

Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf

Kinder- und Jugendarzt Neuropädiatrie Psychotherapie
Ausschusssprecher Psychosomatik und Psychotherapie im Berufsband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
Vertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Bayerns (KVB)
Sprecher des Dachverbands Psychosomatik und Ärztliche Psychosomatik (DPÄP)

Kemptener Str. 28, 88131 Lindau
www.kinderaerzte-im-netz.de

Tel.: 083826566, Fax: 08382977234
dr.harald.tegtmeyer@t-online.de

Kommentar zu dem „Referentenentwurf für ein Gesetz für die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung psychosomatischer und psychiatrischer Leistungen“

Der Entwurf beinhaltet folgende wichtige Punkte:

Eine Abkehr von der ursprünglich geplanten Anwendung des DRG-Systems auf diesen stationären Versorgungsbereich; dagegen eine Verstärkung von Transparenz und Leistungsorientierung bei der Verhandlung von leistungs- und bedarfsgerechten Budgets vor Ort. Ein Krankenhausvergleich wird erarbeitet, der dann als Orientierung bei den Verhandlungen dienen soll.

Die sektorenübergreifende Öffnung stationärer und teilstationärer Leistungserbringung für stationsäquivalente Leistungen mit einem ärztlich geleiteten multiprofessionellen, mobilen Team im häuslichen Umfeld („Krankenhausbehandlung ohne Bett“, aber mit Rufbereitschaft und allzeit möglicher ärztlicher Intervention und Möglichkeit zur stationären Aufnahme). Es wird als eine „komplexe Intensivbehandlung“ verstanden und damit als psychiatrische Akutbehandlung eingestuft und darf also nur in akuten Erkrankungsstadien eingesetzt werden. Derart sollen nur psychiatrische und psychosomatische Kliniken mit Versorgungsauftrag oder selbständige Abteilungen in Krankenhäusern mit fachärztlicher Leitung diese Behandlungsform umsetzen dürfen.

Damit sollen auf der einen Seite unnötige Eingriffe in das Alltagsleben der Patienten vermieden werden und auf der anderen Seite die Kosten für stationäre Aufenthalte und die Anzahl an stationären Betten verringert werden. Dabei werden personelle Mindeststandards (verbindliche Vorgaben sind vom G-BA zu erarbeiten), Qualitätsindikatoren, genaue Dokumentation und eine verstärkte Evidenz- und Leitlinienorientierung gefordert. Die stationsäquivalente Behandlung soll eine Behandlungslücke schließen, da viele Patienten nicht dazu in der Lage seien Behandlungsangebote vor Ort aktiv selber aufzusuchen. Diese Form der aufsuchenden stationsäquivalenten Behandlung ist an die Indikation zur stationären Behandlung gebunden und darf nicht durch sonstige Formen aufsuchender Behandlung substituierbar sein.

Mit genauen Angaben zum Umfang des Versorgungsbeitrags soll der Anrechnungsfaktor von Institutsambulanzen auf die vertragsärztliche Versorgung und damit die Bedarfsplanung bestimmt werden (nicht wie bisher mit pauschal 0,5 je Einrichtung). Institutsambulanzen können in die stationsäquivalente Behandlung eingebunden werden, ggf. auch Niedergelassene.

Das Behandlungskonzept aus Psychiatrie und Psychosomatik soll also flexibler werden und die Versorgungssektoren übergreifen. Dafür soll eine passende Honorierung gefunden werden. Auf der anderen Seite aber gibt es zahlreiche Hindernisse, die eine bedarfsgerechte Versorgung durch Niedergelassene erschweren und teilweise verhindern. So werden die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wie auch die Fachärzte für Psychiatrie durch verschiedene, ungünstige Abrechnungsbedingungen davon abgehalten ihrer eigentlichen Aufgabe nachzugehen und ihre Expertise im psychosomatischen Bereich einzusetzen, da die Antragspsychotherapie ein wirtschaftliches Überleben sichert, nicht aber die (ärztliche) Psychosomatik. In ähnlicher Weise gibt es in einigen KV-Bezirken für das Vorhalten der Qualifikation der „Psychosomatischen Grundversorgung“ (PGV) nur einen pauschalen Aufschlag auf die Grundpauschale ohne Hinsicht auf die tatsächliche Erbringung dieser Leistung, so dass in der Konsequenz diejenigen mit einer hohen Fallzahl und kaum Zeit für die Umsetzung der PGV davon am meisten profitieren. Generell decken die Honorare für Gesprächsleistungen bei niedergelassenen Ärzten aus somatischen Fachgebieten nicht einmal die Kosten ab, so dass die betroffenen niedergelassenen Ärzte in dieser Zeit finanzielle Verluste zu verbuchen haben.

Auf diesem Hintergrund ist der Referentenentwurf sehr problematisch, da eine Konkurrenz der mobilen Teams aus den Kliniken mit den niedergelassenen Ärzten mit ungleichen Schwertern zu befürchten ist, obwohl eigentlich ein Vorrang der Versorgung durch die Niedergelassenen zu sichern sein sollte. Zwar soll eigentlich eine zwingende Indikation zur stationären Versorgung eine Voraussetzung für die Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung sein, der Erfahrung nach sind solche Anforderungen in der Praxis dehnbar. Derart würden wir in der Umsetzung des Referentenentwurfs – wenngleich gut gemeint – eine strukturelle Benachteiligung der verschiedenen niedergelassenen Fachgruppen in der ambulanten Versorgung sehen, welche den oben genannten Grundsatz von ambulanter vor stationärer Versorgung in Frage stellt und verletzt.

Das hätte nachteilige Wirkungen sowohl für die Patienten als auch für die finanziellen Belastungen unseres solidarischen Gesundheitssystems. Derart müssen wir den Referentenentwurf aufgrund grundsätzlicher Bedenken in dieser Form ablehnen, wenn nicht gleichzeitig Abhilfe geschaffen wird bei den angeführten Benachteiligungen der niedergelassenen Ärzte.