

KEINE EINMISCHUNGEN IN DIE ÄRZTLICHE THERAPIEFREIHEIT!

Bayerns niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wehren sich zunehmend gegen die Einschränkungen ihrer Therapiefreiheit und fordern die Krankenkassen auf, den eigenen Kostendruck nicht auf dem Rücken ihrer krankgeschriebenen Versicherten auszutragen. Gerade für psychisch Kranke ist die Unsicherheit, inwieweit die Kasse für die notwendigen Leistungen aufkommt, ein Stressfaktor, der für den Genesungsprozess in höchstem Maße kontraproduktiv ist. Praxisbeispiele unserer Mitglieder machen dies immer wieder deutlich.

Es gehört leider inzwischen zum beruflichen Alltag eines niedergelassenen Mediziners, dass sich Krankenkassenmitarbeiter in die ärztliche Behandlung ihrer erkrankten Versicherten einmischen und ihnen zum Beispiel Leistungen oder Medikamente verweigern, die ihnen vom Gesetz her zustehen. Da jedoch nur ein ausgebildeter Arzt oder Psychotherapeut darüber entscheiden kann, welche Behandlung für seine Patienten die richtige ist, ist es an der Zeit, Flagge zu zeigen und sich gegen die zunehmende Einmischung nichtqualifizierter Dritter zur Wehr zu setzen. Auch die Politik versucht immer mehr, die ärztliche Freiberuflichkeit – mit der die Therapiefreiheit ja aufs Engste verknüpft ist – weiter einzuengen. Das jüngste Negativbeispiel hierfür ist das derzeit in Abstimmung befindliche GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Zwar weisen die Politiker eine Einschränkung der Freiberuflichkeit durch das neue Gesetz weit von sich und immer wieder ist zu hören, dass es hierfür von Praxisseite aus an konkreten Beispielen mangle. Doch erreichen uns immer wieder Fälle unserer Mitglieder, die genau das Gegenteil beweisen.

Wir lassen deshalb an dieser Stelle – wie bereits in KVB FORUM, Ausgabe 1-2/2015 – unsere niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu Wort kommen, die eindringlich dokumentieren, wie das vertrauensvolle Arzt-Patientenverhältnis durch die Einmischung Dritter immer wieder auf eine harte Bewährungsprobe gestellt wird

Dr. Karin Meier, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Innere Medizin aus Kronach

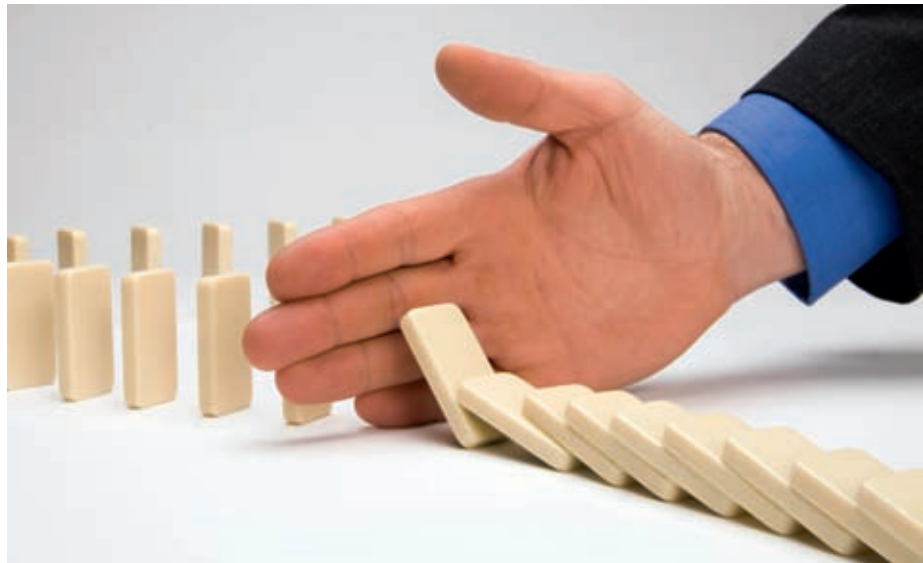
„Ein zirka 40-jähriger Patient mit schwerer Pneumonie, die ambulant in der Praxis behandelt wurde, war von mir bereits seit fünf Wochen krankgeschrieben worden. Nach der fünften Woche kam der Patient montags in die Praxis und berichtete, er wäre laut Krankenkasse ab heute wieder gesund und arbeitsfähig! Ein entsprechendes Schreiben seiner Krankenkasse hatte er dabei, in dem ihm mitgeteilt wird, dass seine Erkrankung keine längere AU rechtfertige. Dies fand ohne vorherige ärztliche Untersuchung statt. Der Patient war schwer verunsichert. Ich auch! „Gesundschreiben“ durch Krankenkassenmitarbeiter nach „Aktenlage“ geht gar nicht!

Außerdem erlebe ich verstärkt, dass psychosomatische/psychotherapeutische Reha-Anträge von den Kassen abgelehnt werden, weil noch kein ambulanter Psychotherapeut oder Psychiater eingeschaltet ist oder die ambulanten Maßnahmen noch nicht ausgereizt sind – wie erst kürzlich bei einer 38-jährigen Altenpflegerin. Ich habe die Patientin seit 8. Dezember 2014 krankgeschrieben, da sie psychisch dekompenziert ist und unter einer mittelschweren Depression leidet. Mittlerweile hat sie einen ambulanten Psychotherapeuten gefunden, ein Psychiater war bisher noch nicht verfügbar. Die einmal wöchentlich stattfindenden Sitzungen beim Psychotherapeuten, die psychosomatische Grundversorgung in unserer Praxis und die medikamentöse Therapie haben bereits eine gewisse Verbesserung bewirkt, jedoch ist die Patientin in absehbarer Zeit nicht arbeitsfähig. Der Antrag einer stationären Reha mit dem Ziel einer schnellen Rückführung ins normale (Berufs-)Leben wurde von der Kasse abgelehnt. Stattdessen kommt von dieser die notorische Anfrage, wie lange die AU noch andauert und was zu tun ist.

Darüber hinaus werden meine Patienten vermehrt von Krankenkassenmitarbeitern angerufen und von ihnen ausgefragt und verbal bedrängt. Die Patienten kommen danach wieder irritiert und beunruhigt in die Praxis und wollen wissen, was sie jetzt machen sollen. Diese unsinnigen Arztbesuche werden von den Krankenkassen verursacht, weil sie sich als nicht kompetente Dritte in die Therapie einmischen, sodass wir Ärzte die Patienten wieder beruhigen müssen. Es wäre mir lieber, wenn die Kassen ihre Anfragen schriftlich direkt bei mir einreichen und dafür meine Patienten in Ruhe lassen würden.“

Dr. Ursula Heinsohn, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin aus München

„Im Juni 2013 wurde bei einer Patientin ein Mammakarzinom diagnostiziert, woraufhin sie zweimal operiert wurde. Es folgte eine Chemotherapie. Gleich zu Beginn dieser Therapie erlitt die Patientin eine Sepsis. Es folgte zusätzlich eine Strahlenbehandlung. Die beschriebenen Behandlungen waren beendet, eine Abschlussuntersuchung jedoch noch nicht erfolgt. Die Patientin wurde daher von ihrem behandelnden Onkologen weiterhin krankgeschrieben. Trotzdem befand der Medizinische Dienst der Krankenkasse nach Aktenlage (die Operation war genau ein Jahr her), dass die Patientin arbeitsfähig sei. Die Kasse drohte mit Beendigung des Krankengeldes. Die Patientin musste nochmals eine Bescheinigung des behandelnden Onkologen einreichen, erst danach wurde die AU akzeptiert. Trotzdem geriet die Patientin unter Druck und bemühte sich einen Monat später um Wiedereingliederung. Das Arbeiten fällt ihr teilweise auch heute noch sehr schwer. Nach Abschluss der Wiedereingliederung hat sie mit ihrem Arbeitgeber ver-



einbart, dass sie einen Tag pro Woche in Form ihres angesammelten Urlaubs abfeiern darf, weil sie aktuell auch ihre Teilzeitstelle noch nicht ganz bewältigen kann.“

Dr. Dankwart Burchard, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Siegsdorf

„Ich habe wiederholt erlebt, dass Patienten mit längerer Krankmeldung aufgrund psychischer Erkrankung telefonisch und schriftlich unter Druck gesetzt wurden. In einem Fall wurde eine Patientin mit schwerer Depression und Angstsymptomatik schriftlich aufgefordert, einen Reha-Antrag zulasten des Rentenversicherungsträgers zu stellen. Das Schreiben begann mit ‚Ihre Gesundheit liegt mir sehr am Herzen‘ und endete mit der Drohung ‚Wenn Sie meinen Anweisungen nicht Folge leisten, wird die Krankengeldzahlung eingestellt‘. Das ist sehr massiv, besonders für eine psychisch schwer angeschlagene und relativ wehrlose Person. Wenn man nicht weiß, wie man die nächste Miete bezahlen soll, löst das verständlicherweise existenzielle Ängste mit weiterer Verunsicherung und Destabilisierung aus. Es gab in diesem Fall Gründe, die

gegen eine stationäre Reha-Maßnahme sprachen, sowohl nach meiner Einschätzung als auch aus Sicht der Patientin. Obwohl ich ihr versicherte, ich könne den Reha-Antrag so formulieren, dass er mit Sicherheit abgelehnt würde, blieb bei ihr eine bedrückende Unsicherheit zurück. Ich habe deshalb einen Brandbrief an die zuständige Sachbearbeiterin geschickt mit der Bitte, das Thema auch mit der Geschäftsleitung der Krankenkasse zu besprechen. Eine derartige Einmischung in die ärztliche Therapie sei nicht hinnehmbar und von einer psychotherapeutischen Maßnahme gegen den Willen der Patientin könne man keinen Erfolg erwarten. Daraufhin wurde die Drohung zurückgenommen. Die Patientin erhält inzwischen eine bescheidene Erwerbsunfähigkeitsrente. Wenn es aus der (begrenzten) Sicht der Sachbearbeiter Probleme gibt, können diese meines Erachtens nur über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geregelt werden. Der MDK sollte sich am besten persönlich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen. Damit habe ich in der Regel gute Erfahrungen gemacht.“

Wenn auch Sie als niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut in Ihrer Praxis Erfahrungen mit Eingriffen in Ihre Therapiefreiheit gemacht haben und uns darüber informieren möchten, freuen wir uns über Ihre E-Mail an KVBFORUM@kvb.de.

Redaktion