

Erstmals Tag der Niedergelassenen auf dem Psychosomatikkongress

Die Niedergelassenen machen rund drei Viertel aller Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus, dennoch haben sie in den vergangenen Jahren unterdurchschnittlich an den Psychosomatikkongressen teilgenommen.

Das Kongressteam, allen voran die dort vertretene niedergelassene Kollegin Nicola Blum, hat versucht herauszufinden, was die Gründe dafür sind. In Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden wurde in diesem Jahr am für Niedergelassene vielleicht attraktiven wochenendnahen Freitag erstmals ein neues Format erprobt. In drei Doppelstunden wurde je ein Workshop zu den Themen Diagnostik, Therapie und Perspektive veranstaltet. Nach Impulsreferaten von 15 Minuten blieb viel Raum für Diskussion.

Workshop A – Diagnostik

Der Weg in die Niederlassung und die Abrechnung: Zulassung und EBM

H. Berneburg erläutert die Zulassungsmöglichkeiten und Ausschreibungsverfahren von Kassenarztsitzen. In den letzten 30 Jahren seien innerhalb der KBV die Leistungen des Facharztes für Psychosomatische Medizin absolut begrenzt worden. Das Ausweichen auf die Richtlinienpsychotherapie sei keine fachärztliche psychosomatische Behandlung. »Jede:r soll abrechnen, was er oder sie kann« ist ein Plädoyer für die Wahrnehmung der fachärztlichen Ziffern des Kapitels 22. Gleichzeitig kritisiert Berneburg die unzureichenden Abrechnungsmöglichkeiten von ärztlich/somatischen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten.

Konsiliar- und Liaisondienst – sektorenübergreifend

M. Monhof-Führer berichtet über ihre sehr befriedigende und wichtige Konsiliar- und Liaisonarbeit in verschiedenen Einrichtungen und erläutert die Bedeutung für die verschiedenen Patient:innen und Kolleg:innen. Hinsichtlich des Konsiliar- und Liaisondienstes besteht

Einigkeit darüber, diesen als Kernkompetenz der psychosomatisch-fachärztlichen Tätigkeit zu sehen; gleichzeitig wird betont, dass es (noch) individueller Vereinbarungen der Finanzierung von KL-Leistungen bedarf, da z.B. ein interdisziplinärer kollegialer Austausch nach wie vor nicht abrechenbar ist.

Der Einstieg in die Psychosomatische Praxis: Diagnostik und Therapieplanung

R. Behnisch zeigt, wie die Psychosomatische Medizin in Abgrenzung zur psychologischen und ärztlichen Richtlinienpsychotherapie eine wichtige Behandlungslücke in synergistischer Weise zur Inneren Medizin, hausärztlichen Versorgung, Neurologie und Psychiatrie schließt. Psyche ist Neurobiologie, ist Elektrophysiologie und somit untrennbar mit den psychoneurophysiologischen, somatischen Prozessen der klassischen Schulmedizin verknüpft. *Wir haben nichts Somatisches gefunden, es muss psychisch sein*, sollte im Sprachgebrauch obsolet sein. Anspruch und Realität klaffen in der gängigen Behandlungspraxis weit auseinander. Die inhaltliche Spaltung wird im Zahlenverhältnis von Hausärzt:innen (~ 55 000), Psychologischen Psychotherapeut:innen (~ 48 000) und Psychosomatiker:innn (~ 1700) deutlich. Die Überalterung und das Nachwuchsproblem machen die Notwendigkeit des Handelns deutlich.

In der anschließenden Diskussion des ersten Workshops wird aufgegriffen, dass Psychosomatische Medizin mehr als Richtlinienpsychotherapie ist und das Facharzt-Kapitel 22 dringend ausgeweitet werden müsse, um das Spannungsfeld zwischen dem Anspruch an eine psychosomatische Versorgungspraxis und der Wirklichkeit zu reduzieren und das Verbleiben in der reinen Richtlinienpsychotherapie aus finanziellem Druck zu beenden. Körperliche Untersuchungen und MFA-Leistungen sollten darstellbar sein. Außerdem wird die Kommunikation unter verschiedenen ambulant tätigen Berufsgruppen als wichtig, aber häufig auch mühsam und ausbaufähig beschrieben.

Workshop B – Therapie

Aus der Praxis für die Praxis: Beispiele spezifischer psychosomatischer Gruppenangebote

P. Vogelsänger berichtet, wie er seit 2008 seine Praxis zunehmend zu einer psychosomatischen Facharztpraxis umgestaltet hat. Er versorgt dort vor allem körperlich Erkrankte mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, chronischen Schmerzen, rheumatischen und neurologischen Erkrankungen, Malignomen, aber auch psychosomatischen Krankheiten, unterstützt durch ein Netzwerk aus kooperierenden Praxen und Kliniken. Der Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie kommt eine wichtige Rolle zu. Die Vorbereitung der Patient:innen im Einzelsetting mit Erörterung somatischer Befunde, mit der Probatorik in der Gruppe und der Einbeziehung achtsamkeitsbasierter Techniken wie auch der Effekt gruppenspezifischer Wirkfaktoren werden dargestellt.

Kombinierte Einzel- und Gruppentherapie in der ambulanten Praxis. Ein Erfahrungsbericht

M. Mannel erläutert, dass in der (Tages-)Klinik die Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie schon lange anerkannt ist. Für das ambulante Setting gilt das weit weniger. Hier dominiert unverändert die Einzeltherapie oder alternativ die Gruppentherapie. Dabei liegen die Vorteile einer Kombination auf der Hand: u.a. höhere Behandlungsdichte, Vermeidung (teil-)stationärer Behandlung, geringere Abbruchraten, differenziertere Übertragungsmöglichkeiten, wechselseitige Unterstützung der Verarbeitung von Mentalisierungsreizen. Dass v.a. in der analytischen Psychotherapie die Kombination der beiden Settings bis heute oft als der »unwillkommene und unzulängliche Bastard« wahrgenommen wird, hat vermutlich mehr mit organisatorischen, ökonomischen, regulatorischen, pragmatischen bzw. persönlichen Gründen denn mit inhaltlichen zu tun. **Multimodales Arbeiten in der Facharztpraxis**

I. Pfaffinger zeigt, dass multimodales Arbeiten nicht nur im stationären Setting, sondern auch in der ambulanten Facharztpraxis möglich ist und dass bspw. die Messung der Herzratenvariabilität und die Sichtbarmachung physiologischer

Prozesse und deren Beeinflussung für die psychosomatisch kranken Patient:innen erkenntnisreich und hilfreich sein kann. Neben den bekannten Entspannungsverfahren, wie dem Autogenen Training, der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson und der Hypnose, können auch Achtsamkeitsübungen (»Dritte-Welle-Verfahren«) und Meditation zur Stressreduktion eingesetzt werden. Physio- und Ergotherapie sowie bei Bedarf auch Soziotherapie sollten neben Reha-Sport häufiger auch in der psychosomatischen Facharztpraxis verordnet werden.

Die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie haben, insbesondere was die Regelungen zur Gruppentherapie und die Einführung der Gruppentherapeutischen Grundversorgung betrifft, zu einer wesentlichen Verbesserung hinsichtlich der Gestaltung und Vergütung beigetragen, werden sehr begrüßt und sollten im Sinne der Patient:innenversorgung noch häufiger eingesetzt werden.

Workshop C – Perspektive

Adaptation der KSVPsych-RL an die Erfordernisse der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

In Vertretung des geplanten Referenten stellt S. Köhler die neue Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, mit ihren Vor- und Nachteilen dar. In Netzverbänden sollen die teilnehmenden Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen eng mit qualifizierten Gesundheitsberufen wie Ergo-, Logo- und Soziotherapeut:innen, aber auch Kliniken zusammenarbeiten. Psychisch schwer kranke Menschen sollen von der Vernetzung vorhandener Angebote und der Koordination der Behandlung deutlich profitieren. Erste Ansprechpartner:innen für die Patient:innen sind die Bezugsärzt:innen und Bezugspsychotherapeut:innen des Netzverbundes. Kritikpunkte sind u. a. die unzureichende Vergütung bei hohem Mehraufwand und

der zwingend vorgeschriebene Kooperationsvertrag mit einer Klinik.

Bildung und Etablierung eines richtlinienfähigen Arztnetzes unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen

J. Timmermann zeigt mit seinem MVZ für körperliche und seelische Gesundheit ein Best-Practice-Beispiel berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit, wie sie bereits vor Einführung der neuen Richtlinie möglich war. Im Rahmen des MVZ lassen sich Behandlungspfade für Patient:innen etablieren, die sicherstellen, dass eine umfassende Versorgung »aus einem Guss« unter Einbezug der unterschiedlichen ärztlichen, psychologisch-psychotherapeutischen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ernährungsmedizinischen, ergotherapeutischen oder sozialarbeiterischen Fachkräfte stattfindet.

Weiterbildung im Fachgebiet ambulant
N. Hartkamp stellt dar, wie man auch im ambulanten Bereich Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weiterbilden kann, und geht hier insbesondere auf die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis, die infrastrukturellen Voraussetzungen einer Weiterbildungspraxis und die Vergütung der Weiterbildungsassistent:innen ein. Letztere stellt für viele Kolleg:innen eine Hürde dar, trotz Weiterbildungsbefugnis weiterzubilden.

In der Diskussion wird die Notwendigkeit, deutlich mehr Fachärzt:innen weiterbilden zu müssen, erneut betont. Kenntnisse zur Richtlinienpsychotherapie, zur nicht-klinischen fachärztlichen Tätigkeit und zur Praxisführung können nur im ambulanten Setting vermittelt werden. Die ambulante Weiterbildung erfordert zwar eine Bereitschaft zum Engagement aufseiten der Befugten, ist jedoch vor allem durch die Arbeit im Team auch sehr befriedigend.

Fazit

Rund 40 Teilnehmende nutzten auf dem Niedergelassenentag die Gelegenheit, aktuelle Themen mit erfahrenen Kolleg:innen zu diskutieren und diesen



Anregungen mit auf den Weg zu geben. Diese und die Auswertung der Feedbackbögen werden in die Planung des nächstjährigen Tages der Niedergelassenen mit einfließen.

Unser Fachgebiet bietet viele Möglichkeiten. Das Arbeiten in einer psychosomatischen Fachärzt:innenpraxis wird immer attraktiver, ist aber noch ausbaufähig. Hier hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Immer mehr Kolleg:innen überschreiten die Grenzen der reinen Richtlinienpsychotherapie-Praxis und nutzen die Möglichkeiten der Fachärzt:innen-Praxis. Insgesamt braucht es jedoch dringend mehr Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Dr. med. Irmgard Pfaffinger

