

DGPM · Geschäftsstelle · Jägerstraße 51 · 10117 Berlin

Aktion Psychisch Kranke e.V.  
Oppelner Straße 130  
53119 Bonn

## **Stellungnahme der DGPM und des BPM zum Thema „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“ (u.a. alte Menschen, psychosomatische Behandlung, besondere Behandlungsanforderungen, regionale Grundversorgung und spezialisierte Versorgung) im Rahmen des 3. Dialogforums**

Im Rahmen des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen nehmen die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) Stellung zu zielgruppenspezifischen Versorgungsfragen. Wir beziehen uns dabei auch auf unsere erste Stellungnahme vom März 2019.

### **1. Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen in der stationären psychosomatischen Versorgung**

Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfüllt einen spezifischen und zunehmend an Bedeutung gewinnenden Versorgungsauftrag für Menschen mit schweren psychosomatischen und somatopsychischen Erkrankungen. Während andernorts schwere, aber oft chronische psychische Erkrankungen eher stabilisiert oder vor weiterer Verschlimmerung bewahrt werden, erfolgt in der Psychosomatischen Medizin eine auf Heilung oder Besserung zielende kurative multimodale psychosomatisch-psychotherapeutische Intensivbehandlung, die Hochdosispsychotherapie mit somatischen Behandlungsverfahren kombiniert. Hieraus ergeben sich für die Weiterentwicklung der Versorgung folgende Forderungen für die stationäre Versorgung.

#### **1.1. Besondere Anforderungen an die Behandlung – regionale Grundversorgung und spezialisierte Versorgung**

- Kurative Behandlung erfolgt vorrangig regional und grundversorgend an Allgemeinkrankenhäusern, aber auch mit besonderen Spezialisierungen (z.B. Traumatherapie, Essstörungenbehandlungen) in Fachkrankenhäusern und zusätzlich mit den Schwerpunkten in Forschung und Lehre an den Universitätskliniken.

- Realisierung abgestufter Versorgungsstrukturen mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Unter Berücksichtigung der aktuellen arbeits- und lebensweltlichen Bedürfnisse der Menschen kommt gerade dem Ausbau **tagesklinischer Angebote**, aber auch der Umsetzung neuer Behandlungskonzepte in diesem Bereich (tagesklinische Kurzinterventionen, Nachtkliniken) eine besondere Bedeutung zu.
- Die sektorenübergreifende psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung ist durch die Einrichtung und Förderung psychosomatischer Institutsambulanzen aufzubauen. Sie ermöglichen die enge Kooperation zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren sowie zwischen den somatisch und den psychosomatisch tätigen Fachärzten, den Psychiatern, den Kinder- und Jugendpsychiatern und den Psychologischen Psychotherapeuten.
- Somatische Medizin ist umso effektiver, je frühzeitiger und umfassender sie psychosomatische Aspekte in Diagnostik und Therapie berücksichtigt. Daher sollte die Beteiligung der Psychosomatischen Medizin an **interdisziplinären Zentren** gefördert werden.

### 1.2. Zielgruppenspezifische Versorgung

- Förderung der kontinuierlichen Behandlung schwer körperlich und psychisch erkrankter Menschen in psychosomatischen Kliniken (ohne ständige Verlegungen zwischen somatischer und psychosomatischer Medizin) durch Finanzierung besonderer, das übliche Maß übersteigende somatomedizinische Behandlungsaufwände außerhalb der tagespauschalierenden Vergütung im Rahmen des PsychVVG.
- Lebensspannenspezifische Therapieangebote (z.B. Mutter-Kind-Behandlungseinheiten, Psychotherapiestationen für Adoleszente, gerontopsychosomatische Stationen) sind für eine störungsadäquate Behandlung zunehmend erforderlich.
- Auftrag, sektor- und behandlungsepisodenübergreifende Gesamtbehandlungspläne zu konzeptualisieren, um so einer ineffektiven Gestaltung spezialisierungsakzentuierter Behandlungsprozesse entgegenzuwirken.
- Verbesserung der Untersuchung und Behandlung von Menschen mit psychischer und psychosomatischer Komorbidität in der somatischen Medizin durch bessere Finanzierung der **Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik**, um weiterhin und zunehmend die problematischen Auswirkungen diagnostischer und somatotherapeutischer Fragmentierungsprozesse in der modernen Medizin ausgleichen zu können. Hierzu sind die bessere Abbildung dieser Leistungen im DRG-System und die Kennzeichnung psychosomatischer Störungen als schweregraderhöhend und damit als kostenrelevant zu verbessern.

### 1.3. Krankenhausfinanzierung

- Die Vergütung von Krankenhausleistungen muss sich an Prozess- und Strukturqualität orientieren. Hierzu machen PsychVVG und der PPP-RL Vorgaben, die für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu ergänzen sind. So muss eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der P-Kategorie vorgenommen werden, um die unterschiedlichen somatischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsaufwände adäquat abzubilden. Außerdem fehlt eine angemessene Abbildung teilstationärer Behandlungen in diesem Gebiet.
- Im Krankenhausvergleich sind fachgebietsspezifische wie auch versorgungsspezifische, aufwandsunterschiedliche Differenzierungen zu berücksichtigen (Fachkliniken, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Universitätskliniken). Dies fehlt bislang sowohl im PsychVVG als auch in der PPP-RL.

### 1.4. Weitere übergreifende Fragestellungen

- Eine gesetzliche Regelung für **internetbasierte Nachsorgemodelle** nach entsprechenden empirischen Evidenznachweisen ist anzustreben und im Hinblick auf die Veränderungen in der Gesellschaft notwendig.

### 1.5. Sicherung der Qualität psychosomatisch-psychotherapeutischer Strukturen

- Zur Förderung der Patientensicherheit und Qualitätsstandards ist darauf hinzuwirken, dass Abteilungen/Kliniken die Bezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nur führen dürfen, wenn die Leitung weisungsunabhängig von einer Fachärztin/einem Facharzt des Gebietes gewährleistet ist.
- Die Qualifikation der Pflegekräfte im Fachgebiet ist durch die Schaffung einer psychosomatischen Fachpflege zu verbessern. Für Pflegekräfte in der somatischen Medizin sollte eine Zusatzweiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung implementiert werden, um die psychosoziale Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu verbessern.

## 2. Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen in der ambulanten psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung

Aus der Sicht der DGPM und des BPM bestehen im Bereich der ambulanten Versorgung Handlungsbedarfe hinsichtlich der:

- psychosomatisch-medizinischen und ärztlich-psychotherapeutischen Behandlung von alternden Personen,
- der Behandlung von komplex erkrankten Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf sowie
- der Weiterentwicklung von zielgruppenübergreifenden Strukturen, welche die ambulante Versorgung im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Ärztlichen Psychotherapie sichern.

### 2.1. Psychosomatisch-medizinische und ärztlich-psychotherapeutische Behandlung von alternden Personen

Im höheren und hohen Lebensalter treten nicht nur demenzielle und depressive Erkrankungen vermehrt auf. Vielmehr spielen auch funktionelle und somatoforme Störungen eine größere Rolle, ebenso wie die nicht gelingende Bewältigung von körperlichen Erkrankungen, die mit dem Verlust körperlichen Funktionierens und einem veränderten Körperbild einhergehen (bspw. chronische, schwer heilende Wunden bei Diabetes oder AVK, Anus praeter bei Z.n. Colon-Karzinom oder CED, Z.n. Mamma-Ablatio bei Brustkrebserkrankung, Potenzverlust nach Prostatektomie bei Krebserkrankung, Visuseinschränkungen, Hörverlust, eingeschränkte Mobilität im Zuge neurodegenerativer Erkrankungen, eingeschränkte Belastbarkeit nach Hüftgelenks- oder Knieendoprothetik, Herzinfarkt, Schlaganfall etc.).

Solchen Störungen kann nicht alleine mit pflegerischen Maßnahmen oder mit Maßnahmen der Unterstützung im Alltag oder auch mit psychopharmakologischen Behandlungen begegnet werden. Es handelt sich vielmehr um Störungen, die ein umfassendes „bio-psycho-soziales“ Vorgehen erfordern, wie dies der ICF (WHO 2001) und auch den Behandlungsstrategien in der Psychosomatischen Medizin (Engel 1977) zu Grunde liegt.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht der DGPM und des BPM zu fordern, dass das Erkennen und die Behandlung psychosomatischer Störungen und Erkrankungen obligatorischer Teil des Curriculums zur geriatrischen Grundversorgung werden. Im Konkreten schlagen wir vor, die psychosomatischen Erkrankungen und Störungen als Punkt 7.3 im Modul 7 des Curriculums einzufügen.

Die fachärztliche, psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Kooperation mit Pflegeeinrichtungen sollte gefördert werden.

Die Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen, Kooperationsvereinbarungen gemäß § 119b (1) SGB V auch mit psychotherapeutischen Praxen zu schließen, erscheint uns nicht zielführend.

Die hier relevanten Hindernisse sehen wir v.a. in der weiterhin vielfach gängigen Praxis, vertragsärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Kooperation mit stationären Pflegeeinrichtungen besonders engagieren und die demzufolge vom Durchschnitt abweichende Leistungsbilder und Praxisprofile haben, seitens der Kostenträger mit Regressforderungen zu überziehen. Wir schlagen vor, dass die ministeriellen Aufsichtsbehörden dahingehend Einfluss nehmen, dass diese Praxis zukünftig unterbleibt.

## **2.2. Behandlung von komplex erkrankten Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf**

DGPM und BPM begrüßen die Bestrebungen, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Insbesondere auch die Gruppe der Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen mit chronischem somatomedizinischen Behandlungsbedarf und gleichzeitig bestehenden psychischen Störungen mit erheblichen Funktionseinschränkungen (gemäß ICF 2005) ist in diese Überlegungen mit einzubeziehen.

Störungskategorien zur Bestimmung des komplexen Behandlungsbedarfs müssen nach Auffassung der DGPM und des BPM Gesichtspunkte der Chronifizierung, der Minderung des bio-psycho-sozialen Funktionsniveaus und des erhöhten und aufwändigeren Unterstützungsbedarfs berücksichtigen.

Die Patientenorientierung in der Realisierung des komplexen Behandlungsbedarfs ist aus der Sicht der DGPM/des BPM über den systematischen Einbezug der Funktionsfähigkeit und ihrer Einschränkungen (Behinderung) zu realisieren. Eine alleinige Diagnoseorientierung ist u.E. hier nicht geeignet. Insoweit sich medizinische Leitlinien bislang ebenfalls i.d.R. an medizinischen Diagnosen orientieren und den Gesichtspunkt der Funktionsfähigkeit nicht systematisch berücksichtigen, sehen wir die Vorgabe als kritisch, dass die Behandlungsbedarfe „diagnose- und leitlinienorientiert“ ermittelt werden sollten. Nach unserer Einschätzung müssen diese Bedarfe auch an den Funktionsfähigkeiten und Behinderungen/Einschränkungen der Teilhabe bemessen werden können.

Ein komplexer Behandlungsbedarf lässt sich aus Sicht der DGPM und des BPM nicht durch alleinige ärztliche oder psychologische Tätigkeiten abdecken. Es ist hier vielmehr die Möglichkeit vorzusehen, dass auch Beteiligte anderer Berufsgruppen mitwirken (Fachpflegekräfte, Sozialarbeiter, nichtärztliche Praxisassistenten [NäPa]). Es ist daher die Möglichkeit zu schaffen, dass auch im fachärztlichen Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie nach den Erfordernissen der Psychosomatischen Medizin qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigt und ihre Leistungen im EBM abgerechnet werden können.

Aus Sicht der DGPM und des BPM ist anzustreben, dass für die Realisierung komplexer Behandlungen notwendige unterstützende und koordinierende Leistungen nicht zwingend in der Hoheit regionaler KVen erfolgen, sondern auch bspw. von regionalen Ärztenetzen erbracht werden können, da diese u.E. eher in der Lage sind, die regional zur Verfügung stehenden Ressourcen zielgerichtet einzusetzen.

## **2.3. Sektorenübergreifende psychosomatische Versorgung durch niedergleassene Fachärzte**

Die in der ambulanten Versorgung tätigen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sehen die Notwendigkeit, an der sektorenübergreifenden ärztlichen Versorgung teilzunehmen. Nicht zuletzt ist dies in Hinsicht auf die unter 2.2. beschriebenen Notwendigkeiten zur Erfüllung komplexer Behandlungsbedarfe erforderlich.

Neben den an Kliniken mit psychosomatischen Hauptfachabteilungen zu etablierenden Psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) erscheint die Förderung des Konsiliar- und Liaisondienstes durch niedergelassene Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein geeigneter und zu verfolgender Weg zu sein, um auch dort eine wohnortnahe, intersektorale und interdisziplinäre psycho-

somatisch-medizinische Versorgung zu etablieren, wo Hauptfachabteilungen mit PsIAs nicht eingerichtet werden können. Die DGPM und der BPM plädieren für den Abbau von Hindernissen zur Erweiterung des Konsiliar- und Liaisondienstes durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern, in denen psychosomatisch-medizinische Hauptfachabteilungen nicht realisierbar sind.

#### **2.4. Videosprechstunden gemäß § 291g SGB V**

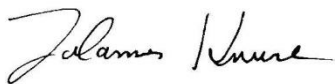
In der Behandlung sowohl von mobilitätseingeschränkten älteren Patienten, von somatisch erkrankten Patienten mit vermehrtem psychosomatisch-psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf (bspw. Karzinom-Patienten in der Phase der chemotherapeutischen Behandlung) und anderen vergleichbaren Patientengruppen haben sich Videosprechstunden gemäß § 291g SGB V in den vergangenen Monaten sehr bewährt. Um die Behandlungskontinuität auch in kritischen Krankheits- und Behandlungsphasen dieser Patienten zu gewährleisten bzw. um sie psychosomatisch-psychotherapeutisch zu erreichen, soll die gesetzliche Möglichkeit weiterhin eingeräumt werden, Videosprechstunden gemäß § 291g SGB V erbringen zu können und vergütet zu bekommen. Diese Möglichkeit soll sowohl behandelnden Ärztinnen/Ärzten einer PsIA, als auch psychosomatisch-medizinischen Vertragsärzten im Falle der zeitweiligen Behandlung einer Patientin/eines Patienten in einer somatisch-medizinischen Krankenhausabteilung zur Verfügung stehen.

#### **2.5. Veränderung der Arztgruppenzuordnung nach § 101(4) SGB V**


Zur Sicherung der Verfügbarkeit ärztlich-psychotherapeutischer und fachärztlicher psychosomatisch-medizinischer Kompetenz in unterschiedlichen Regionen (hier ist insbes. der Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Regionen und der zwischen „alten“ und „neuen“ Bundesländern zu berücksichtigen) ist aus der Sicht der DGPM und des BPM eine Veränderung der Arztgruppenzuordnung nach § 101(4) SGB V erforderlich. Hierbei schlagen wir vor, dass Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit denjenigen Fachärzten, die über die Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“ verfügen und zu mehr als 50 v.H. psychotherapeutisch tätig sind, eine gemeinsame Arztgruppe bilden.

Dazu korrespondierend ist es aus Sicht der DGPM und des BPM erforderlich, dass in §18(2), Satz 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA nicht länger die Festlegung getroffen wird, dass zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als „ausschließlich psychotherapeutisch“ tätig anzusehen sind, da diese Regelung dem gegenwärtigen Stand der fachlichen Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie nicht mehr entspricht und die Anwendung von somatisch begründeten, wirksamen Methoden innerhalb der Psychosomatischen Medizin (bspw. Bio-Feedback-Verfahren, Lebensstil-Modifikation o.ä.) unnötig einschränkt.

1. September 2020



Prof. Dr. med. Johannes Kruse  
Vorsitzender der DGPM



Dr. med. Irmgard Pfaffinger  
Vorsitzende des BPM

#### **Korrespondenzadresse**

**Geschäftsstelle**  
Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Tel. 030 20648243, Fax 030 20653961  
info@dgpm.de  
www.dgpm.de