

Stellungnahme des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e.V. zum Referentenentwurf des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Terminierung des Erscheinungszeitpunktes des Gesetzesentwurfs und Fristsetzung zur Stellungnahme durch die Verbände

Das BMG gibt erneut zu Beginn der allgemeinen Sommerferienzeit einen Entwurf für ein Gesetzesvorhaben heraus und setzt diesmal zudem eine Frist zur Stellungnahme durch die Verbände, die in die wahrscheinlichste Urlaubs- und Abwesenheitszeit der zumeist ehrenamtlichen Vorstände der Verbände fällt. Damit werden keine günstigen Voraussetzungen für einen konstruktiven Diskurs geschaffen. Die betroffene Ärzteschaft bildet die tragende Säule des deutschen Gesundheitssystems und wünscht sich eine gute und koordinierbare Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Keine Mehrforderungen ohne zusätzliche Finanzmittel

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass die Forderung nach Mehrarbeit und die gesetzliche Festsetzung von Bonustatbeständen durch angemessene zusätzliche Mittel finanziert werden müssen. Die Quersubventionierung innerhalb eines Systems wird hier nicht zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führen. Das gilt auch für die begrüßenswerte Absicht, die unterbewerteten ärztlichen Gespräche an ein angemessenes Niveau heranführen zu wollen. Ein System ist auch immer nur so gut, wie die darin Wirtschaftenden zufrieden sind. Die Überhäufung von Bürokratie, Regelungen und Eingriffe in freie Berufe führt explizit zur Unzufriedenheit, die durch eine fehlende Finanzierung noch deutlich gefördert wird.

Mehr Bürokratie, mehr Regelung, Effekt unklar

Sehr kritisch gesehen werden die zahlreichen geplanten staatlichen Regulierungsversuche, bis auf die Ebene der internen Praxisorganisation. Trotz wohlklingender Formulierungen besteht die Gefahr, dass bestehende und gut funktionierende Abläufe negativ beeinflusst werden bei unverhältnismäßig hohem Bürokratiewachstum und möglicherweise im Ergebnis einhergehende Verschlechterung der Versorgung und Zunahme der Wartezeiten bei detaillierter Betrachtung der angedachten Maßnahmen.

Folgende Punkte seien im Folgenden besonders hervorgehoben:

Aufhebung der Bedarfsplanung für Psychiater

Die Erfassung und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten erfordert 4 Kern-Kompetenzen. Vor allem bei der schnellen Hilfe akuter Anliegen spielt der sozialmedizinische, der somatische und pharmakologische Behandlungsanteil eine mindestens so große Rolle wie der psychotherapeutische.

Betrachtet man die Prävalenz der relevanten Krankheitsgruppen, so liegen diese bei ca. 25% für psychosomatische Erkrankungen einschließlich Angst- und affektiven Störungen, bei ca. 1% für

Psychosen, sowie bei ca. 0,1% für Demenzen (hier bei 45-64 Jährigen.) Den größten Teil bilden also die Krankheiten aus dem Psychosomatischen Formenkreis sowie die Angst- und affektiven Störungen. Dafür sind speziell und insbesondere die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hervorragend aus- und weitergebildet. Diese Erkrankungen werden gleichermaßen von den 3 Arztgruppen mit den erforderlichen Kernkompetenzen behandelt: den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den Ärztlichen Psychotherapeuten und den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Fachärzte für Psychiatrie sind spezieller alleine für Psychosen und Demenzen weitergebildet, die jedoch in der Prävalenz einen relativ geringen Anteil ausmachen. Dies rechtfertigt aber nicht die einseitige Aufhebung der Bedarfsplanung alleine für Psychiater. Im Gegenteil: die inhaltlich unbegründete Ungleichbehandlung und Besserstellung einer Fachgruppe würde sofort zahlreiche Klagen auslösen.

Hier würde eine Ungleichbehandlung insbesondere der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Vergleich zu den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie fortgeführt werden, die derzeit bereits gerichtlich auch auf der Grundlage Art. 3 GG beklagt wird. Sie ist zudem gerade hier durch die Prävalenz der Krankheitsbilder in Nichts zu rechtfertigen.

Die akute Behandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen erfolgt zuwendungsorientiert und erfordert – wie beschrieben – gleichermaßen die somatische, sozialmedizinische, pharmakologische und psychotherapeutische Kompetenz. Zur sinnlosen und die Patientensicherheit gefährdenden Anbehandlungen führen Fehlanreizungen in der Mengensteuerung und Leistungsbewertung, sowie die überweisungsfreie Vermittlung von Terminen über die TSS bei Psychologen, die nicht über die dafür erforderlichen somatischen, sozialmedizinischen und pharmakologischen Kompetenzen verfügen (s.a. Sachverständigengutachten zur Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer „Akutversorgung“ (2015), S. 11-16, erstellt im Auftrag des GKV Spitzenverbands). Beides trägt zur Fehlinanspruchnahme und Schaffung eines künstlichen Mehrbedarfs bei, auf den offenbar jetzt reagiert werden soll, wenn auch nicht in der wünschenswert geeigneten Form.

Geeignete Maßnahmen zur rationalen Steuerung für eine schnellere Terminvergabe und besseren Versorgung wären:

- Die extrabudgetäre und angemessene Vergütung aller ärztlichen Gesprächsleistungen, die die 4 beschriebenen Kompetenzen abdecken. Diese sind insbesondere die fachärztlichen Gesprächsleistungen der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der ärztlichen Psychotherapeuten, sowie der Psychosomatischen Grundversorgung aller der derzeit 66.000 dazu qualifizierten Haus- und Fachärzten.
- Gleichstellung in und damit (vorübergehende) Aufhebung der Bedarfsplanung für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie ersatzweise der ärztlichen Psychotherapeuten.
- Jedenfalls besteht dringender Handlungsbedarf zur Korrektur der diskriminierenden und beklagten Behandlung der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in §§ 12 und 18 der Bedarfsplanungsrichtlinie, die ca. 2300 niedergelassene Fachärzte derzeit daran hindern, rational an der fachärztlichen Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter mitzuwirken (s. beiliegender Artikel über Bedarfsplanung). Ansonsten würde ein entscheidender Mechanismus der Fehlsteuerung und Fehlversorgung weiter fortgeschrieben werden.

Termin-Service-Stellen

Die Besetzung von TSS über 24 Stunden an 7 Tagen ist nicht nachvollziehbar und sucht seinesgleichen. Dies würde eine Flat-Rate-Mentalität der Inanspruchnahme befördern, die im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot § 12.1 SGB V stehen. Für Terminserviceleistungen, die das nachgewiesenen Notwendige, Zweckmäßige, Wirtschaftliche und Ausreichende überschreiten, müssen daher die dafür aufgewendeten Mittel extra an die KVen vergütet werden.

Gerade bei der Erst-Terminbuchung in den P-Fächern gibt es einen relativ hohen Anteil an Patienten, die trotz Terminvereinbarung nicht erscheinen. Auch gibt es einen Teil an Patienten, die über Vielfachbuchungen, auch unter unterschiedlichen Namen, auffallen. Selbst wenn beides Ausdruck eines ambivalenten oder neurotischen Agierens sein kann, besteht mittlerweile dringender Regelungsbedarf in Richtung Versicherungsnehmer und Leistungsbeansprucher. Eine gebuchte zuwendungsorientierte Arztzeit hat ihren Wert. Es ist Aufgabe der Politik, dies zu kommunizieren und Aufgabe der Versicherungen, hier mit einer Ersatzvergütung einzuspringen. Das würde unnötige Wartezeiten reduzieren.

Die angedachte Kategorisierung in der Terminvergabe nach Dringlichkeit erscheint kaum durchführbar. Krankheitsbedingt vermitteln häufig agierende Patienten eine notfallmäßige Dringlichkeit, ohne dass diese medizinisch besteht, während schwer kranke Patienten dazu häufig gar nicht in der Lage sind. Das Erleben und Transportieren der Dringlichkeit ist stark persönlichkeitsabhängig. Das gilt gleichermaßen für die Vermittlung von Terminen in den rein somatischen Fächern.

Insofern ist das Beibehalten des Überweisungsvorbehalts mit der ärztlichen Dringlichkeitsangabe essentiell für eine geordnete Terminvergabe und bessere Versorgung.

Es sollte eine Überweisungspflicht zur Terminvermittlung für psychotherapeutische Behandlungen eingeführt werden. Das wäre mehr als rational. Psychotherapie ist eine Behandlungsweise, immer mit beschränktem Behandlungsziel. Zur schnellen Abklärung und Hilfe von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind die oben genannten somatischen, pharmakologischen und sozialmedizinischen Kernkompetenzen unabdingbar. Ärztinnen und Ärzte, die diese Kompetenzen besitzen – das sind Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Ärztliche Psychotherapeuten -, können dann auch kompetent und zielsicher Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dringlich zuweisen, sofern sie die nach Indikationsstellung notwendig erachtete psychotherapeutischen Behandlung aus welchen Gründen auch immer nicht selbst durchführen können oder wollen. Das würde zu einer rationalen Steuerung im Gegensatz zur jetzigen Fehlsteuerung durch Indikationsstellungen beim morgentlichen Brötcheneinkauf führen und das System sehr entlasten und ordnen. Damit wird auch rational hinterfragt, warum ausgerechnet die Terminservicestellen so unverhältnismäßig viel mit der Vermittlung von Psychotherapieterminen befasst sind. Das wäre ähnlich, wenn Akkupunktur, was auch den meisten Menschen „irgendwie gut tut“, obligat vermittelbar wäre. Offenbar gibt es dort und anderswo nicht die gleich laute Lobby. Die Politik ist hier aufgefordert, ihren ordnungspolitischen Verpflichtungen rational und inhaltlich nachvollziehbar nachzukommen.

Die Regelung der überweisungsfreien Vermittlungen für Termine bei Augenärzten und Gynäkologen hingegen ist - für jeden unmittelbar ersichtlich - wesentlich zielführender. Hier kennen die

Patientinnen und Patienten zielsicher das Fachgebiet, an das sie sich wenden müssen.

Psychotherapie ist aber kein Gebiet, auch kein Fach, lediglich eine spezielle Behandlungsweise, die bei einem Teil der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nach differenzierter Indikationsstellung mit beschränktem Behandlungsziel durchgeführt wird.

Erhöhung der Sprechstundenzeiten und Einführung von Bonussprechstunden

Die Verpflichtung von zusätzlichen 5 Stunden offener Sprechstunde, in denen keine Termine vergeben werden dürfen, würde in bislang gut organisierten Praxen zu längeren Wartezeiten bei Terminvereinbarungen führen. Hier konterkariert sich das Gesetz in seiner Intention voraussehbar selbst. Darüber hinaus müssten bei einer gesetzlichen Verpflichtung Regelungen für die Vergütung der entstehenden Kosten bei Nicht-Inanspruchnahme-Zeiten geregelt werden. Ganz abgesehen davon ist ein solcher Regelungseingriff bei einem freien Beruf mehr als problematisch.

Allerdings ist hier positiv zu entnehmen, dass das BMG die Leistung und Bedeutung der Fachärzte in der primären Grundversorgung erkannt hat.

Die Regelung der zusätzlichen offenen Sprechstunden mit ihren finanziellen Anreizen in Kombination mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie würde mit allergrößter Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass noch mehr anbehandelte Patienten im Anschluss an diese Termine ohne zeitnahe Folgetermine ratlos in die Mehr- bis Vielbeanspruchung ausweichen. Das wird dem Leid der psychisch Erkrankten keiner Weise gerecht und würde im Ergebnis zu einer Ausweitung der Unordnung und einem steigenden künstlichen Mehrbedarf mit wachsendem Zulassungsdruck und Zunahme der stationären oder teilstationären Warte-Schleifen-Behandlungen, auch in den undurchsichtigen und im Vergleich zum Behandlungsgeschehen kostenträchtigen Institutsambulanzen, führen. Das verzögert notwendige, auch die Arbeitsfähigkeit stabil wiederherstellende, kurative Behandlung unnötig und führt zu wachsender, nachvollziehbarer Unzufriedenheit und Frustration bei den Patientinnen und Patienten sowie zu steigendem Kostendruck für die Sozialversicherungssysteme. Diese zusätzlichen Behandlungsschleifen sind in aller Regel nicht kurativ, eignen sich wohl als Geschäftsmodell für Klinikkonzerne und die Pharmaindustrie, können aber auch im aller schlimmsten Fall auch wie ein German-Wings-Flug enden.

Ebenso ist im Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die Einführung eines Bonussystems für Neupatienten vermutlich eher kontraproduktiv und setzt einen Fehlanreiz. Sie würde den gerade beschriebenen Mechanismus sicher erheblich befördern. Sie ist auch inhaltlich nicht zu rechtfertigen: gerade bei psychisch und psychosomatisch erkrankten Menschen wird die Behandlung aufwändig, wenn die Patienten – mit Recht! – von ihrem ihnen konstant zur Verfügung stehenden Behandlern die kontinuierliche Mitwirkung an der Genesung einfordern.

Die Patienten benötigen möglichst einen kompetenten und vertrauenswürdigen Behandler, der ihnen beständig zur Verfügung steht: also gleichermaßen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und kompetenzgemäß auch Ärztliche Psychotherapeuten. Daraufhin sollte eine gesetzliche Regelung abzielen.

Eigeneinrichtungen der KV in unterversorgten Gebieten

Die Verpflichtung der KVen, in sogenannten unterversorgten Gebieten, Eigeneinrichtungen zur Sicherstellung vorzuhalten, ist bemerkenswert. Sogenannte Unterversorgung besteht in aller Regel dort, wo sich Staat und Wirtschaft schon lange aus der Verantwortung zurückgezogen haben. Das

gilt auch für staatliche und halbstaatliche Betriebe, wie etwa die Bundesbahn und andere. Es stellen sich viele Fragen: wie sollen die Menschen dort zum Arzt kommen? Wäre der Arzt neben dem Supermarkt, zu dem auch gefahren wird, nicht praktischer allokiert? Der Rückzug von Staat und Wirtschaft erfolgte aber aus den Regionen aufgrund der infrastrukturellen Ineffizienz und defizitären betriebswirtschaftlichen Situation. Sollen jetzt KVen dort defizitäre Einrichtungen betreiben und die Vertragsärzte dafür zur Kasse bitten? Das kann sicher so nicht gemeint sein.

Abgesehen davon sei hier auf die Besonderheiten im Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen hingewiesen: Patientinnen und Patienten suchen am liebsten Behandler auf, die sich nicht in der unmittelbaren und sozial kontrollierten Umgebung befinden. Wenn möglich suchen sie die Anonymität von Städten auf.