

Bedarf vorhanden, Kompetenz erworben – Honorierung verweigert?

Claudia Schumann

Viele Frauenärztinnen und Frauenärzte haben sich auf dem Gebiet der Psychosomatik weitergebildet, um ihren Patientinnen eine ganzheitliche Betreuung bieten zu können. Doch bei der derzeitigen Honorarsituation sind zeitaufwändige Gespräche kaum noch möglich. Die DGPFPG ist besorgt über die Gefahr der psychosomatischen Unterversorgung in der gynäkologischen Praxis.

Die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen war eines der zentralen Themen auf dem letzten Ärztetag in Magdeburg. Mit Blick auf die „dramatische Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ wurden „adäquate Rahmenbedingungen gefordert, die es ermöglichen, die psychosozialen Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte verstärkt anwenden zu können“ (Deutsches Ärzteblatt 22 vom 2.6.2006). Beschlossen wurde: „Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber, die gesetzlichen und privaten Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, das Vergütungssystem für die Erbringung von psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen auf allen Versorgungsstufen so zu regeln, dass die entsprechende Patientenversorgung unter vertretbaren wirtschaftlichen Bedingungen gewährleistet wird.“

Ganzheitliches Verständnis ist bei vielen Störungen unersetzlich

Aus Sorge um die psychosomatische ganzheitliche Betreuung von Frauen meldet sich die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG)

in der Debatte zu Wort. Sie vertritt fast 1.000 Frauenärztinnen und Frauenärzte, die ihre zentrale Aufgabe darin sehen, in Diagnostik und Therapie nebeneinander die körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen der Erkrankungen ihrer Patientinnen wahr- und ernst zu nehmen. Und nicht etwa nacheinander erst die Somatik abzuklären – und dann erst zum Psychotherapeuten zu überweisen, wenn „körperlich alles in Ordnung“ ist.

Dieses Verständnis ist gerade in der Frauenheilkunde ein unersetzlicher Zugang zum Verständnis der meisten Krankheitsbilder, wie chronische Unterleibsbeschwerden, Dysmenorrhoe, chronischer Fluor, unerfüllter Kinderwunsch, Hyperemesis gravidarum, drohende Frühgeburt u.a. Eine psychosomatische Grundhaltung ist essenziell für jede Kommunikation über z.B. Wechseljahre oder Sexualprobleme, sie ist besonders wichtig für die Nachbetreuung von Frauen nach einer Krebserkrankung. Es reicht nicht und gelingt vor allem nicht, Frauen mit psychosozial bedingten Beschwerden zum Psychotherapeuten zu schicken – denn es geht ja meist zentral darum, das Zusammenwirken von Körper und Seele zu erkennen, zu klären und dann vor allem zu akzeptieren.

Die DGPFPG ist froh, dass die Psychosomatik inzwischen dank der Weiterbildungsordnung zum Handwerkszeug für alle Frauenärzte gehört, und wir sehen den Elan der jungen Ärztinnen und Ärzte bei den entsprechenden Veranstaltungen. Für die Verankerung der psychosomatischen Grundversorgung in der Facharztweiterbildung zur Frauenärztin/zum Frauenarzt haben sich DGPFPG, DGGG und BVF gemeinsam engagiert.

Wird das bisher Erreichte jetzt wieder zerstört?

Aber wir sind besorgt über eine Entwicklung, die via Honorarpolitik wieder stärker aufspaltet in Spezialisten für Körper einerseits und für Seele andererseits. Denn die psychosomatisch-psychotherapeutische Arbeit in der frauenärztlichen Praxis wird so schlecht honoriert, dass sie trotz aller inhaltlicher Überzeugung zunehmend nicht mehr machbar ist: Kompetenz wird vergeudet, Frauen werden schlecht behandelt, Krankheiten chronifiziert, wenn die Chance zur zweigleisigen Betreuung nicht genutzt wird. Diese Problematik der Auswirkungen des Abrechnungswesens für die Frauenärztinnen und -ärzte mit psychosomatisch-psychotherapeutischer Kompetenz soll im Folgenden ausgeführt werden.

Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie werden benachteiligt

Seit Einführung des EBM 2000plus und damit der Regelleistungsvolumina (RLV) verschlechterte sich die Honorierung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Leistungen deutlich in der Mehrzahl der KVen. Das ergab eine Umfrage der DGPFPG im Herbst 2005, bei der alle Landes-KVen angeschrieben wurden, nachdem entsprechende Hinweise aus der Reihe der DGPFPG-Mitglieder laut wurden.

Denn es gibt nicht nur die schon seit Jahren bestehende „skandalöse Be-

nachteiligung“ (Prof. Cornelia Krause-Girth auf dem Ärztetag), dass Frauenärzte mit Zusatztitel Psychotherapie – ebenso wie alle anderen nicht überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte – für eine Stunde Psychotherapie nur ein Drittel bis die Hälfte des Honorars hauptamtlicher Psychotherapeuten erhalten. Diese haben einen festen Punktwert erstritten, der ihnen einen angemessenen Stundenlohn von ca. 72 € garantiert, während Kolleginnen und Kollegen mit Zusatztitel Psychotherapie mit „floatendem Punktwert“ vergütet werden, d.h. für eine Stunde Therapie zwischen 28 und 35 € erhalten.

Probatorische Sitzungen sind fast unmöglich geworden

Neue Probleme tauchen auf bei den probatorischen Sitzungen und der psychosomatischen Grundversorgung; beides soll deshalb näher betrachtet und konkretisiert werden. In den meisten KVen ist es für Ärzte (und auch für Psychotherapeuten) aus finanziellen Gründen nahezu unmöglich geworden, probatorische Sitzungen anzubieten. Denn sie wurden in das RLV der Berufsgruppen einbezogen, während sie bisher aus einem „Extratopf“ gezahlt wurden, sprengen aber aufgrund der hohen Punktzahl jedes Budget. (Für Nicht-Psychotherapeuten zur Erklärung: Probatorische Sitzungen sind bis zu fünf Gesprächsstunden vor Beginn der eigentlichen Therapie, die dazu dienen, die Indikation für eine eventuelle Psychotherapie zu stellen und vorab zu klären, ob die Patientin sich auf eine Therapie einlassen kann und eine tragfähige Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin erreichbar ist.)

Rechenbeispiel Niedersachsen: Das RLV errechnet sich je Praxis aus der Multiplikation von Fällen und Punkten; die Mehrzahl der frauenärztlichen Kollegen bekommt ca. 400 Punkte pro Fall, die dann innerhalb des RLV zum festen Punktwert vergütet werden. Eine einzige probatorische Sitzung ver-

schlingt 1.495 Punkte; für die Indikationsstellung zur Psychotherapie sind bis zu fünf probatorische Sitzungen erforderlich. Da schon die Grundgebühr (die alte „1“ = Ordinationsgebühr) mit 255 Punkten bewertet ist, müsste man mindestens zehn Patientinnen sehen, die nahezu „nichts“ haben, um bei einer Frau auch nur eine probatorische Sitzung abrechnen zu können, ohne über das RLV hinauszuschießen. Für eine ausführliche Abklärung vor Antragstellung würden 7.475 Punkte fällig, also 50 Patientinnen. Das ist illusorisch, wie wir wissen – die so genannten „Verdünnerscheine“ gibt es nicht mehr seit der Praxisgebühr. Da alle Punkte oberhalb des RLV nahezu nicht bezahlt werden (Punktwert 0,01 Cent), bringt eine probatorische Sitzung 1,50 €, ist also ein besserer Ein-Euro-Job.

Sparmaßnahmen am falschen Ort

Die Konsequenz daraus: Probatorische Sitzungen werden immer weniger durchgeführt, obwohl bei den Fachleuten kein Zweifel daran besteht, dass sie wichtig sind. Das hat unterschiedliche Folgen: Wenn Frauenärzte, die bisher überwiegend probatorische Stunden durchgeführt und so als „Psychotherapie-Verteiler“ fungiert haben, diese Arbeit nicht mehr leisten, entfällt der vorbereitende Brückenschlag zwischen Somatik, Psychosomatik und Psychotherapie. Denn viele Frauen verstehen ihre Beschwerden zunächst als somatische Erkrankung und lassen sich nicht einfach zur Therapie „schicken“; sie werden unterversorgt, ihre psychosomatischen Erkrankungen drohen zu chronifizieren.

Gerade der fachärztliche Zugang über die körperlichen Beschwerden und der Beziehungsaufbau auf dieser Ebene wäre für viele Frauen eine Chance, den Blick auf seelische Ursachen zu erweitern und dann auch einer Psychotherapie zuzustimmen, statt auf immer neue medikamentöse oder gar operative Behandlungen zu setzen.

Auf der anderen Seite wird sehr schnell, manchmal zu schnell weil ohne ausreichende Diagnostik, eine gutachterpflichtige Psychotherapie eingeleitet, denn diese Stunden liegen außerhalb des RLV und werden gesondert abgerechnet. Dieses Vorgehen kann im Einzelfall eine Über- oder Falschversorgung der Frau bedeuten.

Entweder ausführliches Gespräch oder Ultraschall-Untersuchung?

Bei der psychosomatischen Grundversorgung besteht ebenfalls eine neue Situation seit dem EBM 2000plus. Das bisherige Extra-Budget für Psychosomatik ist im RLV aufgegangen, der Abrechnungsrahmen wurde dadurch enger. Da aber gerade in der Frauenheilkunde oft neben der gründlichen somatischen Untersuchung auch noch eine zeitaufwändige psychosomatische Betreuung erforderlich ist, stellt sich für die Frauenärzte die Gretchenfrage: „Reden oder Ultraschall?“ Beides nebeneinander gibt das RLV nicht her! Wieder das Rechenbeispiel Niedersachsen: Eine Ultraschall-Untersuchung ist mit 190 Punkten bewertet, das psychosomatische Gespräch (früher 850/851, Dauer 15 Minuten) mit 405 Punkten. Schon die Ordinationsgebühr und der Ultraschall zusammen erschöpfen die einer Frau zugestandene Punktzahl ($255+190=445$ Punkte), das psychosomatische Gespräch wird „umsonst“ erbracht!

Die DGPFPG warnt vor den Konsequenzen dieser Honorarpolitik, die nach unserer Umfrage in den meisten KVen bei aller unterschiedlichen Berechnung ein in etwa gleich schlechtes Ergebnis für die Psychosomatik erbringt.

Qualifizierte Arbeit ist auf Dauer nur bei angemessenem Honorar möglich

Zwar haben wir erreicht, dass die psychosomatische Ausbildung Teil der fachärztlichen Ausbildung ist und dass viele Frauenärzte sich zusätzlich

psychotherapeutisch weiterqualifizieren. Die entsprechenden Curricula wurden von der DGPFPG entscheidend gestaltet, für die neue berufsbezogene psychotherapeutische Weiterbildung wurde im Januar 2006 von der DGPFPG ein spezielles Weiterbildungsinstitut gegründet und auf dem Ärztetag 2006 in Magdeburg als modellhaft für die Zusatzweiterbildung fachgebundene Psychotherapie bewertet.

Die DGPFPG trägt aber als wissenschaftliche Gesellschaft nicht nur eine „interne Verantwortung“ für die Qualität der ärztlichen Arbeit, sondern auch eine „externe Verantwortung“ für die tatsächliche Umsetzung, dafür, dass Frauen gut betreut werden und dass Ärztinnen und Ärzte ihre Heilkunst anwenden können. Das berechtigt und verpflichtet die DGPFPG, sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft auch zu den Rahmenbedingun-

gen unserer Tätigkeit zu äußern, soweit sie die Durchsetzung unseres Verständnisses von qualifizierter Arbeit zu gefährden drohen.

Wir erleben, dass hoch motivierte Kolleginnen und Kollegen sich frustriert wieder von der Psychosomatik abwenden, da ihr Können nicht „honoriert“, d.h. nicht bezahlt und damit auch nicht wertgeschätzt wird. Wir meinen: Es darf nicht sein, dass das wichtige Instrument der probatorischen Sitzungen, mit dem die Vorbedingungen für eine Psychotherapie geklärt werden, aufgrund der mangelnden Honorierung entfällt. Und es darf nicht sein, dass die Rahmenbedingungen für die biopsychosoziale Sprechstunde so schlecht werden, dass Frauen mit psychosomatischen Erkrankungen nicht ausreichend integriert somatisch und psychisch betreut werden können.

Wir fordern die Fachverbände, die KBV und die Länder-KVen auf, bei der Honorarverteilung jetzt und vor allem in Zukunft diesen Argumenten Rechnung zu tragen.



Autorin

Dr. Claudia Schumann

Frauenärztin/Psychotherapeutin
Mitglied im Vorstand der DGPFPG
Hindenburgstraße 26
37154 Northeim
ClaudiaSchumann@t-online.de