann.

1.3 Risiko einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zudem bestehe durch die neue Regelung das Risiko, dass Vertragsärzte sich im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für Krankenhauseinweisungen rechtfertigen müssen, fügt Feldmann hinzu.

Vor diesem Hintergrund ist es verwunderlich, dass nun pädagogische, psychologische und sozialpädagogische Psychotherapeuten Einweisungen in ärztliche Fachabteilungen vornehmen können sollen, ohne die ambulant tätigen Gebietsärzte mit den nur dort verorteten somatischen, pharmakologischen und sozialmedizinischen Kompetenzen hierzu vorab zu Rate zu ziehen.

Nicht zuletzt soll erwähnt werden, dass in psychiatrischen Abteilungen der Großteil der Einweisungen, soweit bekannt bis zu 70% und mehr, Selbsteinweisungen sind. Dies liegt in der Natur einiger psychiatrischer Erkrankungen, und zeigt, dass hier unter sachlichen Gesichtspunkten keine Notwendigkeit für eine zusätzliche Befugnisausweitung bzw. Förderung von Einweisungen besteht.

Bei der Einweisung in psychosomatische Abteilungen bestehen jedoch naturgemäß besondere Anforderungen. Die somatische Qualifikation ist hier eine *Conditio sine qua non*, um Fehlleitungen von Patienten, die etwa primär in somatische Abteilungen einzuweisen sind, zu vermeiden.

1.4 Haftung

Gravierende Bedenken bestehen darüber hinaus zu Fragen der Haftung. Diese ergeben sich unmittelbar aus der ungewöhnlichen Situation, dass Personen ohne erforderliche Qualifikation zu folgenreichen medizinischen Entscheidungen herangezogen werden sollen.

Die rechtlichen Konsequenzen der Übertragung medizinischer Verantwortung auf psychotherapeutisch tätige Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen sind nicht einmal ansatzweise diskutiert, geschweige denn geklärt.

2. Befugnis zur Indikationsstellung einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung

Im Wesentlichen gelten die oben beschriebenen Ausführungen zur Krankenhausbehandlung. Insbesondere für die Indikation psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung ist die Beurteilung somatischer Mitbehandlungsnotwendigkeiten unabdingbar. Psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen finden sich in den unterschiedlichsten Kombinationen mit somatischen Abteilungen. Das trifft übrigens auch für Krankenhäuser zu, in denen Psychosomatische Abteilungen strukturell innerhalb eines medizinischen Krankenhaus-Gesamtkonzepts eingebunden sind. Dies ist eine zusätzliche Besonderheit, die für „Zentren für seelische Gesundheit“, die in aller Regel psychiatrische Einrichtungen bezeichnen, nicht zutrifft.

Auch bei der Einleitung einer beruflichen Rehabilitation ist in der Regel das körperliche Leistungsbild erheblich maßgebend, sodass eine Ausdehnung auch hier nicht sinnvoll erscheint.

3. Befugnis zur Verschreibung von Soziotherapie

Hier scheint – wie im Übrigen für die vorgenannten Punkte - eine rein berufspolitische Motivation vorzuliegen. Auch ist diese Forderung inhaltlich an die Forderung der Befugnisausweitung auf Krankenhauseinweisung durch die Richtlinie des GBA zur Erbringung von Soziotherapie in § 1.3.1 gebunden: „Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.“ Es wird sicherlich auch darauf abgezielt, dann in § 4 unter „Ärztliche Verordnung“ in Abs.2 „Folgende Fachärztinnen oder Fachärzte dürfen Soziotherapie verordnen:“ gleichrangig mit Fachärzten genannt zu werden. Ob hier eine Ausweitung eines Soziotherapie-sektors erfolgen soll, möge den Kostenträgern überlassen werden.

Berlin, 27.05.2015

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christian Messer
Präsident Bundesverband Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e.V.
Ansbacher Str. 13
10787 Berlin
Tel: 030 612 88 300
Fax: 030 612 88 301
Mail: messer@bdpm-online.de