

Wartezeit durch Fehlversorgung

Wie somatoforme Störungen fachärztliche Kapazität belasten und Psychosomatische Medizin zu einer Lösung beitragen kann

C. Messer; D. Bodenstein; B. Palmowski

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

Patienten warten oft lange auf einen Arzttermin. Fristen von mehreren Monaten für einen Termin insbesondere beim Facharzt werden beklagt. In Öffentlichkeit und Politik ist eine heftige Debatte über Ursachen und mögliche Lösungsmöglichkeiten dieses Problems entbrannt. Die neue Bundesregierung fordert in der Koalitionsvereinbarung eine Höchstwartezeit von vier Wochen und plant für den Fall des Überschreitens dieser Frist die Behandlung dieser Patienten im Krankenhaus mit Einzug der entstehenden Kosten bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine derartige Praxis würde allerdings nicht nur zu drastischen Kostensteigerungen führen. Sie erscheint für die Betroffenen darüberhinaus eher zynisch angesichts der Tatsache, dass die Kassenärzte für einen Mangel beschuldigt und bestraft würden, den diese keineswegs verursacht haben, sondern dessen Leidtragende sie selbst sind.

Ursachen

Die Ursachen der offensichtlichen Überlastung des Systems erscheinen vielfältig und reichen von nationalen Besonderheiten in der Häufigkeit von Arztkontakten über die Folgen demographischer Entwicklungen und den Versichertenstatus bis hin zu den Konsequenzen des bereits spürbaren Ärztemangels und der ungleich verteilten Arztdichte zwischen Stadt und Land. Nicht zu leugnen sind darüberhinaus die unmittelbaren Auswirkungen eingreifender Budgetierungsmaßnahmen im ambulanten Bereich. Unverständlich ist angesichts der kritisierten Engpässe, dass im ambulanten Sektor die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten durch Assistenzärzte in Weiterbildung nicht genutzt werden, während dies im stationären Sektor selbstverständlich ist. Es kann auch nicht verschwiegen werden, dass die Preise für ambulante ärztliche Behandlung ein mitunter bizarres Niveau erreicht haben, beispielsweise augenärztliche Betreuung pro Patient und Quartal in manchen KV-Bezirken für knapp über 20 € und für die gesamte hausärztliche Betreuung für knapp über 40 €.

Ein bisher wenig untersuchter Faktor für das Missverhältnis zwischen drängender Nachfrage und unzureichender Versorgungskapazität erscheint jedoch auch die überhäufige und aufwändige Fehlversorgung hilfeschender Patienten an falscher Stelle beim falschen Arzt.

Somatoforme Störungen

Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern, und hier vor allem solche mit somatoformen Störungen, sind eine besonders kritische und schwierige Population. Es handelt sich um komplex Erkrankte mit häufig gleichzeitiger oder auch sequenziell auftretender Symptomatik im psychischen wie auch im körperlichen Bereich. Zum Arzt kommen diese Patienten häufig wegen Schmerzen in Kopf, Rücken und den Extremitäten, wegen herz- und verdauungsbezogener Beschwerden, wegen vegetativer

Allgemeinsymptome wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Erschöpfung (Burn-Out) oder auch innerer Unruhe, Nervosität und Angespanntheit sowie wegen sexueller Funktionsstörungen. Darüber hinaus bestehen häufig in wechselnder Ausprägung depressive und Angstsymptome. Eingehende und häufig wiederholte medizinische Abklärungen ergeben keinen ausreichenden strukturellen pathologischen Befund bei gleichwohl häufig ausgeprägten funktionellen Beeinträchtigungen.

Hohe Inanspruchnahme

Diese Patientenpopulation zeichnet sich aus durch eine besonders hohe und kostenintensive Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen mit erhöhter Anzahl konsultierter Ärzte, stark gehäuften Arztbesuchen (10 und mehr im Quartal beim gleichen Arzt), zahlreichen apparativen Interventionen, intensiver Arzneimittelbehandlung, häufigen Krankenhausaufenthalten sowie häufiger und langdauernder Arbeitsunfähigkeit und letztlich Erwerbsunfähigkeit (1). Es ist wichtig festzustellen, dass der überwiegende Teil der hohen Inanspruchnahme primär und über einen langen Zeitraum im somatischen-medizinischen Bereich erfolgt und hier vorhandene Versorgungskapazitäten unzweckmäßig belastet. Umfang und Kosten der induzierten medizinischen Maßnahmen liegen über denjenigen bei organstrukturell erkrankten Patienten.

Prävalenz

Die Prävalenz dieser Erkrankungen in der Bevölkerung liegt bei ca. 10 % (2). Besonders hoch ist sie bei Inanspruchnahmepopulationen und zwar vor allem im fachärztlichen Bereich (beispielsweise Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie etc.) wo 30 und 60 % der Patienten betroffen sind (3). Die Häufigkeit im hausärztlichen Bereich liegt zwischen 20 und 40 %. Diese Verteilung ist nicht überraschend, da die genannten Patienten wegen unbefriedigender Abklärung und Behandlung vom Hausarzt häufig für weitere medizinische Aktivitäten in die spezialisierte Versorgung überwiesen werden und dort Ressourcen beanspruchen, mit der Folge entsprechender Engpässe.

Dreifache Herausforderung

Die Herausforderungen durch somatoforme Störungen sind dreifach.

1. Für die **Patienten**. Sie leiden erheblich, haben große Angst und fühlen sich von ihren Ärzten oft unverstanden, enttäuscht, schlecht behandelt, abgeschoben und elend, hilflos ohnmächtig.
2. Für die **Ärzte**. Sie tun ihr Bestes und erleben sich angesichts der Ergebnis- und Erfolglosigkeit ihres Tuns oft unsicher, genervt, gereizt, demotiviert und überfordert.
3. Für das **Gesundheitswesen**. Die Akteure bringen hohe Summen auf und stellen enorme, im internationalen Vergleich beispielhafte Mittel bereit, nur um den Mangel und die Insuffizienz ihrer Bemühungen vorgehalten zu bekommen.

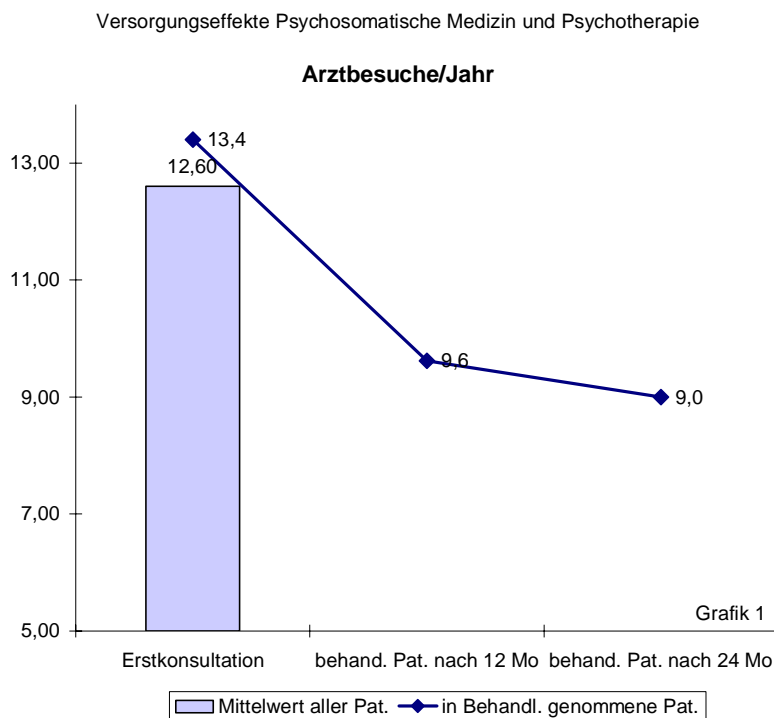
Komplexe Erkrankungen erfordern komplexe Qualifikationen

Die Versorgung dieser schwierigen Population ist eine anspruchsvolle Aufgabe und erfordert adäquat aus- und weitergebildetes Personal. Um die typische wechselnde Symptomprägnanz auf körperlicher und psychischer Ebene angemessen handhaben zu können, sind ärztlicherseits sowohl eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der

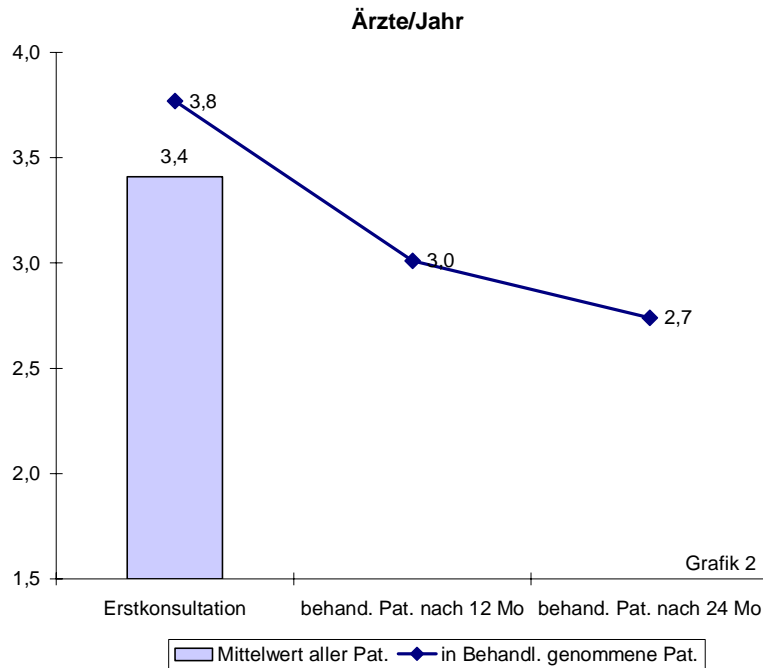
somatischen Medizin wie auch in der Psychotherapie unabdingbar („Doppelkompetenz“). Aus diesem Grund hat der Deutsche Ärztetag 1992 das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die Weiterbildungsordnung eingeführt. 4.851 Ärzte führen das Gebiet, 3.076 stehen in der ambulanten Versorgung zur Verfügung (4). Die Erfüllung des Versorgungsauftrages wird jedoch vorläufig erschwert durch unzureichende Leistungsbewertungen, lähmende und hier besonders krasse Budgetrestriktionen sowie eine dysfunktionale Bedarfsplanung. Insofern ist das Fortbestehen der eklatanten Fehlversorgung somatoformer Störungen auch hausgemacht und bedarf dringend der Weiterentwicklung und Reform.

Wirksamkeit

Die hohe Effektivität und Effizienz einer fachärztlichen psychosomatisch-medizinischen Intervention ist empirisch gut belegt. Die Daten des Dokumentationssystems Psychosomatische Medizin (DSP) (5) ergeben folgende Befunde (6).

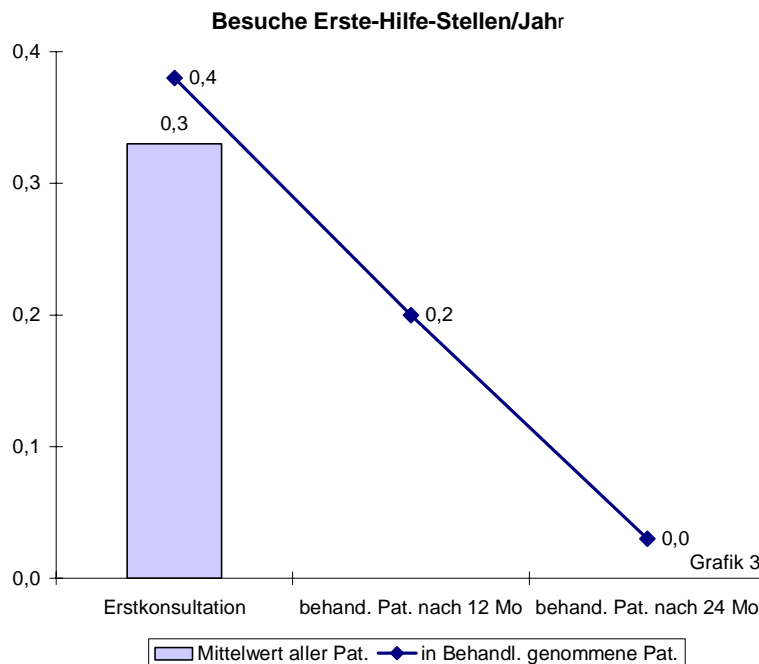


Die Anzahl der Arztbesuche (persönliche Arztkontakte, nicht Praxiskontakte) in den zwölf vorherigen Monaten (Grafik 1) liegt bei der Erstkonsultation für alle gesehenen Pat. bei 12,6/Jahr. Die in längerfristige Behandlung genommenen Patienten haben mit 13,4 Arztbesuchen/Jahr eine um 5,97% höhere Inanspruchnahme. Nach zwölf Monaten Intervention liegt die Zahl der Arztbesuche bei 9,6 (-28,21%) und nach weiteren 12 Monaten bei 9,0 (weitere -6,44%) mit einem Gesamtrückgang von 32,84%.



Die Anzahl konsultierter Ärzte in den zwölf vorherigen Monaten (Grafik 2) liegt bei der Erstkonsultation für alle gesehenen Pat. bei 3,4/Jahr. Die in längerfristige Behandlung genommenen Patienten haben mit 3,8 Ärzten eine um 9,55% höhere Inanspruchnahme. Nach zwölf Monaten Intervention liegt die Zahl der Ärzte bei 3,0 (-20,16%) und nach weiteren 12 Monaten bei 2,7 (weitere -8,97%) mit einem Gesamtrückgang von 27,32%.

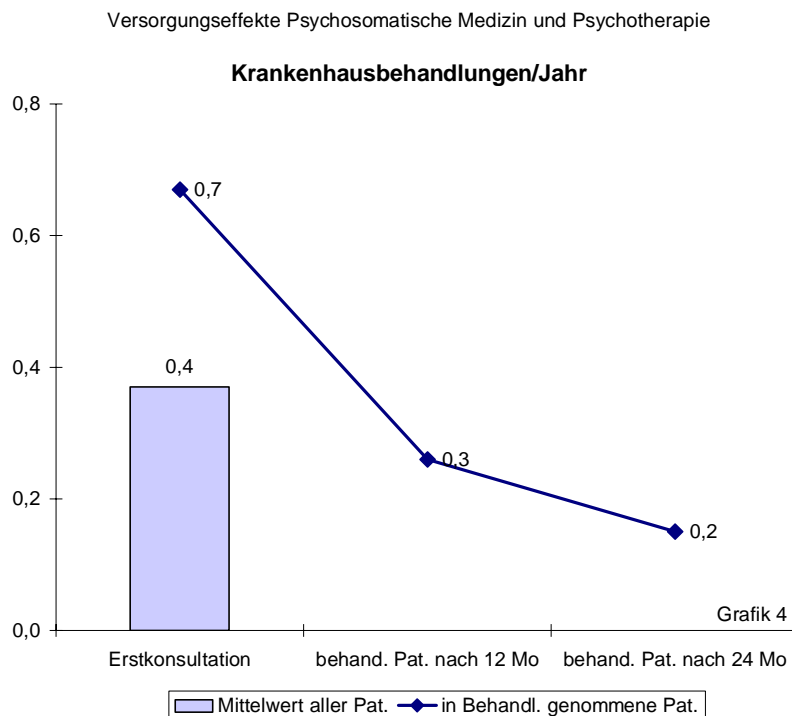
Im Verhältnis ist ein stärkerer Rückgang der Arztbesuche als der konsultierten Ärzte feststellbar. Es läßt sich vermuten, daß es somit insgesamt zu einer Entlastung in der Zahl der Termine bezüglich des einzelnen beanspruchten Arztes kommt.



Die Anzahl notfallmäßiger Erste-Hilfe-Stelle-Kontakte in den zwölf vorherigen Monaten (Grafik 3) liegt bei der Erstkonsultation für alle gesehenen Pat. bei 0,3/Jahr. Die in

längerfristige Behandlung genommenen Patienten haben mit 0,4 Erste-Hilfe-Kontakten/Jahr eine um 13,16% höhere Inanspruchnahme. Nach zwölf Monaten Intervention liegt die Zahl der Erste-Hilfe-Kontakte bei 0,2 (-47,37%) und nach weiteren 12 Monaten bei 0,0 (weitere -85,00%) mit einem Gesamtrückgang von 92,1%.

Der besonders drastische Rückgang der Erste-Hilfe-Besuche zeigt die komplette Remission des symptombedingten Krankheitsverhaltens im Hinblick auf diese nicht-indizierte Inanspruchnahme. Gerade die Erste-Hilfe-Kontakte (z. B. phobisch exazerbierter akuter Thoraxschmerz mit Oppressionsgefühl morgens um 2:00 Uhr) sind von ultimativem Hilfesuchen mit größter Dringlichkeit geprägt.



Die Anzahl Krankenhausbehandlungen in den zwölf vorherigen Monaten (Grafik 4) liegt bei der Erstkonsultation für alle gesehenen Pat. bei 0,4/Jahr. Die in längerfristige Behandlung genommenen Patienten haben mit 0,7 Krankenhausbehandlungen/Jahr eine um 44,78% höhere Inanspruchnahme. Nach zwölf Monaten Intervention liegt die Zahl der Krankenhausbehandlungen bei 0,3 (-61,19%) und nach weiteren 12 Monaten bei 0,2 (weitere -42,31%) mit einem Gesamtrückgang von 77,61%.

Hier zeigt sich die erheblich stärkere Krankheitsbelastung der in Behandlung genommenen Patienten besonders deutlich, ebenso wie der durchgreifende Effekt der Intervention.

Zweckmäßige Steuerung

Unter fachlichen und sachlichen Gesichtspunkten erscheint die Einrichtung und Unterstützung einer Sichtung, Koordinierung und für die Patienten kurzfristig entlastenden Versorgungsangebots dringlich. Für eine derartige Steuerungsfunktion erscheint der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in seinem spezifischen Qualifikationsprofil bestens gerüstet:

1. **Somatisch-medizinische Kompetenz** zur Sichtung, Bewertung und basalen Mitversorgung somatischer Morbidität sowie zur Erfüllung kompetenzbezogener Patientenerwartungen an einen medizinisch erfahrenen Behandler.
2. **Psychotherapeutische Kompetenz** zum Auffangen und beginnenden Behandeln des symptombezogenen Krankheitsverhaltens. Hierzu gehört das Vorhalten einer eigenen angemessenen psychotherapeutischen Versorgungskapazität (incl. Gruppenpsychotherapie), um entsprechende Patienten gegebenenfalls unmittelbar in Behandlung nehmen zu können. Dies dient der Vermeidung zusätzlicher paralleler Behandlungspfade "on top".
3. **Sozialmedizinische Kompetenz** zur Erkennung, Bewertung und planenden Berücksichtigung der häufig mitbestehenden hochrelevanten Belange von Schwerbeschädigung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.
4. **Pharmakologische Kompetenz** zur gegebenenfalls notwendigen medikamentösen Intervention.

Dies entspricht auch den Erwartungen und Präferenzen der Bevölkerung. In einer aktuellen repräsentativen Untersuchung zeigt sich für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden nach dem Hausarzt, der zu Recht an erster Stelle genannt wird, eine deutliche Bevorzugung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (7). Auch Lieberz findet in der Analyse von Anträgen auf Kostenübernahme im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie, daß Patienten eine um so höhere Präferenz für ärztliche Psychotherapeuten zeigen, je stärker körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen (8).

Maßnahmen

Ein spürbarer Entlastungseffekt in der Wartezeitmisere ließe sich bereits mit begrenzten Maßnahmen erzielen. Einen sofortigen Effekt hätte die Lockerung unsinniger und in der Versorgung direkt kontraproduktiver Budgetrestriktionen mit Verhinderung einer angemessenen niederschweligen Versorgung auf Facharztstandard. Höchste Effizienz hätte hierbei unter Verwendung geringer finanzieller Ressourcen die **extrabudgetäre Vergütung** der Leistungen des Kapitels 22 EBM oder eine **Mengensteuerung**, die eine Versorgung im Fachgebiet mit schneller Übernahme psychosomatisch erkrankter Patienten ermöglicht. Mit überschaubaren finanziellen Mitteln wäre hierdurch ein größtmöglicher unmittelbarer Versorgungseffekt zu erzielen. Kugelstadt weist darauf hin, daß psychosomatische Versorgungspraxen bereits heute mit durchschnittlich 12,6 Tagen eine vergleichsweise kurze Frist bis zur Erstkonsultation aufweisen, sodaß weitere Patienten diesen Zugang besser nutzen könnten (9). Die **Förderung der ambulanten Weiterbildung** mit zusätzlicher Ermöglichung der Tätigkeit von Assistenzärzten in der Patientenversorgung würde sich ebenfalls unverzüglich bemerkbar machen. Darüberhinaus würde eine Änderung der obsoleten und dysfunktionalen bisherigen **Bedarfsplanung** das Versorgungspotential dauerhaft sichern.

Fazit

Somatoforme Störungen tragen durch ihre spezifische Symptomatik und das krankheitsbedingte Nachfrageverhalten zu Fehlversorgung mit Überlastung des Systems und zur aktuellen Wartezeitmisere bei. Dies betrifft vor allem den fachärztlichen Bereich. Versorgung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat sich als wirksam erweisen und lässt unmittelbare Effekte auf den Nachfragedruck erwarten. Zur Nutzung der vorhandenen Interventionsmöglichkeiten ist die Freigabe der in den ambulanten Praxen gegebenen Kapazitäten erforderlich.

Literatur

1. Barsky AJ1, Orav EJ, Bates DW: Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 2005 Aug;62(8):903-10.
2. Schepank H: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung – eine epidemiologische Studie in Mannheim. Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer 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. Bundesarztregister, Stand 31.12.2012
5. Palmowski B: Das Dokumentationssystem Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die ambulante Versorgung (DSP)©. Psychotherapie im Dialog. 2012/1. 65-67
6. Palmowski B: Psychosomatic Medicine – Costs and Benefits. Latvian Medical Association, Spring Conference 2011
7. Larisch A, Heuft G, Engbrink S, Brähler E, Herzog W, Kruse J: Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Psychosom. Med. Psychother. 2013; 59; 153-169
8. K. Lieberz; A. Pompecki; B. Krumm: Ärztliche Psychotherapie – Mythos oder Realität? Zur Frage der Therapeutenwahl bei den psychodynamischen Verfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. Ärztliche Psychotherapie 2/2013
9. Kugelstadt A. Wartezeit in der Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapie 2012; 7: 54–56.

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