

Nervenarzt 2003 · 74:629–638
 DOI 10.1007/s00115-003-1570-x
 © Springer-Verlag 2003

Redaktion

U. Voderholzer, Freiburg
 M. Berger, Freiburg
 T. Messer, Augsburg

J. Fritze · H. Saß

für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Patientenrechte, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht

In letzter Zeit treten vermehrt Organisationen der Selbsthilfe an psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken heran mit der Aufforderung, die Klinik möge verbindlich zusagen, die in der Vorsorgevollmacht eines Patienten festgelegten Wünsche im Falle der Nicht-Einwilligungsfähigkeit des Patienten bei zukünftiger Krankenhausaufnahme zu respektieren. Solche Wünsche umfassen u. a., auf die Psychopharmakotherapie und die hierfür ggf. notwendige Gerichtsentscheidung zu verzichten. Um sich die Relevanz solcher Vorsorgevollmacht zu vergegenwärtigen, hilft die Kenntnis der Ausführungen der Gesundheitsministerkonferenz über die Patientenrechte und des jüngsten Urteils des Bundesgerichtshofs zur Tragweite einer Patientenverfügung.

Ausführungen der Gesundheitsministerkonferenz

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat 1999 zur Charta der Patientenrechte beschlossen, „Behandlung und Pflege haben die Würde und Integrität des Patienten zu achten, sein Selbstbestimmungsrecht und sein Recht auf Privatheit zu respektieren und das Gebot der Humanität zu beachten. Eine Einwilligung kann nur wirksam sein, wenn der Patient vorher aufgeklärt wurde oder eindeutig darauf verzichtet hat. Wirksam einwilligen kann nur, wer einwilligungsfähig ist“ (GMK). „Bei fehlender

Einwilligungsfähigkeit ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder des vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuers erforderlich. Die Bestellung eines Betreuers ist entbehrlich, wenn der Patient rechtzeitig eine Person seines Vertrauens für die Zustimmung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt hat. (Vorsorgevollmacht)“ (GMK). Nur im Ausnahmefall einer lebens- und gesundheitserhaltenden Notfallbehandlung dürfe von mutmaßlicher Einwilligung ausgegangen werden.

„Niemand kann zur Behandlung gezwungen werden und niemand darf eine Behandlung erzwingen. In seltenen Ausnahmefällen kann der Staat Anordnungen treffen, die die Gesundheit und Selbstbestimmung des Patienten berühren (z. B. die Einweisungsmöglichkeit nach dem Unterbringungsrecht oder die Pflicht, Untersuchungen nach dem Bundesseuchengesetz zu dulden)“ (GKM).

Die Behandlung hat „wissenschaftlich gesichert und/oder aufgrund praktischer ärztlicher Erfahrung in der Ärzteschaft akzeptiert“ zu sein (GMK). „Eine Behandlung, die diesen Erfordernissen nicht entspricht, aber dennoch ärztlich vertretbar ist, darf nur durchgeführt werden, wenn der Patient über die Unsicherheit der Behandlung und über ihre Nutzen und Risiken aufgeklärt wurde und daraufhin eingewilligt hat.“

„Jeder Patient, der entscheidungsfähig und über seine Situation aufgeklärt ist,

hat das Recht, den Abbruch oder das Unterlassen weiterer lebensverlängernder Maßnahmen zu verlangen, unabhängig davon, ob der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat. Der Patient kann für den Fall, dass er nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte, durch eine Patientenverfügung auf lebenserhaltende und -verlängernde Maßnahmen verzichten. Der Arzt zieht diese Patientenverfügung für die Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten heran“ (GMK).

Urteil des Bundesgerichtshofes vom 17.03.2003

Der Bundesgerichtshof hat sich in seinem Urteil vom 17.03.2003 (52/03) mit der Tragweite der Patientenverfügung auseinandergesetzt: „Ist der Patient im Zeitpunkt der Maßnahme nicht einwilligungsfähig, so gilt: Eine frühere Willensbekundung, mit welcher der Patient seine Einwilligung in Maßnahmen der in Frage stehenden Art für eine Situation, wie sie jetzt eingetreten ist, erklärt oder verweigert hat, wirkt, falls der Patient sie nicht widerrufen hat, fort; die inzwischen eingetretene Einwilligungsunfähigkeit ändert nach dem Rechtsgedanken des § 130 Abs. 2 BGB an der fortdauernden Maßgeblichkeit des früher erklärten Willens nichts. Ist eine solche frühere Willensbekundung nicht bekannt, beurteilt sich die Zulässigkeit der Maßnahme, falls unaufschiebbar, nach

dem mutmaßlichen Willen des Patienten, bis für diesen ein Betreuer bestellt ist.“

„Ist für den einwilligungsunfähigen Patienten ein Betreuer bestellt und erreichbar, vermag der mutmaßliche Patientewille allein einen Eingriff in die persönliche Integrität des Patienten nicht länger zu rechtfertigen. Mit der Bestellung des Betreuers ist die rechtliche Handlungsfähigkeit des Betroffenen wiederhergestellt; Arzt und Pflegepersonal können deshalb nicht mehr unmittelbar auf den (mutmaßlichen) Willen des einwilligungsunfähigen Patienten „durchgreifen“. Eine Willensbekundung, mit welcher der Betroffene seine Einwilligung in die in Frage stehenden Maßnahmen und für die jetzt eingetretene Situation erklärt oder verweigert hat, wirkt weiterhin – als Ausfluss seines Selbstbestimmungsrechts – fort. Als gesetzlicher Vertreter hat der Betreuer die exklusive Aufgabe, dem Willen des Betroffenen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen.“

„Da der Beteiligte (Betreuer) sein Verlangen (bezüglich der Behandlung des Betreuten) auf den erklärten und fortgeltenden Willen des Betroffenen stützt, trifft er insoweit keine eigene Entscheidung; er setzt vielmehr nur eine im voraus getroffene höchstpersönliche Entscheidung des Betroffenen um. Die richtige Umsetzung des Willens des Betroffenen und die damit einhergehende Unterlassung einer eigenen, den Willen des Betroffenen ersetzenden Einwilligung des Beteiligten in die Weiterbehandlung des Betroffenen ist ein tauglicher Gegenstand einer vormundschaftsgerichtlichen Überprüfung.“ „...„Die Entscheidungsmacht des Betreuers ist jedoch mit der aus dem Selbstbestimmungsrecht folgenden Entscheidungsmacht des einwilligungsfähigen Patienten nicht deckungsgleich, sondern als gesetzliche Vertretungsmacht an rechtliche Vorgaben gebunden; nur soweit sie sich im Rahmen dieser Bindung hält, kann sie sich gegenüber der Verpflichtung des Arztes, das Leben des Patienten zu erhalten, durchsetzen.“

Diese Ausführungen des Bundesgerichtshofs bedeuten also: Der Betreuer hat den früher erklärten Willen des Betroffenen durchzusetzen. Dies bedarf aber – wie

bei allen folgenschweren Entscheidungen, die ein Betreuer ggf. ersatzweise zu treffen hat – der gesetzlich vorgeschriebenen Überprüfung durch das Vormundschaftsgericht.

Der Bundesgerichtshof führt weiter aus: „Maßgebend sind nach § 1901 Abs. 3 Satz 1, 2 BGB die – auch früher geäußerten (§ 1901 Abs. 3 Satz 2 Halbs. 1 BGB) – Wünsche des -Betroffenen, sofern sie sich feststellen lassen, nicht durch entgegenstehende Bekundungen widerrufen sind (§ 1901 Abs. 3 Satz 2 Halbs. 2 BGB) und dem Wohl des Betreuten nicht zuwiderlaufen (§ 1901 Abs. 3 Satz 1 Halbs. 2 BGB). Das Wohl des Betreuten ist dabei nicht nur objektiv, sondern – im Grundsatz sogar vorrangig – subjektiv zu verstehen; denn „zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, ... sein Leben nach seinen eigenen Vorstellungen und Wünschen zu gestalten“ (§ 1901 Abs. 2 Satz 2 BGB). Nichts anderes gilt, wenn sich – auf die vorliegende Situation bezogene – Wünsche des Betroffenen nicht feststellen lassen: Dann hat sich der Betreuer nach § 1901 Abs. 2 Satz 1 BGB am „Wohl des Betreuten“ zu orientieren, dies aber nach § 1901 Abs. 2 Satz 2 BGB aus der Sicht des Betreuten – d.h. nach dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen – zu bestimmen. ... Liegt eine ... sogenannte „Patientenverfügung“ vor, bindet sie als Ausdruck des fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts, aber auch der Selbstverantwortung des Betroffenen den Betreuer; denn schon die Würde des Betroffenen (Art. 1 Abs. 1 GG) verlangt, dass eine von ihm eigenverantwortlich getroffene Entscheidung auch dann noch respektiert wird, wenn er die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Entscheiden inzwischen verloren hat. Die Willensbekundung des Betroffenen für oder gegen bestimmte medizinische Maßnahmen darf deshalb vom Betreuer nicht durch einen „Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen“ des Betroffenen „korrigiert“ werden, es sei denn, daß der Betroffene sich von seiner früheren Verfügung mit erkennbarem Widerrufswillen distanziert oder die Sachlage sich nachträglich so erheblich geändert hat, dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Entscheidung die aktuelle Sachlage nicht umfaßt. ... Ein vormundschaftsgerichtliches Ver-

fahren böte die Möglichkeit, verantwortlich zu prüfen, ob der rechtliche Rahmen für das Verlangen (hier handelte es sich um die Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung) des Beteiligten überhaupt eröffnet ist. ...

Ein vormundschaftsgerichtliches Verfahren böte nicht nur den Rahmen für eine Prüfung, ob der Beteiligte den Willen des Betroffenen mit der Vorlage der von diesem getroffenen Verfügung erschöpfend ermittelt hat oder ob die Umstände des Einzelfalles weitere Erkundungen geboten erscheinen lassen. Sie eröffnete auch die Möglichkeit, für alle Beteiligten verbindlich festzustellen, dass die vom Beteiligten gewünschte Einstellung der Behandlung in der nunmehr vorliegenden Situation dem in der Verfügung zum Ausdruck gelangten Willen des Betroffenen entspricht. ...

Durch die Prüfungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts wird nicht in die Rechte des Betroffenen auf Leben und körperliche Unversehrtheit eingegriffen, der Vormundschaftsrichter – entgegen einer gelegentlich gebrauchten plakativen Formulierung – also nicht zum „Herrn über Leben und Tod“ ernannt. Vielmehr werden – im Gegenteil – die Grundrechte des Betroffenen geschützt, indem die Entscheidung des Betreuers, nicht in eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung oder Weiterbehandlung des Betroffenen einzuwilligen, einer gerichtlichen Kontrolle unterzogen und dabei auf ihre Übereinstimmung mit dem Willen des Betroffenen – als Ausfluss seiner fortwirkenden Selbstbestimmung und Selbstverantwortung – überprüft wird.“

Zu den vom Arzt anbietenden Behandlungsverfahren führt der BGH aus: „Im Grundsatz gesichert erscheint, dass der Arzt – gestützt auf sein Grundrecht der Berufsfreiheit und seine allgemeine Handlungsfreiheit – jedenfalls solche Maßnahmen verweigern kann, für die keine medizinische Indikation besteht. ... Nur soweit ärztlicherseits eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung angeboten wird, ist eine Einwilligung des Betreuers als des gesetzlichen Vertreters des einwilligungsunfähigen Patienten überhaupt erforderlich. Ein Unterlassen (erst recht eine Verweigerung) der Einwilligung in die angebotene Behandlung

wird – nach der im Wege der Rechtsfortbildung gewonnenen Auffassung des Senats – jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam.“

Schlussfolgerungen

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass jede medizinische Intervention des informierten Einverständnisses des Patienten bedarf. Dabei ist in jedem Einzelfall zu würdigen, wie weit die Information des Patienten gehen kann, ohne ihn zusätzlich zu schädigen, um ihm eine mündige, autonome Entscheidung im Rahmen seines eigenen Wertesystems zu ermöglichen. Dabei kann die Entscheidung nur so weit gehen, wie der Patient dies wünscht. Dies entspricht der im Jahr 1991 verabschiedeten Resolution 46/119 „Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement for Mental Health Care“ (Anlage) der Vereinten Nationen und den modernen Prinzipien der aktiven Mitwirkung („shared decision making“) des Patienten [1].

Aus den Ausführungen der GMK und des BGH – wenn auch zu lebensverlängernden Maßnahmen – ergibt sich, daß bei Einwilligungsunfähigkeit in lebens- und gesundheitsbedrohenden Notfällen – und nur hier – gemäß des mutmaßlichen Willens des Patienten zu handeln ist. Hat der Patient für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit Vorsorge in Form einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht getroffen, so gelten die dort getroffenen Festlegungen in die Zeit der Einwilligungsunfähigkeit fort, sofern kein Anhalt besteht, dass der Wille zwischenzeitlich geändert wurde. Der Betreuer hat diesen Willen durchzusetzen. Dabei ist das Vormundschaftsgericht zu beteiligen. Das Vormundschaftsgericht hat zu prüfen, ob die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Gegenstand der Prüfung ist dabei auch, ob es irgendeinen Anhalt gibt, daß der Betroffene – seit er die Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht getroffen hat, seinen Willen geändert hat, und ob der Wille in einem die Einwilligungsfähigkeit nicht ausschließenden Zustand erklärt wurde. Z.B. der in einer Depression erklärte Wille sterben zu wollen, kann nicht bindend wirken, denn dieser Wille entspricht keiner freien Ent-

scheidung, indem er von depressivem Erleben geprägt wurde.

In lebens- und gesundheitsbedrohenden Notfällen ist gemäß des mutmaßlichen Willens des Patienten nur so lange zu handeln, bis der Betreuer ggf. anders entschieden und diese Entscheidung der Prüfung durch das Vormundschaftsgericht standgehalten hat.

Resümée

Vor diesem Hintergrund ist es problemlos, dem Patientenwunsch grundsätzlich zu folgen, d.h. ihm zuzusagen, der Vorsorgevollmacht im Falle der Einwilligungsunfähigkeit zu entsprechen. Eine solche Zusage ist allerdings eigentlich überflüssig, denn aus den Ausführungen insbesondere des Bundesgerichtshofes ergibt sich dies zwingend. Eine solche Erklärung der Klinik bindet nicht mehr als die Vorsorgevollmacht selbst. Steht in der konkreten Behandlungssituation ein anderes Rechtsgut wie z.B. die akute, unmittelbare Gefährdung Dritter entgegen, sodass die Voraussetzungen der Unterbringungsgesetze der Länder erfüllt sind, dann kann und muß ggf. von den Inhalten der Vorsorgevollmacht abgewichen werden. Auch hierbei ergibt sich zwangsläufig, daß die Rechtmäßigkeit durch das Vormundschaftsgericht überprüft wird.

Fordert eine Vorsorgevollmacht Behandlungsformen, die im konkreten Einzelfall nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, und schließt die Vorsorgevollmacht andererseits aber Behandlungsformen aus, die dem Stand der Wissenschaft entsprechen, so besteht keine Behandlungsverpflichtung. Aus den Ausführungen des Bundesgerichtshofes folgt explizit: Wenn keine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, kann der Arzt Maßnahmen verweigern, für die keine medizinische Indikation besteht“. Das würde also die Entlassung aus stationärer Behandlung bedeuten.

Anlage

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care Adopted by Gene-

ral Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991

...

„6. Any decision that, by reason of his or her mental illness, a person lacks legal capacity, and any decision that, in consequence of such incapacity, a personal representative shall be appointed, shall be made only after a fair hearing by an independent and impartial tribunal established by domestic law. The person whose capacity is at issue shall be entitled to be represented by a counsel. If the person whose capacity is at issue does not himself or herself secure such representation, it shall be made available without payment by that person to the extent that he or she does not have sufficient means to pay for it. The counsel shall not in the same proceedings represent a mental health facility or its personnel and shall not also represent a member of the family of the person whose capacity is at issue unless the tribunal is satisfied that there is no conflict of interest. Decisions regarding capacity and the need for a personal representative shall be reviewed at reasonable intervals prescribed by domestic law. The person whose capacity is at issue, his or her personal representative, if any, and any other interested person shall have the right to appeal to a higher court against any such decision.“

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Jürgen Fritze

Asternweg 65
D-50259 Pulheim

Literatur

1. Maingay S, Thornicroft G, Huxley P, Jenkins R, Szmukler G (2002) Mental Health and Human Rights: The MI Principles – Turning rhetoric into action. *Int Rev Psychiatry* 14:19–25

Fakultative Umbenennung des Gebietes „Psychiatrie und Psychotherapie“ in „Medizin psychischer Erkrankungen“

Etlliche schwer wiegende Gründe haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in enger Abstimmung mit den Berufsverbänden BVDP (Berufsverband Deutscher Psychiater) und BVDN (Berufsverband Deutscher Nervenärzte) dazu veranlasst, eine fakultative Umbenennung des Gebietes „Psychiatrie und Psychotherapie“ in „Medizin psychischer Erkrankungen“ anzustreben. Der „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ soll sich demnach optional auch „Facharzt für psychische Erkrankungen“ nennen dürfen. Nach eingehender Beratung haben sich im April und Mai 2003 der Vorstand der DGPPN, die Vorstände der Berufsverbände und die Delegiertenversammlung des BVDN darauf geeinigt, beim 106. Deutschen Ärztetag in Köln im Mai 2003 einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Ziel ist es, die stigmatisierende und institutionalisierende Bezeichnung „Psychiatrie“ mittelfristig aus dem thematischen Kontext psychischer Erkrankungen und psychisch kranker Menschen zu entfernen. Auch heute noch wird der Begriff Psychiatrie unterschwellig häufig mit einer staatlichen Institution zur Ausgrenzung sozial oder politisch missliebiger Personen in Verbindung gebracht. Beispiele aus dem Dritten Reich oder der DDR-Psychiatrie sind jedem bekannt. Patienten fühlen sich stigmatisiert durch Assoziationen mit Zwangsunterbringung, bewusstseinsverändernder medikamentöser Zwangsbehandlung oder Unheilbarkeit.

In den letzten Jahren kam es aber auch zu einer zunehmenden iatrogenen Stig-

matisierung des medizinischen Fachgebietes Psychiatrie: Durch das stark angewachsene psychotherapeutische Behandlungsangebot (Psychologen, psychotherapeutisch ausgerichtete Ärzte, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin) entwickelte sich in der Bevölkerung und bei psychisch kranken Menschen der Eindruck, es existiere ein alternativ gleichwertiges, fachlich und therapeutisches Nebeneinander der klassischen Psychiatrie und psychotherapeutisch-psychosomatischer Behandlung. So entsteht neue Stigmatisierung gegen fachärztlich-psychiatrisch multimodal betreuungsbedürftige schwer kranke Patienten durch die billigend in Kauf genommene Polarisierung zwischen psychiatrisch-neuro-biologischer Behandlungsweise mit Pharmakotherapie im Gegensatz zu nebenwirkungsfreier Zuwendungspsychotherapie.

Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände sind neben der Entstigmatisierung der psychisch Kranken, des Gebietes Psychiatrie und seiner Ärzte auch daran interessiert, die umfassende Zuständigkeit des Gebietes für Prävention, Diagnostik, alle Therapieformen, Nachsorge und Rehabilitation sämtlicher psychischer Erkrankungen in der Namensgebung zu dokumentieren. Die Inhalte unserer Weiterbildungsordnung umfassen alle diese Kenntnisse und Fähigkeiten.

Von den gewählten Ärztetagsdelegierten unseres Fachgebietes Prof. Dr. Bach, Dr. Carl, Prof. Dr. Henneberg, Dr. Kramer, Dr. Urban wurde der Antrag am 21.05.2003 an den 106. Deutschen Ärztetag gestellt.

Unser Antrag auf die fakultative Fachgebietsbezeichnung stieß ausschließlich auf Widerstand bei den Fachärzten für psychotherapeutische Medizin. Der Antrag wurde an den Vorstand der Bundesärztekammer zur Weiterbearbeitung verwiesen. Derzeit stehen weitere Beratungen zwischen Bundesärztekammer, DGPPN und Berufsverbänden zu dieser Thematik an. Wir sind zuversichtlich, dass sich eine positive Entwicklung in unserem Sinne erreichen lässt.

Dr. Gunther Carl

Korrespondierender Autor

Dr. G. Carl

KV Bayerns, Bez.-St. Unterfranken, stv. Vorsitzender
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN),
2. Vorsitzender
97318 Kitzingen, Friedenstr. 7
Tel.: 09321-5355, Fax: 09321-8930
eMail: carlg@t-online.de, www.bvdn.de
www.neurologie-psychiatrie-kitzingen.de

Der Deutsche Ärztetag in Köln und die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (WBO)

Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Einleitung

Nach 10 Jahren nahm sich die Bundesärztekammer (BÄK) eine umfassende Novellierung der Weiterbildungsordnung vor. Ziele waren Vereinfachung und mehr Transparenz der zukünftigen WBO. Kernstück der Novellierung sollte die Aufwertung der Allgemeinmedizin und ihr Zusammenschluß mit der Inneren Medizin sein. So wird es in Zukunft nur noch den hausärztlichen Internisten und die internistischen Schwerpunkte Kardiologie, Gastroenterologie etc. geben. Damit bereitete die Bundesärztekammer mit der WBO den politisch gewollten Weg zum Primärarzt, der – gemäß des aktuellen Entwurfs des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) - das Erstzugangsrecht der Patienten exklusiv besitzt und als „gatekeeper“ an Fachärzte überweisen kann (Ausnahme bisher nur Kinderärzte, Augenärzte und Frauenärzte).

Auch im Bereich von Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik bot sich die Möglichkeit, die bisherige Trennung von Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und Psychotherapeutischer Medizin andererseits zu korrigieren. Die Aufspaltung in zwei Fachärzte eines in der übrigen Welt aus gutem Grund einheitlichen Gebietes erwies sich unseres Erachtens für Bevölkerung, Ärzteschaft, Kostenträger und Politiker als schwer verstehbar. Eine Korrektur schien auch der dezidierte Wunsch der BÄK zu sein. Da die Aufspaltung in den letzten 10 Jahren nach Meinung des Vorstands der DGPPN für beide Fachärz-

te gravierende Nachteile erbrachte, wäre eine einheitliche, transparente, von fachlich-medizinischen Gesichtspunkten bestimmte Regelung wünschenswert gewesen.

Nachteile für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie durch die Zweifachärzte-Lösung

Erstens führte das sog. 90% Urteil des Bundessozialgerichts zu einer weitgehenden **Eliminierung der Psychotherapie** aus den psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen. Da nur noch Ärzte mit mehr als 90 % Richtlinienpsychotherapie eine deutliche finanzielle Stützung ihres Punktwerts erhalten, können sich psychiatrisch-psychotherapeutische Fachärzte ein nennenswertes, medizinisch oft notwendiges Engagement in der Richtlinienpsychotherapie ihrer Patienten nicht mehr leisten.

Zweitens verliert das Fach – wie später genauer erläutert – eine zunehmend **große Zahl ihrer Fachärzte** an das Versorgungsgebiet der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik. Entscheidend hierfür ist die Tatsache, dass einerseits die Bettenkapazitäten psychosomatisch/psychotherapeutischer Reha- und Akut-Kliniken ständig ausgeweitet, andererseits kaum neue Fachärzte von der psychotherapeutischen Medizin generiert werden. Zurzeit arbeiten in den psychosomatischen Akut-Kliniken mit ca. 4.000 Betten und Reha-Kliniken mit ca. 15.000 Betten lediglich 746 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und 150

Weiterbildungsassistenten (Zahlen der BÄK). Bei einem Arzt-Patienten-Schlüssel im Akutbereich von 1:6 und Rehabereich von 1:13 (U.Koch, 2003) besteht jedoch ein Bedarf an insgesamt 1.800 Arztstellen. D.h. bereits jetzt kann die Psychotherapeutische Medizin nur die Hälfte davon decken. Dies dürfte der entscheidende Grund sein, daß in unserem Gebiet trotz großer Erfolge in der Rekrutierung von Weiterbildungs-Assistenten und einer hohen Zahl neuer Fachärzte, es vor allem in den neuen Bundesländern zu einem die Versorgungsverpflichtungen gefährdenden Mangel an Fachärzten gekommen ist.

Vertreter der psychotherapeutischen Medizin streben jedoch weiterhin mit dem sogenannten „Janssen-Gutachten“ die Einrichtung von 0,2 Betten pro 1.000 Einwohner, d.h. weitere 12.000 Akutbetten in Deutschland an. Kann dies gerichtlich durchgesetzt werden – wie soeben beim Sozialgericht Baden-Württembergs geschehen –, würde sich das Problem weiter verschärfen. Der Aufbau von 12.000 Akutbetten bedeutet einen Neubedarf von ca. 2.000 Arztstellen. Es ist zu befürchten, dass dieser vornehmlich durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gedeckt werden müßte und damit die psychiatrisch-psychotherapeutische (Pflicht-) Versorgung auch schwer Erkrankter weiter gefährdet wird.

Drittens ist es, wie gesagt, in einigen Bundesländern gelungen, neben den psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbetten auch Bettenbedarfs-

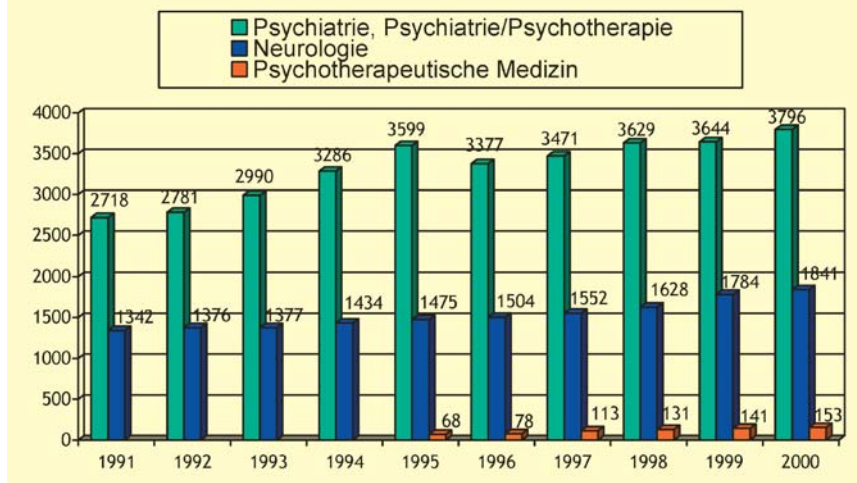


Abb. 1 ▲ Zahl der Weiterbildungsassistenten in Psychiatrie/Pschotherapie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin nach Angaben der BÄK

zahlen für die stationäre psychotherapeutisch-medizinische Akutversorgung durchzusetzen. Dies führt zunehmend zu der medizinisch schwer begründbaren, aber Mehrkosten erzeugenden Situation, dass in **Allgemeinkrankenhäusern neben psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen zusätzlich Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin etabliert werden**. Letzere haben ein weitgehend gleiches Diagnosespektrum wie die Psychiatrie/Pschotherapie und werden zunehmend häufiger von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet! In Baden-Württemberg wurde der Kompromiss vom Sozialministerium gewählt, die Abteilungen vornehmlich in Zentren für Psychiatrie anzusiedeln. Dies führt zum Abbau von Psychiatrie-Betten und erzeugt den falschen Eindruck, als wenn nur in diesen Abteilungen psychotherapeutische Behandlungen erfolgen.

Viertens und am gravierendsten stellt sich jedoch das Problem der **Stigmatisierung und Ausgrenzung unseres Faches und der von ihm behandelten Patienten** dar. Durch den zweiten Facharzt für die psychotherapeutische Behandlung von weniger schwer Erkrankten entstand in der Bevölkerung, aber auch bei zuweisenden Ärzten, Kostenträgern und Politikern der Eindruck, dass die Psychiatrie nur für „psychiatrische Patienten“, das heißt für schwere Psychosen, Suchterkrankungen, Demenzen und selbst- und fremdgefährdende Patienten zuständig sei. D. h. es kommt sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich schrittweise zu einer

Zweiklassenversorgung und damit Ausgrenzung schwerer erkrankter „psychiatrischer“ Patienten, aber auch ihrer Behandlungseinrichtungen.

Wie inadäquat diese Ausgrenzung ist, zeigt sich in der Tatsache, dass ca. 20 – 40 Prozent der stationären und ambulanten Patienten des Faches Psychiatrie und Psychotherapie wegen einer Depression behandelt werden, der auch häufigsten Diagnose in psychosomatischen Kliniken.

Eine externe Qualitätssicherungsstudie zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen der Landesärztekammer Baden-Württembergs ergab sowohl exzellente Therapieergebnisse mit hohen Effektstärken (>2!) als auch eine sehr hohe Patientenzufriedenheit. Diese Fakten finden jedoch nicht den ihnen gebührenden Widerhall in der Öffentlichkeit, wenn gleichzeitig ein zweiter Facharzt für leichtere psychische Erkrankungen und unter Ausschluss von schwer Erkrankten und insbesondere forensischen Patienten besteht. Dies gilt besonders, wenn Träger von Psychosomatischen Kliniken mit diesem Imagevorteil für ihre Einrichtungen werben.

Nachteile für das Fach Psychotherapeutische Medizin durch die Zwei-Fachärzte-Lösung

Erstens besitzt ein reiner Psychotherapie-facharzt, wie **Abb. 1** zeigt, offensichtlich **wenig Attraktivität für junge Mediziner**. Sie bevorzugen eine Weiterbildung, die

neben der Psychotherapie auch Neurobiologie umfangreichen Raum gibt. Nach Angaben der Bundesärztekammer befinden sich in ganz Deutschland nur ca. 150 Assistenten in Weiterbildung zum psychotherapeutischen Mediziner. So erhalten pro Jahr nur etwa 100 Ärzte diese Facharztanerkennung. Dabei dürfte es sich noch zum erheblichen Teil um Zweit-Facharzt-Anerkennungen für Psychotherapeutische Medizin von Psychiatern, Allgemeinmediziner oder Internisten handeln. Da eine solche Entwicklung bei einer Weiterbildungszeit von fünf Jahren nur langfristig zu korrigieren ist, scheint eine Lösung des Nachwuchsproblems nicht in Sicht.

Zweitens ergibt sich daraus das bereits erwähnte Problem für das getrennte Versorgungssystem dieses Faches mit 15.000 Reha- und 4.000 Akutbetten und der Tatsache, daß bereits jetzt **nur die Hälfte der 1.800 Arztstellen** (Psychologenstellen nicht mitgerechnet) von den Gebietsärzten und Weiterbildungsassistenten des Gebiets besetzt werden können. So intensiviert sich die Suche nach Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie insbesondere für Chef- und Oberarztstellen. Diese können jedoch keine Weiterbildungsermächtigung für psychotherapeutische Medizin erhalten, so dass sich das Nachwuchsproblem weiter verschärfen dürfte.

Drittens gerät das Gebiet Psychotherapeutische Medizin unseres Erachtens in ein **Problem mit der evidenzbasierten Medizin**. Für welches Versorgungsspektrum der Facharzt zuständig ist, blieb in den 10 Jahren seines Bestehens auch unter den Vertretern des Gebietes unklar. Ein Teil begrenzt seine Tätigkeit auf psychosomatische Störungen im engeren Sinne, bei denen körperliche Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie, Krebs, chronische rheumatische Erkrankungen, dermatologische Erkrankungen mit gravierenden psychischen Problemen vergesellschaftet sind (was international auch als „behavioral medicine“ bezeichnet wird).

Ein anderer Teil der psychotherapeutischen Mediziner hat demgegenüber den Anspruch, auch für psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, ja Suchterkrankungen oder

chronische Psychosen zuständig zu sein. Die Weiterbildungsordnung legt jedoch fest, dass die Behandlung durch diesen Facharzt *psychotherapeutisch* zu erfolgen habe. Pharmakotherapie ist während des Psychiatriejahres nur insoweit zu erlernen, als es für die Behandlung psychosomatischer Störungen erforderlich ist.

Die Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien geben für viele psychische Erkrankungen inzwischen eine sehr differenzierte Indikation für pharmako-, psycho- und soziotherapeutische Verfahren vor. Dies verdeutlichen z.B. **Tab. 1** und **2** für depressive Erkrankungen bzw. für Zwangsstörungen.

Daraus ergeben sich für die Psychotherapeutische Medizin aus unserer Sicht folgende Probleme: Begrenzt sich das Fach auf Psychosomatik/Verhaltensmedizin im eigentlichen Sinne, dann benötigt der Facharzt eine breitere somatische Basiskompetenz als in einem Jahr Innerer Medizin erworben werden kann. Arbeitet das Fach, wie in der Weiterbildungsordnung vorgegeben, lediglich psychotherapeutisch, dann fehlen für die heute bei vielen Krankheitsbildern unverzichtbare multimodale Therapie die wesentlichen Bausteine somatischer und soziotherapeutischer Verfahren. Deshalb ist bei vielen Krankheitsbildern die Kooperation mit den psychopharmakologisch und in anderen somatischen und soziotherapeutischen Verfahren ausgebildeten Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich. Dies macht noch einmal deutlich, dass die von uns vorgeschlagene Vereinheitlichung beider Gebiete – bei unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – medizinisch und versorgungspolitisch sinnvoll ist.

Zusammenführung der Fachärzte gelang bisher nicht

Unter diesen Gesichtspunkten erschien die 2001 begonnene Diskussion um einen gemeinsamen Facharzt mit breiter neuropsychiatrischer Basiskompetenz und mehreren Schwerpunkten wie Psychosomatik/Verhaltensmedizin, Forensik, Suchterkrankungen unter einem umfassenden Facharztstitel erfolversprechend. Nach mehreren Monaten wurden die Gespräche jedoch von den Vertretern der Psychotherapeutischen Medizin beendet. Auf dem

Tabelle 1

Depressive Erkrankungen: Evidenzbasierte Differentialindikationen

- 1. Leichte und mittelschwere Depressionen:** Vergleichbare Wirksamkeit von Psychotherapie und Antidepressiva, aber deutlich längere Wirklatenz bei Psychotherapie (50 % „responder“ bei Antidepressiva nach 5 Wochen, bei Psychotherapie nach 12 Wochen).
- 2. Schwere und chronische Depressionen:** Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie wirksamer als Psychotherapie alleine
- 3. Dysthymie:** Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie wirksamer als Psychotherapie alleine
- 4. Rückfallprophylaxe nach Remission einer depressiven Episode:** Kombination aus Psychotherapie und Antidepressiva wirksamer als Antidepressiva alleine
- 5. Rezidivierende unipolare Depressionen:** Begrenzte Relevanz von Psychotherapie gegenüber einer Pharmakotherapie
- 6. Bipolare Störungen:** Hohe Relevanz von additiver Psychotherapie zu Pharmakotherapie

Literatur in: M. Berger: „Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie“, Urban & Fischer, 2003 im Druck

Tabelle 2

Zwangsstörungen: Evidenzbasierte Differentialindikationen

- 1. Bei überwiegenden Zwangshandlungen:** Alleinige Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) vergleichbar wirksam wie kombinierte Pharmako- und Psychotherapie
- 2. Bei überwiegenden Zwangsgedanken:** Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und 5-HT-Wiederaufnahme-Hemmer wirksamer als kognitive Verhaltenstherapie alleine
- 3. Zwangsstörung und Depression:** Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und 5-HT-Wiederaufnahme-Hemmer wirksamer als kognitive Verhaltenstherapie alleine
- 4. Zwangsstörung + Tic-Erkrankung:** Kombination aus medikamentöser Behandlung (Neuroleptikum + 5 HT-Wiederaufnahme-Hemmer) und kognitiver Verhaltenstherapie wirksamer als kognitive Verhaltenstherapie alleine.

Hohagen et al. 1998

ersten Hearing der Bundesärztekammer im Frühjahr 2002 zur Novellierung der Weiterbildungsordnung wurde von ihnen vielmehr ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorgeschlagen. Das entsprechende Curriculum sollte kein Psychiatriejahr, dafür aber zwei Jahre Innere Medizin beinhalten. Dies schien ein zwar nicht idealer, aber akzeptabler Weg zumindest zu einer deutlichen Abgrenzung beider Fachärzte.

In Vorbereitung auf den deutschen Ärztetag wurde zwar der vorgeschlagene Name beibehalten, die curriculare Ausgestaltung aber wieder rückgängig gemacht, d. h. es soll wie bisher ein Jahr Psychiatrie/Psychotherapie und statt der ursprünglich geplanten 2 Jahre Innere Medizin nur noch ein Jahr erforderlich sein. Damit blieb eine eigenständige Profilbildung für die Schnittstelle zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen

Beeinträchtigungen unseres Erachtens aus. Die potentielle Überschneidung mit dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der auch nach der neuen WBO für die Versorgung primärer, sowie organisch und toxisch bedingter psychischer Erkrankungen zuständig ist, dauert somit an. Dies bedingt sich durch die Tatsache, daß eine exakte Definition psychosomatischer Erkrankungen und Störungen als Fokus des anderen Facharztes bisher nicht vorliegt. In ICD10 sind sie lediglich als „dazugehörige Begriffe“ unter F45, den somatoformen Störungen, erwähnt.

Versorgungsspektrum beider Fachärzte

Wenn die beiden Fachärzte getrennt voneinander fortbestehen sollen, scheint es notwendig sich ihre gegenwärtigen Versorgungsspektren genauer anzusehen:

Zur Zeit beträgt die Zahl niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie sowie Nervenärzten 4.750, die Zahl niedergelassener psychotherapeutischer Mediziner 2.830. Bei letzterer Zahl ist jedoch zu berücksichtigen, dass viele Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mittels der Übergangsregelung den psychotherapeutisch-medizinischen Facharzt erworben haben und nun in diesem Gebiet tätig sind. Dies ist durch die 90-Prozent-Regelung (s.o.) lukrativer, die Akut- und Notfallversorgung schwer Erkrankter entfällt. Die durch die beiden Fachärzte versorgten Patientenzahlen weichen massiv voneinander ab. **■ Tabelle 3** verdeutlicht dies anhand von Zahlen der KV Bayern.

Im stationären Bereich stehen etwa 54.000 psychiatrisch/psychotherapeutische Akutbetten ca. 4.000 psychotherapeutische Akut- und 15.000 Rehabetten gegenüber (U. Koch, 2003). Letztere beiden haben keine Pflichtversorgung, keine Aufgaben in der Forensik und werden häufig von Psychiatern/Psychotherapeuten geleitet oder sind als Akut-Betten – wie in Baden-Württemberg (s.o.) – Teil von Zentren für Psychiatrie. Das Spektrum der Diagnosen überlappt sich mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkrankenhäuser, wenn man von organischen Psychosyndromen, akuten Psychosen, Suchterkrankungen, Selbst- und Fremdgefährdung absieht (**■ Abb. 2**).

Konsequenzen für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Wenige Wochen vor dem Deutschen Ärztag ergaben sich folgende neue Aspekte:

- A. Die BÄK übermittelte die Zahlen der Weiterbildungsassistenten (Abb. 1), aus denen die oben skizzierte Schräglage zwischen den beiden Fächern deutlich wurde.
- B. Die knapper werdenden Mittel im Gesundheitswesen veranlasste einige Kliniken für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik dazu, offen mit dem Stigmaargument für ihre Einrichtungen zu werben, was aus Sicht der Psychiatrie und Psychotherapie sowie deren Patienten unerträglich ist.
- C. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) schlug vor, für primär psychisch Erkrankte flächendeckend auch noch ein ambulantes Netz „psychosomatischer“ Rehabilitationseinrichtungen zu etablieren, was den Einstieg in eine gravierende Fehlversorgung bedeuten würde.

Die unserem Fach durch das Fortbestehen des zweiten Facharztes bedingten Erschwernisse seiner Tätigkeit dürften sich somit intensivieren. Diese Tatsache verdient unseres Erachtens zukünftig die notwendige Beachtung und führte im Vorstand der DGPPN zur Initiative, zumindest eine **Alternativ-Bezeichnung unseres Faches** einzuführen, die Laien, Ärzten, Kostenträgern und Politikern deutlich macht, welche Kompetenzen, Qualifikationen und Versorgungsaufgaben der

Facharzt besitzt. Systematische Befragungen von Patienten und Gespräche mit anderen Fachgruppen und Politikern machten klar, dass dies durch den Begriff „Psychiatrie“ nicht gegeben ist. Die Bezeichnung des Faches sollte keinen Raum für Ressentiments und Stigmatisierung bieten. Der Vorstand war der Ansicht, dass das Fach dies seinen Patienten schuldet, die wohl die letzte Gruppe innerhalb unserer Gesellschaft darstellt, die wiederkehrend diskriminiert und ausgegrenzt wird. Eine stigmafremde Arbeitssituation verdienen aber auch alle Berufsgruppen, die in dem Fach mit der belastenden Versorgung auch schwer psychisch Erkrankter betraut sind. Trotz des Aufbaus eines modernen und effektiven Versorgungssystems für das Gesamtspektrum psychischer Erkrankungen ist es aus genannten spezifischen deutschen Gründen bisher nicht durchgreifend gelungen, Skepsis und Vorurteile der Bevölkerung gegenüber schwer psychisch Erkrankten und deren Behandlungsmöglichkeiten hinreichend abzubauen.

Wenngleich negative Assoziationen in der Bevölkerung noch verbreitet sind, hat das Fach eindrucksvolle Leistungen und Fortschritte aufzuweisen. An dieser Stelle seien nur einige Aspekte genannt:

1. Eine auch im internationalen Vergleich vorbildliche Weiterbildungsordnung;
2. Die volle Integration der Psychotherapie, die zunehmend störungsspezifisch und evidenzbasiert ist;
3. Trotz allgemeinem Mangel an Assistenzärzten in der Medizin eine gleichbleibend hohe Zahl von ca. 4.000 Weiterbildungsassistenten und entsprechend allein 2002 eine Zunahme neuer Fachärzte um 18,6% auf 5597 (neben 4811 Nervenärzten).
4. Publierte Leitlinien für die wichtigsten psychischen Erkrankungen und Behandlungsmethoden;
5. Fortbildungsakademien der Berufsverbände und der DGPPN mit einem Akkreditierungs-System für „continuous medical education“ (CME);
6. Qualitätssicherungssysteme in Praxen und in Kliniken sowie umfangreiche externe Qualitätssicherungs-

Tabelle 3

Arztzahlen und Fallzahlen im Psych-Bereich: Daten der KVB: Quartal 4/2002 für Bayern (ca. 20 % aller Ärzte und Fälle in der BRD)

	Zahl der Ärzte	Fallzahl/ Quartal	Fallzahl/ Quartal je Arzt
Nervenärzte (nur psychiatrische Fälle berücksichtigt)	481	700	276.000
Psychiater	169		
Kinder- und Jugend-Psychiater	50		
Ärztliche Psychotherapeuten	435	865	35.000
Psychotherapeutische Mediziner	430		

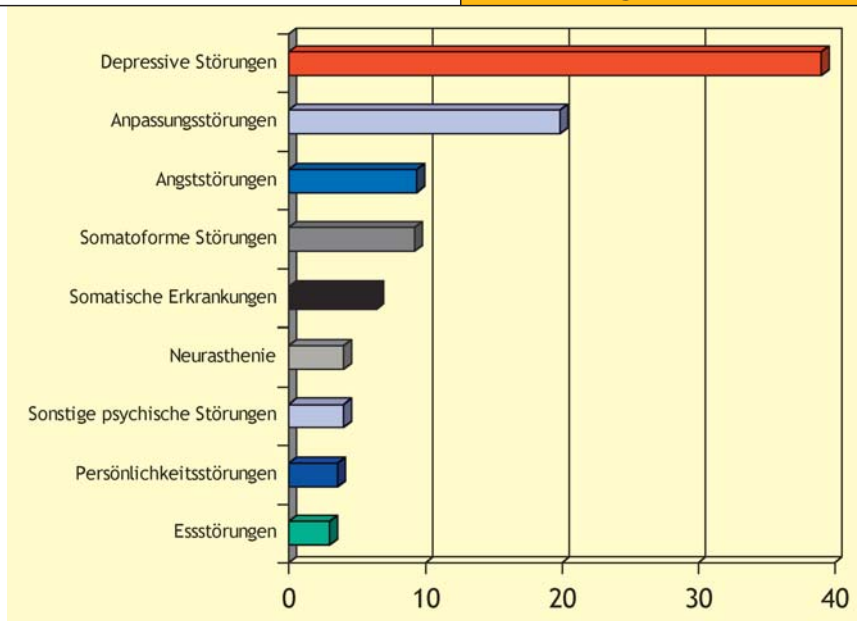


Abb.2 ▲ **Psychosomatische Rehakliniken: Diagnoseverteilung in Bezug auf die Hauptdiagnose nach ICD-10 in % (U. Koch, 2003)**

projekte für die wichtigsten Tracer-Diagnosen.

7. Leitung von vier Kompetenznetzwerken des BMBF zur Implementierung wissenschaftlicher Fortschritte in die Krankenversorgung im Bereich von Depression, Schizophrenie, Demenzen und Suchterkrankungen.
8. Versorgungsleitlinien einer vernetzten Depressions-Behandlung und deren Effektivitätsüberprüfung als Vorbereitung für ein Disease-Management-Programm „Depression“.

Alternative Benennung: „Facharzt für Psychische Erkrankungen“

Der Vorstand der DGPPN, die Bundesdirektorenkonferenz, die Abteilungsleiter an Allgemeinkrankenhäusern, die Lehrstuhlinhaber und die beiden Berufsverbände der Nervenärzte bzw. Psychiater vertreten die Meinung, dass ein wichtiger Aspekt einer adäquaten Außendarstellung die Möglichkeit darstellt, das Fach mit einer besser verständlichen, historisch unbelasteten und bzgl. des Aufgabenspektrums eindeutigen Bezeichnung zu benennen. Von den sechs Vertretern unseres Faches auf dem Deutschen Ärztetag wurde daher der Antrag gestellt, das Fach fakultativ auch als „Medizin Psychischer

Erkrankungen“, beziehungsweise den Arzt auch als „Facharzt für Psychische Erkrankungen“ benennen zu können.

Damit würde insbesondere verdeutlicht, dass dieser Facharzt für die mehrdimensionale Diagnostik und Therapie des Gesamtspektrums psychischer Erkrankungen und nicht nur für sog. „psychiatrische Erkrankungen“ (s.o.) zuständig ist. Die Möglichkeit der Alternativbenennung böte u.a. die Chance, in internationalen Kontakten die Bezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“ beizubehalten.

Dieser Vorschlag fand bei anderen Facharztgruppen wie Allgemeinmedizinern und Internisten und bei Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen breite Zustimmung. Um so irritierender war es, dass einige psychotherapeutische Mediziner auf dem Deutschen Ärztetag Einwände gegen diesen Antrag erhoben. Es wurde zwar nicht für die Beibehaltung einer in der Öffentlichkeit problembelasteten Gebietsbezeichnung argumentiert, aber formale Bedenken genannt. Z.B. habe der Vorschlag nicht alle Gremien der Bundesärztekammer durchlaufen. Da wir der Ausweitung der Bezeichnung des anderen Facharztes zugestimmt haben, der nun nicht nur die Psychotherapie sondern auch das schwer zu umgrenzende Feld der Psychosomatik umfasst, war dieser

vermutlich berufspolitisch begründete Einspruch unerwartet.

Der Deutsche Ärztetag hat daraufhin den Antrag an den Vorstand verwiesen. Wir gehen jedoch davon aus, dass dieses breit getragene Anliegen, an dessen Zielsetzung der Entstigmatisierung bisher keine Kritik geäußert wurde, sich durchsetzen wird. Dieser Schritt ist eine Herausforderung zu einer intensiven Diskussion über die Zukunft unseres Faches, insbesondere seiner Außendarstellung. Der Jahreskongress der DGPPN in Berlin vom 19.-23.11.2003 wird hierzu ein wichtiges Forum darstellen.

Verbleib des obligaten Neurologiejahres in der Weiterbildungsordnung

In der Vorbereitungsphase des Deutschen Ärztetages gab es wiederholt Diskussionen mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und dem Berufsverband der Neurologen, ob das obligate Neurologie- bzw. Psychiatriejahr bleiben oder nur noch fakultativ gefordert werden soll. Die Neurologen befürchten, dass durch die Einführung der DRGs im stationären Bereich die neurologische Intensivmedizin einen so großen Raum einnehmen wird, dass Psychiatrieassistenten hier kaum mehr eingesetzt und adäquat weitergebildet werden können. Für Weiterbildungsassistenten der Neurologie ergebe sich eine größere Notwendigkeit, Innere Medizin und Intensivmedizin als Psychiatrie/Psychotherapie zu erlernen. Aus der Sicht unseres Faches würde das in **Abb. 1** dargestellte Nadelöhr behoben werden, da es bereits jetzt nur etwa halb so viele Weiterbildungsstellen in der Neurologie wie in der Psychiatrie/Psychotherapie gibt.

Eine von der DGPPN durchgeführte Befragung der Chefarzte verdeutlichte jedoch die vorherrschende Meinung, dass für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie eine obligate einjährige Weiterbildung im Gebiet Neurologie bleiben sollte.

Ein auf dem Deutschen Ärztetag eingebrachter Antrag auf nur noch fakultative Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie für die Neurologieassistenten wurde von den Delegierten abgelehnt.

Die Vorstände der DGN und DGPPN haben jedoch vereinbart, die zukünftige Entwicklung der DRGs in der Neurologie und die sich daraus entwickelnden Auswirkungen auf die Weiterbildung kontinuierlich zu diskutieren und evtl. zeitnah notwendige Konsequenzen zu ziehen.

Das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie ist gleichermaßen mit differentialdiagnostischen Fragen zu neurologischen Krankheiten konfrontiert wie umgekehrt die Neurologie mit Fragen zu psychischen Erkrankungen. Eine Streichung des obligaten Neurologie-Jahres würde bedeuten, dass die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken die für den Beruf notwendigen Kenntnisse in neurologischer Anamneseerhebung, Untersuchung, laborchemischer, elektrophysiologischer und bildgebender Zusatzdiagnostik und den für unser Fach relevanten Behandlungsverfahren selber vermitteln müsste. Dies würde eine deutliche Mehrbetonung und den Ausbau dieser Bereiche in psychiatrisch/psychotherapeutischen Kliniken notwendig machen. Auch deswegen ist eine Fortsetzung des „Austauschjahres“ mit der Neurologie, mit der uns nicht nur die Klinik, sondern auch die neurowissenschaftlichen Grundlagen verbinden, wünschenswert.

Literatur beim Vorstand der DGPPN