

Vorsitzende

Dr. Irmgard Pfaffinger
Fachärztin für Psycho-
somatische Medizin und
Psychotherapie -
Psychoanalyse
Kaiserstr. 26, 80801
München
Tel. 089 2283582,
Fax 089 60600259
irmgard.pfaffinger@
bpm-ev.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Peter Vogelsänger
Facharzt für Psycho-
somatische Medizin und
Psychotherapie -
Psychoanalyse
Oberfeldstr. 70,
12683 Berlin
Tel. 030 40639826,
Fax 030 46777154
peter.vogelsaenger@
bpm-ev.de

Dr. Norbert Hartkamp
Facharzt für Psycho-
somatische Medizin und
Psychotherapie -
Psychoanalyse
Rheinstr. 37,
42697 Solingen
Tel. 0212 22177270,
Fax 0212 22177272
norbert.hartkamp@
bpm-ev.de

Schatzmeisterin

Dr. Elke Geng
Fachärztin für Psycho-
somatische Medizin und
Psychotherapie
Buckower Damm 259,
12349 Berlin
Tel. 030 31565415,
Fax 030 31565416
elke.geng@bpm-ev.de

Geschäftsstelle

Meißner Weg 41, 12355
Berlin
Tel. 030 28864649,
Fax 030 31565416
info@bpm-ev.de,
www.bpm-ev.de

Wissenschaftliche Beraterin

PD Dr. Cora S. Weber
Fachärztin für Psycho-
somatische Medizin und
Psychotherapie und
Innere Medizin
Oberhavel Kliniken
GmbH, Klinik Hennigs-
dorf Abt. Psychosomati-
sche Medizin und
Psychotherapie
Marwitzer Str. 91,
16761 Hennigsdorf
Tel. 03302 545-4332,
Fax 03302 545-4289
cora.weber@
oberhavel-kliniken.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Ham-
burg
IBAN DE76 3006
0601 0004 2289 60
BIC DAAEDEDXXX

Steuernummer

27/622/51037

Herrn Professor Dr. Christoph M. Schmidt
Vorsitzender des Sachverständigenrates
Sachverständigenrat zur Begutachtung
der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
c/o Statistisches Bundesamt
65180 Wiesbaden

Vorab per E-Mail an: info@svr-wirtschaft.de

23.01.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse haben wir Ihr Gutachten zur Kenntnis genommen und auch die verschiedenen Informationsveranstaltungen besucht.

Wir begrüßen Bestrebungen, die Steuerung der Patienten im Gesundheitswesen zu optimieren, um damit Fehl-, Unter- und Überversorgung zu erkennen und zu verhindern.

Wir nehmen aber – auch durch unsere Fragen, Beiträge und Kommentierungen bei den Veranstaltungen – wahr, dass Sie sich – unser Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie betreffend – nicht umfassend über die Gesundheitsversorgung informiert haben. Damit wirken die Empfehlungen teilweise einseitig. Wir beziehen uns insbesondere auf die Kapitel 15 und 16 der Langfassung Ihres Gutachtens, da hier die Besonderheit des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Querschnittsbereich hätte deutlich werden können.

Im **Kapitel 15** beschreiben Sie u. a. die gravierenden, sozialmedizinischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen des Rückenschmerzes sowie die Unterversorgung hinsichtlich multimodaler Schmerztherapie bei den Diagnosegruppen M 48 und M 51. Sie empfehlen mediale Aufklärung und zur Sicherung evidenz- und leitlinienbasierter Versorgungs Vergütungsmodelle für sprechende Medizin. Unserer Meinung nach sollte die sprechende Medizin gerade in psychosomatischen und psychiatrischen Praxen und gegenüber der technischen Medizin besser vergütet werden.

Damit könnten wesentliche Fehlsteuerungen unmittelbar verhindert werden. Der Rückenschmerz ist ein typisches Beispiel für die Notwendigkeit der psychosomatischen Medizin an der Schnittstelle zwischen Soma und

Bundesvorstand

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psycho-
somatik und Psychotherapie des Universi-
tätsklinikums
Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -
45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-
giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende
Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie Klinikum
Lüdenscheid Paulmannshöher Str. 14,
58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-
luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosoma-
tische Medizin und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an
der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72830, Fax: 08193 72909
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Parkstr. 10, 12103 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und
Psychosomatik
Im Nauheimer Feld 410, 69120
Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-
christoph.friederich@med.uni-
heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU
München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin
Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für
Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

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

www.dgpm.de

Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Psyche. Bei der Mehrzahl der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sind – wie in der *Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz* dargestellt – psychosoziale Faktoren entscheidend für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes. In dieser Leitlinie wird daher für diese Patienten eine schnelle Integration in die psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen gefordert. In der Realität vergehen jedoch häufig Monate bis Jahre, bis diese Versorgung greift. In dieser Zeit schreitet die Chronifizierung oft irreversibel fort, was Langzeit-Arbeitsunfähigkeit und den Verlust der Erwerbsfähigkeit zur Folge haben kann. Insofern wäre gerade hier eine Steuerung zur Verhinderung von iatrogenen Chronifizierungen notwendig. Verweisen möchten wir auch auf die gerade aktualisierte *S3 Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden* der psychosomatischen Fachgesellschaften (DKPM/DGPM), die wesentliche Daten zu diesem Krankheitsbild und dessen gestufter Versorgung beinhaltet. Diese Leitlinien sollten dringend in Ihre Ausführungen aufgenommen werden.

Die offensichtlich einseitige Literaturrecherche ohne Berücksichtigung psychosomatischer Fachliteratur setzt sich auch in **Kapitel 16** fort. Weder die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der ständigen Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland herausgegebene Schrift *Herzog W, Beutel M, Kruse J (2013) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebiets in Deutschland, Schattauer Verlag*, noch die ältere Schrift *Janssen PL, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker, Schattauer Verlag*, entstanden in Antwort auf einen Fragenkatalog des Sozialministeriums Baden-Württemberg, finden in Ihrem Gutachten Erwähnung.

Auch die noch jüngere Veröffentlichung *Zipfel, S., Herzog, W., Kruse J., Henningsen P. (2016) Psychosomatic Medicine in Germany: More Timely than Ever. Psychotherapy and Psychosomatics; 85: 262-269* wird nicht berücksichtigt. All diese Veröffentlichungen enthalten umfangreiche, fundierte und gut belegte Angaben zur geschichtlichen Entwicklung, zur aktuellen Versorgungssituation psychosomatisch Kranker, zu den von Psychosomatischen Medizinern real erbrachten Versorgungsleistungen, zu den aktuellen Forschungsleistungen der Psychosomatischen Hochschulmedizin, zu Forschungsdesideraten und zu Notwendigkeiten der zukünftigen Gestaltung der Psychosomatischen Medizin und Ärztlichen Psychotherapie. Stattdessen wird ausschließlich und umfänglich Bezug genommen auf eine von I. Hauth u. a. im Jahr 2017 herausgegebene Schrift: „*Psyche. Mensch. Gesellschaft. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*“. Diese Schrift ist – insoweit hier die Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie thematisiert wird – als Grundlage einer umfassenden und nicht einseitig gedachten gutachterlichen Stellungnahme nicht geeignet, da alle drei Herausgeber das psychiatrische Fachgebiet vertreten und

Vorsitzende der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN waren. Wir können nicht nachvollziehen, warum ausschließlich Literatur der psychiatrischen, nicht aber der psychosomatischen Fachgesellschaften berücksichtigt wurde.

In Ihrem Gutachten vergleichen Sie die Patientenstruktur in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und schreiben, dass das Diagnosespektrum der in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten oftmals breiter sei. Daraus ist aber nicht abzuleiten, dass in psychosomatischen Kliniken minder schwer erkrankte Patienten behandelt werden. Wie *Leichsenring F et al (2010) Komplexe psychische Störungen. Nervenheilkunde 29, 843-9* nachwies, zeigen sich bei Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischer stationärer Behandlung in ca. 40 bis 75% Störungen aus drei oder mehr ICD 10-Störungskategorien aus dem Kapitel F (F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Hinzu kommt oftmals eine behandlungsbedürftige somatische Komorbidität (bspw. aus den ICD 10-Kapiteln M: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, R: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind und I: Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems etc.). Stationär psychosomatisch behandelte Patienten zeigen also typischerweise eine hohe Komplexität ihrer Erkrankung. Psychiatrisch behandelte Patienten sind zwar häufig in dem Sinne schwer erkrankt, dass sie in Folge ihrer psychotischen oder depressiven Erkrankung in sehr hohem Maße subjektiv leiden oder ihre bspw. dementielle Erkrankung für ihr soziales Umfeld mit hohem Leiden verbunden ist, gleichzeitig gilt aber, dass die typische stationäre psychiatrische Behandlung im Vergleich zur stationär psychosomatischen Behandlung eher durch geringen personellen und zeitlichen, ärztlich-psychotherapeutischen Aufwand gekennzeichnet ist.

Eine unabhängige gutachterliche Stellungnahme erwarten wir auch bei Ihren Ausführungen zur Bedarfsplanung. Tatsächlich gibt es keine inhaltliche Rechtfertigung mehr für die Vermengung der historisch gemeinsamen, inzwischen aber weitgehend getrennten Versorgungsbereiche Neurologie und Psychiatrie, was sich inzwischen auch in eigenständigen Facharztweiterbildungen äußert. Demzufolge sollte auch die Bedarfsplanung getrennt erfolgen.

Gleiches sollte auch für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gelten. Auch hier ist historisch eine Differenzierung erfolgt, die sich in einer eigenen Facharztweiterbildung zeigt. Auch hier hätten Sie sich für eine eigene Bedarfsplanung für das Fachgebiet aussprechen können, anstatt sich hier alleine auf die interessengeleitete Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zu beziehen. Dies ist auf keinen Fall sachgerecht. Die gemeinsame Bedarfsplanung (fach-)ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten ist nicht länger hinnehmbar.

Entsprechend Ihrer Aussagen bräuchten Migranten zuvorderst eine zuverlässige psychiatrische Grundversorgung, in nicht wenigen Fällen aber auch eine Psychotherapie. Meist sind hier die somatischen Ärzte der Primärversorgung erste Anlaufstelle, da auch Migranten nicht primär mit einer seelischen sondern mit einer somatischen Symptomatik in das Versorgungssystem gelangen. Eine adäquate psychosomatische Grundversorgung (mit entsprechender Vergütung) wäre damit viel praxisnäher und realistischer (vgl. 16.7.3).

Sie beschreiben auch ein Risiko, dass die Ausübung der „klassischen“ ambulanten Psychiatertätigkeit mit ihrer höheren Taktung und ihrer kurzen Gesprächszeit unattraktiver sei und sich hieraus eine ungünstige Nachwuchssituation ergäbe. Möglicherweise wechseln auch psychiatrische Ärzte in die vermehrte Ausübung von Richtlinien-Psychotherapie (siehe SVR-Gutachten 2015). Dem könnte mit einer Verbesserung der Behandlungsbedingungen für ambulant-psychiatrisch tätige Ärzte begegnet werden. Gleiches gilt auch für niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die aufgrund der schlechten Honorierung psychosomatischer Gesprächsziffern überdurchschnittlich häufig Ziffern aus dem EBM-Kapitel 35 (Richtlinien-Psychotherapie) abrechnen und sich damit kaum vom Abrechnungsspektrum Psychologischer Psychotherapeuten unterscheiden. Auch diesem Fehlanreiz muss durch Korrektur der Honorierung entgegengewirkt werden, eine entsprechende Empfehlung fehlt in Ihrem Gutachten (vgl. 1278).

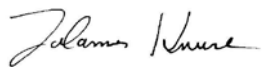
Die Zahlen des in Ihrem Gutachten zitierten Berichts der AG Psychiatrie der AOLG (2007) (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden/Gesundheitsministerkonferenz) sind veraltet. Dort wird berichtet, es gäbe 187 Fachabteilungen/Fachkrankenhäuser für Psychosomatik (Tab. 1.2, S. 10 des Tabellenanhangs) mit 5.606 Betten (Tab. 1.2.1, S. 11 des Tabellenanhangs). Tatsächlich gibt es (Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017) 253 Krankenhausfachabteilungen mit 10.857 Betten. Insgesamt werden in stationären/teilstationären psychosomatischen Krankenhäusern und Rehabilitationsabteilungen jährlich mehr als 250.000 Patienten versorgt.

Wir erkennen Ihr Bemühen, die psychosomatischen Versorgungsangebote und Modelle in Ihr Gutachten zu integrieren. Wiederholt fokussieren Sie sich in Ihren Ausführungen jedoch auf die psychiatrische Versorgung und Fachwelt. Sie benennen psychiatrische Tageskliniken, jedoch keine psychosomatischen (vgl. Seiten 692, 706, 718, Ziffer 1230). Für fundierte Aussagen ist die Berücksichtigung auch der psychosomatischen Fachliteratur unbedingt erforderlich.

Ein Sachverständigenrat, der nicht die öffentlich zugänglichen, aktuellen Zahlen zur Grundlage seiner gutachterlichen Stellungnahme heranzieht, kann keine Gültigkeit der von ihm verfassten planungsrelevanten Empfehlungen beanspruchen.

Wir fordern Sie daher auf, die Versorgungsrealität insbesondere an der so wichtigen Schnittstelle Soma-Psyche korrekt und realistisch sowie jenseits fach-/berufspolitischer Einflüsse darzustellen.

Freundliche Grüße

Handwritten signature of Johannes Kruse in black ink.

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
DGPM-Vorsitzender

Handwritten signature of Kerstin Weidner in blue ink.

Prof. Dr. med. Kerstin Weidner
DGPM-Vorstandsmitglied

Handwritten signature of Irgard Pfaffinger in black ink.

Dr. med. Irgard Pfaffinger
BPM-Vorsitzende

Handwritten signature of Norbert Hartkamp in black ink.

Dr. med. Norbert Hartkamp
BPM-stellv. Vorsitzender