



Symposium

der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung
am 10. Juni 2010 in Berlin

Zunahme Psychischer Erkrankungen – Antworten für die Versorgung

Dieter Best



Dieter Best
Bundesvorsitzender der DPtV

Sehr geehrte Gäste unseres diesjährigen Symposiums, liebe Referenten, liebe Kolleginnen und Kollegen,

dass psychische Krankheiten zunehmen, und zwar nicht nur in Deutschland, ist eine Tatsache. Sie sind inzwischen die häufigste Ursache für Frühberentungen und sie verursachen, fast gleichauf mit Krebserkrankungen, die meisten Arbeitsunfähigkeitstage. In den Krankenkassenberichten über Arbeitsunfähigkeitszeiten tauchen psychische Krankheiten immer wieder als Schwerpunkt auf, jüngst im TK-Report 2010.

Bei der Krankenhausbehandlung fallen durch überdurchschnittlich lange Verweildauern von 30 bis 40 Tagen, v.a. bei Depressionen, hohe Ausgaben an. Allein die Behandlungskosten bei Depressionen machen beim morbiditätsorientierten Finanzausgleich im Gesundheitsfonds 6% des zu verteilenden Geldes aus, das sind mehr als 10 Milliarden Euro jährlich. Psychische Krankheiten verursachen also einen großen volkswirtschaftlichen Schaden.

Es wird dabei immer wieder die Frage gestellt, nehmen diese Krankheiten tatsächlich zu oder werden sie nur besser erkannt? Manchmal schwingt bei dieser Frage auch mit: Wird da nicht übertrieben? Sind diese Menschen tatsächlich psychisch krank oder werden vorübergehende Befindlichkeitsstörungen als psychische Krankheiten bezeichnet?

Tatsächlich liegt bei der Diagnostik psychischer Krankheiten noch Vieles im Argen, v.a. im hausärztlichen Bereich, wie sich an den oft ungenauen Kodierungen zeigt. Aber es ist ja auch kein Wunder und es soll auch niemandem zum Vorwurf gemacht werden: Insgesamt herrscht in der somatisch dominierten Medizin noch ein

weit verbreitetes geringes Wissen über psychische Krankheiten vor.

Während einerseits psychische Krankheiten oft ungenau und manchmal zu Unrecht, viel häufiger aber nicht oder zu spät erkannt werden, kann man nicht verleugnen, dass sich in den letzten 10 Jahren in der Wahrnehmung dieser Krankheiten und überhaupt in der Wahrnehmung psychischer Prozesse der Menschen ein Wandel in der Gesellschaft vollzogen hat.

Wie sonst könnte die enorme Aufmerksamkeit erklärt werden, die der Tod von Robert Enke auf sich gezogen hat, oder posttraumatische Belastungsstörungen von Soldaten im Kriegseinsatz. War das früher je ein Thema? Oder jetzt die Aufklärungswelle über den Missbrauch von Kindern und Jugendlichen in kirchlichen Einrichtungen und Internaten?

Wir haben es hier mit einer im Vergleich zu früher viel größeren Bereitschaft zu tun, den Menschen in seinen seelischen Dimensionen wahrzunehmen. Es ist von daher nur selbstverständlich, wenn auch im Gesundheitswesen die Bedeutung psychischer Krankheiten immer stärker wahrge-

nommen wird und dass – gesundheitsökonomisch gesprochen – bisher nicht entdeckte und nicht behandelte Morbidität nun zum Gegenstand des Gesundheitswesens wird.

Und wie sich immer deutlicher zeigt, wirkt Psychotherapie nicht nur bei psychischen Krankheiten, sondern auch bei somatischen Krankheiten, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen. Immer öfter wird in der medizinischen Presse darüber berichtet, dass Krankheitsverläufe, etwa bei koronaren Herzerkrankungen, bei Krebs, bei Diabetes, bei chronischem Schmerz, positiv beeinflusst werden können, wenn die Patienten zusätzlich zur medizinischen Behandlung in psychotherapeutischer Behandlung sind. Unser letztjähriges Symposium zur Psychotherapie bei somatischen Krankheiten hat eindrucksvolle Beispiele dazu geliefert.

Wie gehen wir als Psychotherapeuten, als KV-System, als Krankenkassen mit diesen Entwicklungen um? Zumindest letztere – die Krankenkassen – tun es anscheinend eher abwehrend. Denn auffällig ist, dass diese Reporte meist bei Zustandsbeschreibungen stehen bleiben und Vorschläge vermissen lassen. So tauchen Psychotherapie oder Psychiatrie als Begriffe in diesen Reporten kaum auf.

In einem durchökonomisierten Gesundheitswesen kostet die Behandlung dieser Patienten zunächst einmal Geld, und zwar Geld, das kaum zusätzlich zur Verfügung steht. Wir Vertreter in den Gremien der Selbstverwaltung kennen die Verteilungskämpfe und wissen aber auch, dass viel Geld mit fragwürdigem Nutzen ausgegeben wird. So wurden allein im letzten Jahr mehr als 800 Mio. Euro



für Akupunktur ausgegeben – 2/3 der Gesamtausgaben für die ambulante Psychotherapie in Deutschland!

Die Behandlungskapazitäten für psychische Krankheiten sind zu gering, es bestehen in der Regel lange Wartezeiten bei Psychotherapeuten und Psychiatern.

Was ist also zu tun, wenn einerseits die Nachfrage steigt, andererseits die Ressourcen beschränkt sind?

Mit diesem Thema beschäftigt sich unser heutiges Symposium. Als Psychotherapeuten fordern wir eine Erhöhung der Behandlungskapazitäten und der Mittel für die Psychotherapie, aber auch für die Psychiatrie. Es hat - nebenbei gesagt - auch überhaupt keinen Sinn, diese beiden Behandlungsansätze gegeneinander ausspielen zu wollen nach dem Motto: „Die Psychotherapeuten behandeln mit 2/3 des Geldes nur 1/3 der Krankheiten, die Psychiater dagegen mit 1/3 des Geldes 2/3 der Krankheiten“. Solche Sätze, die Äpfel mit Birnen vergleichen, diskriminieren die Psychotherapie, helfen der Psychiatrie nicht und schaden am Ende dem gemeinsamen Anliegen.

In unserem Gesundheitswesen müssen psychische Krankheiten stärkere

Beachtung finden. Bei insgesamt beschränkten Mitteln kann das nur bedeuten, dass an anderen Stellen gespart werden muss. Als Psychotherapeuten sind wir in unseren Praxen dauernd mit Beispielen übertriebener medizinischer Diagnostik, unnötigen oder fragwürdigen somatisch orientierten Behandlungen, unüberlegten Psychopharmakabehandlungen oder nicht notwendigen Krankenhausbehandlungen konfrontiert.

Wir müssen uns aber auch selbst fragen, welche strukturellen Maßnahmen notwendig sind, damit die beschränkten Ressourcen auf hohem qualitativem Niveau und so kostengünstig wie möglich eingesetzt werden. Wir Psychotherapeuten könnten einiges dazu beitragen – wenn man uns nur liebe.

Denn nach wie vor sind uns im Sozialrecht Fesseln angelegt, die fachlich nicht begründbar sind. Warum z.B. sollten Psychotherapeuten ihre Patienten im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes nicht in psychotherapeutische oder psychiatrische Kliniken und Abteilungen einweisen können, warum ihre Patienten nicht an Ärzte überweisen können, warum brauchen sie für die Verordnung von Ergotherapie den Umweg über den Arzt?

Unsere heutige Veranstaltung wird einige Impulse für eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen geben.

Lassen Sie mich abschließend noch einen Mangel ansprechen, der uns bisher bei der Analyse dessen was ich gerade gesagt habe, behindert. Es ist der Mangel an Versorgungsforschung im Bereich der nicht von der Arzneimittelindustrie und Medizintechnik unterstützten Forschung. Die Versorgungsforschung könnte uns wertvolle Hinweise auf die Verbesserung der Versorgung liefern. Wir haben eine Datendichte wie wahrscheinlich in keinem anderen Land, und dennoch liegen diese Daten noch weitgehend ungenutzt herum. Wir fordern deshalb eine gesetzliche Vorgabe zur Finanzierung der nicht von der Industrie getragenen Forschung.

Wir haben mit unseren Referenten aus der Wissenschaft, aus dem Bereich der „Kostenträger“ und aus dem Bereich der „Leistungsanbieter“ ein breites Spektrum der hier angesprochenen Fragestellungen abgedeckt.

Den heutigen Vormittag moderiert unser Bundesvorstandmitglied Hans-Jochen Weidhaas.

Nach der Mittagspause setzen wir um 14.00 Uhr die Veranstaltung mit einer Podiumsdiskussion fort. Wir hatten als Vertreter der Politik Herrn Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär des BMG, und Frau Mattheis von der SPD-Bundestagsfraktion eingeladen. Leider mussten beide ganz kurzfristig wegen einer namentlichen Abstimmung im Bundestag zum Einsatz im Kosovo absagen. Dies tut uns sehr leid, denn wir hätten gerne unsere Anliegen gern direkt mit Vertretern der Politik diskutiert. Dennoch freuen wir uns auf eine spannende Diskussion zwischen dem uns ja schon seit langem gut bekannten Herrn Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten Krankenkassen, Herrn Dörning vom ISEG Hannover, mir als Vertreter der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung und natürlich Ihnen als aufmerksame Zuhörer. Moderiert wird die Diskussion von Wolfgang van den Bergh, dem Chefredakteur der Ärzte-Zeitung.

Vielen Dank. ■

Hans Dörning Psychische Erkrankungen – Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts? Erkenntnisse und neue Daten aus der stationären Versorgungsanalyse



Hans Dörning

Geschäftsführer des ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung

Anhand der Routinedatendaten von Krankenkassen lässt sich aufzeigen, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen sowohl in Bezug auf die Fallhäufigkeiten (Krankenhaus-, Arbeitsfähigkeits- und Krankengeldfallhäufigkeiten) und ambulanten Diagnoseraten als auch in Bezug auf die Anzahl an Krankenhaustagen und Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldtage) deutlich angestiegen ist. Als beispielhafter Beleg, wie auf die aus der zunehmenden Relevanz von psychischen Erkrankungen resultierenden erhöhten Anforderungen an die Versorgung reagiert werden kann, können die Ergebnisse eines Pay for Performance-Projektes zur Effektivität und Effizienz einer stationären rehabilitativen Intervention dienen, die aufzeigen, dass ein innovatives Versorgungskonzept erfolgreich umgesetzt werden kann.

Um Aufschluss über die häufig propagierte gestiegene Relevanz von psychischen Erkrankungen in Deutschland zu erhalten, wird im Folgenden auf der Grundlage von Krankensrountinedaten (Daten aus den diversen Reporten der ehemaligen GEK bzw. der BARMER GEK sowie der Techniker Krankenkasse) der Stellenwert und die Entwicklung psychischer Erkran-

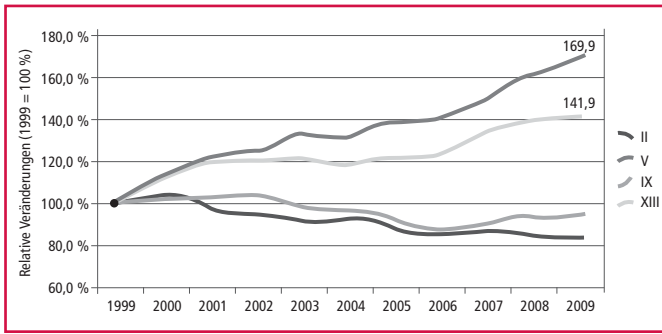


Abb. 1. Relative Veränderungen der Krankenhausfallhäufigkeiten zwischen 1999 und 2009 in relevanten Diagnosekapiteln (II: Neubildungen, V: Psychische Störungen, IX: Krankheiten des Kreislaufsystems, XIII: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems)

kungen in den letzten Jahren genauer quantifiziert. Im Anschluss daran werden, als Beispiel für empirisch belegte (kosten-)wirksame Interventionen sowie für die Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte, die Ergebnisse eines konkreten Projektes berichtet. Es handelt sich dabei um ein so genanntes „Pay for Performance-Projekt“, d.h., dass sich die Vergütung des Leistungserbringers an dem erzielten Ergebnis der Behandlung orientiert.

Stellenwert und Entwicklung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen rangieren in Bezug auf Krankenhausfallhäufigkeiten, Diagnoseraten im ambulanzärztlichen Sektor sowie Arbeitsunfähigkeitsfallhäufigkeiten lediglich im Mittelfeld unter allen Diagnosekapiteln. Lediglich in Zusammenhang mit Krankengeldfallhäufigkeiten belegt das Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ – nach den beiden Kapiteln „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Verletzungen und Vergiftungen“ – zurzeit Rangplatz drei unter den insgesamt 21 Diagnosekapiteln.

Allerdings sind bereits auf der Ebene der Diagnosekapitel durchgängig bei allen vier Parametern in den letzten fünf bis zehn Jahren zum Teil deutliche Anstiege in den Fallhäufigkeiten und Diagnoseraten nachweisbar.

„Angesichts des mittlerweile zentralen Stellenwertes psychischer Erkrankungen bedarf es u.a. möglichst frühzeitiger gezielter Interventionen auf der Basis empirisch belegter effektiver und möglichst effizienter Maßnahmen und Programme sowie innovativer Versorgungskonzepte.“

- Die Krankenhausfallhäufigkeiten von psychischen Erkrankungen steigen von 1999 bis 2009 um insgesamt 69,9% an (auf insgesamt 12,4 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherungsjahre im Jahr 2009) (vgl. auch Abbildung 1).
- Der Anteil an Versicherten mit mindestens einer Diagnose im Kalenderjahr aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ erhöht sich von 2004 bis 2008 um 5,8% (im Jahr 2008 er-

hielten z.B. 29,2% der Bevölkerung zumindest einmal eine Diagnose aus dem Diagnosekapitel psychische Störungen).

- Die Arbeitsunfähigkeitsfallhäufigkeiten von psychischen Erkrankungen nehmen bei Berufstätigen von 2000 bis 2009 um 36% zu (auf insgesamt 44 AU-Fälle je 1.000 Versicherungsjahre im Jahr 2009).
- Bei den Krankengeldfallhäufigkeiten ist bei Berufstätigen zwischen 2002 und 2009 ein Anstieg in Höhe von 20% zu verzeichnen (auf 6,6 Krankengeldfälle je 1.000 Versicherungsjahre im Jahr 2009).

Die besondere Bedeutung von psychischen Erkrankungen resultiert jedoch maßgeblich aus den ausgespro-

Auch die Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldtage sind von einem deutlichen Anstieg gekennzeichnet. So nehmen die Arbeitsunfähigkeitstage je Versicherungsjahr aufgrund von psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen im zeitlichen Verlauf zwischen 2000 und 2009 von 1,14 auf 1,7 zu. Damit belegt das Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ mittlerweile den dritten Rang unter allen Diagnosekapiteln.

Bei den durchschnittlichen Krankengeldbezugszeiten ist von 2002 bis 2009 bei der Gruppe der Berufstätigen ebenfalls ein Anstieg beobachtbar (von 0,64 Tagen auf einen Tag je Versicherungsjahr). Seit dem Jahr 2008 führen psychische Erkrankungen dabei die Rangliste unter allen Diagnosekapiteln an.

Angesichts des mittlerweile zentralen Stellenwertes psychischer Erkrankungen bedarf es u.a. möglichst frühzeitiger gezielter Interventionen auf der Basis empirisch belegter effektiver und möglichst effizienter Maßnahmen und Programme sowie innovativer Versorgungskonzepte. Zudem muss die Abstimmung zwischen den Versorgungssektoren bzw. die Verzahnung der Versorgungsbereiche substanziell verbessert werden.

Die nachfolgenden konkreten projektbezogenen Ausführungen greifen zwei der aufgestellten Forderungen an eine Verbesserung der Versorgungssituation auf und zeigen beispielhaft, wie auf der Grundlage eines innovativen Versorgungskonzeptes bei psychischen Erkrankungen effektiv und effizient interveniert werden kann.

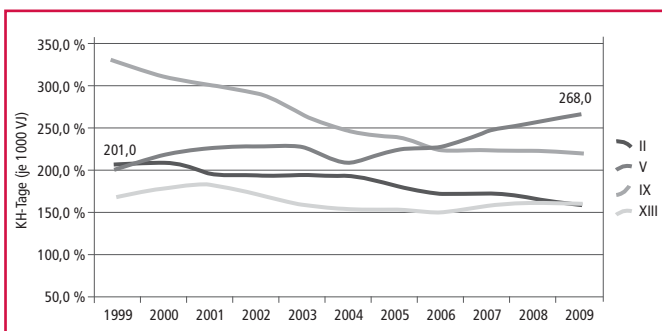


Abb. 2. Krankenhaustage je 1.000 Versicherungsjahre 1999 bis 2009 in relevanten Diagnosekapiteln (II: Neubildungen, V: Psychische Störungen, IX: Krankheiten des Kreislaufsystems, XIII: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems)

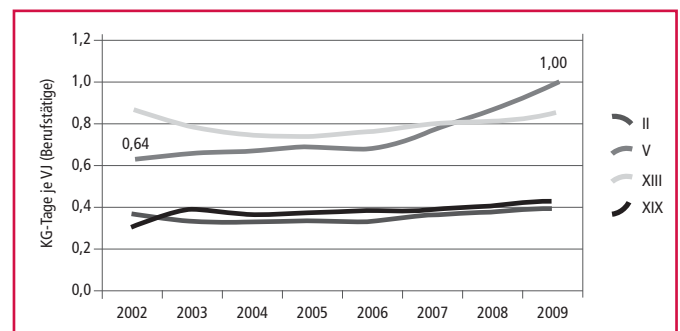


Abb. 3. Krankengeldtage je Versicherungsjahr 2002 bis 2009 in relevanten Diagnosekapiteln (II: Neubildungen, V: Psychische Störungen, XIII: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems)

Effektivität und Effizienz einer stationären rehabilitativen Intervention bei psychischen Erkrankungen – Ergebnisse eines Pay for Performance-Projektes

Vor dem Hintergrund der schon Ende der 1990er Jahre absehbaren zukünftigen Bedeutung psychischer Erkrankungen hat eine Krankenkasse (GEK) im Jahr 2000 mit einer Rehabilitationsklinik (AHG Klinik Waren) einen Vertrag über ein Pay for Performance-Projekt geschlossen. Vereinbart wurde eine sechswöchige Interventionsmaßnahme bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen („Affektive Störungen“ sowie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“) auf der Basis einer definierten Fallpauschale. Zusätzlich wurde eine Bonus-/Malusregelung festgeschrieben. Die Regelung sieht vor, dass die durchführende Klinik für jeden Teilnehmer, der innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten nach Maßnahmeende fallbezogen mindestens 35% geringere gesundheitsbezogene Leistungsausgaben verursacht als der Durchschnitt einer Kontrollgruppe (Behandlung unter Alltagsbedingungen) und der zudem unter zusätzlichem Einbezug aller anfallenden Ausgaben für das Pay for Performance-Programm (Fallpauschale, anteilige Selektions- und Rekrutierungskosten, Fahrkosten sowie anteilige Evaluationskosten) weniger Kosten verursacht als der Durchschnitt der Kontrollgruppe, eine zusätzliche Bonuszahlung in Höhe von 10% der Fallpauschale erhält. Bei individuell nicht erreichter „Performance“ erfolgt im Gegenzug eine Malusrückzahlung an die Krankenkasse von ebenfalls 10% der Fallpauschale.

Zur Evaluation des Erfolgs der Maßnahme wurde eine kontrollierte prospektive Studie mit einem Follow-up von 36 Monaten durchgeführt. Die Zielgruppe umfasst zum Ziehungzeitpunkt ausschließlich zwischen 42 und 49 Tage arbeitsunfähig geschriebene Personen, die nach definierten Ein- und Ausschlusskriterien im wöchentlichen Rhythmus aus Krankenkassenroutinedaten gezogen wurden. Die selektierten Versicherten wurden zunächst ausschließlich der Interventionsgruppe und danach der Kontrollgruppe zugewiesen.

Primäre Outcomes für das fallbezogene Pay for Performance-Projekt waren die Parameter „Krankenhaustage“, „Krankengeldtage“ und „Medikamentenkosten“. Für eine zusätzlich durchgeführte gruppenbezogene Evaluation der Effektivität der Maßnahme wurden zudem die Parameter „Arbeitsunfähigkeitstage“ und „Medikamentenverordnungen“ berücksichtigt.

„Mit dem hier vorgestellten Projekt liegt eine prospektive kontrollierte Studie zur mittelfristigen (Kosten-)Wirksamkeit eines Programms bei erwerbstätigen Patienten mit affektiven und/oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen vor.“

Bei der Evaluation im Rahmen des Pay for Performance-Projektes wurden, um dem Umstand der „dynamischen Versichertenpopulation“ Rechnung zu tragen, zwei Analyseansätze zur Bestimmung des fallbezogenen Ergebnisses gewählt. Zum einen wurden, unabhängig von der Vollständigkeit der Nachbeobachtungszeiten, alle Teilnehmer einbezogen, die den definierten Ein- und Ausschlusskriterien zu Beginn der Studie entsprachen (Studiengruppe 1: n=286, Kontrollgruppe: n=482), zum anderen wurden nur die Teilnehmer berücksichtigt, die vollständige 36 Monate nachbeobachtet werden konnten (Studiengruppe 2: n=136).

In die zusätzlichen gruppenbezogenen Analysen zur Effektivität wurden dagegen durchgängig alle Teilnehmer und Kontrollen unabhängig von der Vollständigkeit der Nachbeobachtungszeit einbezogen (Kontrollgruppe: n=482; Interventionsgruppe: n=286). Die Auswertungen erfolgten dabei alters-, geschlechts- und Diagnose-adjustiert (direkte Standardisierung) unter rechnerischer Einbeziehung der individuellen Versicherungszeiten im 36-monatigen Nachbeobachtungszeitraum.

Ergebnisse zum Pay for Performance-Projekt:

Von der ersten Studiengruppe erfüllen 63,6% (n=182) und von der zweiten Studiengruppe 72,8% der Teilnehmer (n=99) das erste Bewertungskriterium. D.h. nahezu zwei Drittel bzw. knapp drei Viertel der Teilnehmer verursachen mindestens um 35% geringere Leistungsausgaben als der Durchschnitt der Kontrollgruppe.

Unter Einbezug des zweiten Bewertungskriteriums (zusätzlicher Einbe-

zug der Fallpauschale und der Evaluationskosten) verursachen 60,8% (Studiengruppe 1) bzw. 72,8% (Studiengruppe 2) weniger Ausgaben als die Kontrollgruppe, so dass ein positives Ergebnis im Sinne der vereinbarten Bonus-/Malus-Regelung vorliegt.

Ergebnisse zur Effektivität:

Die Ergebnisse der Analysen zeigen bei allen vier kontrollierten Outcome-Parametern einen positiven Effekt der Maßnahme. Die Werte in der Interventionsgruppe liegen ausnahmslos substanzial und statistisch signifikant unter den Werten in der Kontrollgruppe.

- Die Anzahl an Krankenhaustagen liegt im Nachbeobachtungszeitraum mit durchschnittlich 8,43 Tagen um 7,94 Tage unter dem Durchschnittswert in der Kontrollgruppe (16,37 Tage) ($p < 0.01$).
- Die durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen in der Interventionsgruppe liegt mit 170,5 Tagen um 32,5 Tage unterhalb des Werts in der Kontrollgruppe (203,0 Tage) ($p < 0.05$).
- Der Unterschied an Krankengeldtagen zwischen Interventionsgruppe (101,99 Tage) und Kontrollgruppe (135,52 Tage) beträgt im Durchschnitt 33,53 Tage zugunsten der Maßnahmeteilnehmer ($p < 0.001$).
- In der Interventionsgruppe (25,47 Verordnungen) wurden während der Nachbeobachtungszeit im Schnitt 5,43 Medikamente weniger verordnet als in der Kontrollgruppe (30,9 Verordnungen) ($p < 0.001$).

Mit dem hier vorgestellten Projekt liegt eine prospektive kontrollierte Studie zur mittelfristigen (Kosten-)Wirksamkeit eines Programms bei erwerbstätigen Patienten mit affektiven und/oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen vor. Bei diesem Patientenkollektiv führt eine stationäre Intervention zu einer substanzialen Reduktion der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und zu geringeren Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Die Ergebnisse können damit als positives Beispiel eines Pay for Performance-Ansatzes gewertet werden. ■



Literaturhinweis:

Bitzer, Eva M, Grobe, Thomas G, Dörning Hans, Schwartz, Friedrich Wilhelm (2006-2008): GEK-Reporte akut-stationäre Versorgung, St. Augustin: Asgard-Verlag

Bitzer, Eva M, Grobe, Thomas G, Schilling, Elisabeth, Dörning Hans, Schwartz, Friedrich Wilhelm (2009): GEK-Report Krankenhaus 2009, St. Augustin: Asgard-Verlag

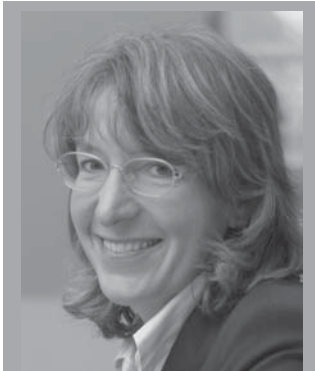
Grobe, Thomas G, Dörning, Hans, Schwartz, Friedrich Wilhelm (2000-2005): GEK-Gesundheitsreporte, St. Augustin: Asgard-Verlag

Grobe, Thomas G, Dörning, Hans, Schwartz, Friedrich Wilhelm (2006-2008): GEK-Reporte ambulante ärztliche Versorgung, St. Augustin: Asgard-Verlag

Grobe, Thomas G, Dörning, Hans, Schwartz, Friedrich Wilhelm (2010): BARMER GEK Arztreport, St. Augustin: Asgard-Verlag

Grobe, Thomas G, Dörning, Hans (2010): Gesundheitsreport 2010 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Hamburg: Techniker Krankenkasse

Birgit Albs-Fichtenberg Innovative Versorgungsansätze im Krankenhaus der Regelversorgung: ein Praxisbeispiel



Dr. Birgit Albs-Fichtenberg
Leiterin der Abteilung Psychologischer Fachdienst, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier

Der Psychologische Fachdienst im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist eine eigenständige, psychotherapeutisch-neuropsychologische Abteilung, die konsiliarisch wie auch im Liaisonverfahren in einem Akutkrankenhaus tätig wird. Dargestellt werden konzeptionelle Überlegungen und Organisationsprinzipien sowie Daten zur Inanspruchnahme. Chancen und Schwierigkeiten werden diskutiert.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist ein Haus der Schwerpunktversorgung mit 562 Betten in 15 medizinischen Fachabteilungen.

1997 wurde hier erstmals eine Stelle für eine Diplom-Psychologin geschaffen, die schwerst hirngeschädigte Patienten der Neurologischen Frührehabilitation behandelte und dem neurologischen Chefarzt unterstellt war. In den Folgejahren mehrten sich Anfragen unterschiedlicher medizinischer Fachabteilungen nach psychologischer Unterstützung.

2006 wurde die Abteilung Psychologischer Fachdienst gegründet und damit Neuland betreten: Ziel war es, in einem Krankenhaus ohne Psychiatrie oder Psychosomatik eine eigenständige, nicht-bettenführende psychologische Abteilung aufzubauen. Der Aufbau erfolgte in mehreren Schritten: Während sich zu Beginn die Tätigkeit auf die Behandlung schwerst hirngeschädigter Menschen der neurologischen Frührehabilitation sowie die psychonkologische Betreuung krebserkrankter Menschen beschränkte, werden heute alle Abteilungen und Zentren des Krankenhauses konsiliarisch oder im Liaisonverfahren betreut. Unter der Leitung einer Psychologischen Psychotherapeutin arbeiten im Psychologischen Fachdienst zurzeit fünf Psychologische Psychotherapeutinnen/Neuropsychologinnen. Die Abteilung ist dem Krankenhausdirektorium unterstellt.

schädigter Menschen der neurologischen Frührehabilitation sowie die psychonkologische Betreuung krebserkrankter Menschen beschränkte, werden heute alle Abteilungen und Zentren des Krankenhauses konsiliarisch oder im Liaisonverfahren betreut. Unter der Leitung einer Psychologischen Psychotherapeutin arbeiten im Psychologischen Fachdienst zurzeit fünf Psychologische Psychotherapeutinnen/Neuropsychologinnen. Die Abteilung ist dem Krankenhausdirektorium unterstellt.

Der Psychologische Fachdienst ist anerkannte Weiterbildungsstätte für Neuropsychologie (zertifiziert durch die Gesellschaft für Neuropsychologie sowie die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz) sowie für 600 Stunden der praktischen Tätigkeit bei der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten der Universität Trier.

Konzeptionelle Überlegungen

Mit der Gründung einer eigenen psychotherapeutisch-neuropsychologischen

„Schnelle und qualifizierte Diagnostik – niederschwelliges und flexibles Behandlungsangebot.“

schon Fachabteilung ohne Bettenführung waren eine Vielzahl von Erwartungen verbunden: Es sollte eine Organisationsform entwickelt werden, die für unterschiedliche medizinische Abteilungen effektiv und flexibel psychotherapeutisch-neuropsychologische Expertise bereit stellt, eine am Patientenbedarf orientierte flexible Versorgung sichert, eine psychologische Betreuung auch in Urlaubszeiten oder im Krankheitsfalle gewährleisten kann und für die Krankenhausleitung durch einen verantwortlichen Ansprechpartner vertreten ist.

Interdisziplinär arbeiten im Konsil- und Liaisonverfahren

Ob chirurgische, internistische oder neurologische Patienten – bei ihnen allen können behandlungsbedürftige psychische/neuropsychologische Probleme und Beschwerden bestehen und/oder auftreten.

Der Psychologische Fachdienst wurde als abteilungsübergreifender Dienst konzipiert, der die Patienten auf den

jeweiligen medizinischen Abteilungen aufsucht und in enger Abstimmung mit behandelnden Ärzten und Pflegeteams tätig wird. In der Neurologischen Frührehabilitation und den onkologischen Stationen arbeiten wir im Liaisonverfahren: Neuropsychologen/Psychologische Psychotherapeuten sind täglich präsent, Absprachen finden u.a. in Visiten und Teamsitzungen statt. Nachbehandler erhalten einen psychologischen Entlassbrief.

Alle anderen Stationen fordern den Psychologischen Fachdienst per elektronischem Konsil an und formulieren dabei auch eine diagnostische oder psychotherapeutisch-neuropsychologische Fragestellung, Rück- und Absprachen erfolgen telefonisch oder direkt auf der Station. Die Konsiltätigkeit mündet in einen Konsilbefund.

Der Zugang zu der elektronischen Patientenakte sowie die enge Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten und dem Pflegeteam ermöglichen es, fokussiert auf die aktuellen Be-

schwerden und Probleme des Patienten tätig zu werden. Bei diagnostischen Fragestellungen angesichts komplexer und unklarer Beschwerdebilder ist es ja gerade die Integration von medizinischen und psychodiagnostisch-neuropsychologischen Ergebnissen, die zielführend ist. Bei konsiliarischen psychotherapeutisch-neuropsychologischen Behandlungen geht es meist um Krisen- und Kurzzeitinterventionen im Kontext der körperlichen Erkrankung und die Anbahnung einer geeigneten Weiterbehandlung etwa durch niedergelassene ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten, Neurologen und Nervenärzte oder auch im Rahmen einer stationären Rehabilitation, psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung.

Patientenorientierte Organisationsprozesse zielen auf optimale und patientengerechte Diagnostik und Behandlung

In der Regel wird innerhalb von 24 Stunden nach Konsilanforderung von der zuständigen Psychotherapeutin/Neuro-

psychologin Kontakt zum Pflegeteam und dem behandelnden Arzt aufgenommen um zu klären, wo, wann und auch wie lange ein Patient gesehen werden kann – unter Berücksichtigung der Belastbarkeit des Patienten, seiner Mobilität, anderen diagnostischen, medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Notwendigkeiten u.ä. Im Liaisonverfahren erfolgt ein Erstkontakt innerhalb von maximal 48 Stunden nach Indikationsstellung.

Ziel ist eine optimale und patientengerechte multidisziplinäre Diagnostik und Behandlung. Dies fordert von allen Behandlern Verständnis und Offenheit für die jeweils andere Disziplin, von Seiten des Psychologischen Fachdienstes auch ein sehr flexibles Vorgehen und ein gutes Zeitmanagement.

Transparenz und Effektivität durch Kommunikation und Dokumentation

In den letzten Jahren haben wir unsere Kernprozesse beschrieben und stark vereinheitlicht. Für und in Absprache mit medizinischen Zentren haben wir Indikationslisten erstellt, um die konsiliarische Zuweisung zum Psychologischen Fachdienst – auch in Abgrenzung zur psychiatrischen Konsiltätigkeit, Seelsorge und der Abteilung für soziale Beratung und Betreuung – transparent zu gestalten.

Häufigkeit und Dauer der Kontakte werden dokumentiert und können etwa in Zertifizierungsprozessen belegt werden. Für das pflegerische Team und den zuständigen Arzt ist klar ersichtlich, wer psychotherapeutisch/neuropsychologisch tätig ist.

Schriftliche Befunde mit Diagnose und Behandlungsvorschlag stehen am Ende jedes konsiliarischen Kontaktes und jeder längeren psychotherapeutisch-neuropsychologischen Behandlung, ein Kurzbefund für den ärztlichen Entlassungsbrief bzw. ein eigenständiger psychologischer Befundbrief sollen die Information des Nachbehandlers sicherstellen und sowohl Mehrfachdiagnostik – etwa in der nachfolgenden Rehabilitationsklinik – verhindern als auch Fehlbehandlungen vermeiden helfen.

Diagnose und Behandlungsvorschlag besprechen wir auch mit dem Patienten, um ihn dabei zu unterstützen gesundheitsbezogenes Verhalten zu

entwickeln und ggf. eine adäquate Behandlungsmöglichkeit zu finden.

Generelle und spezifische psychologische Fachexpertise für medizinische Hauptfachabteilungen gewährleisten
 In der täglichen Arbeit im Krankenhaus hat sich bewährt, für die medizinischen Hauptfachabteilungen des Brüderkrankenhauses generelles und spezifisches psychologisches Wissen bereit zu stellen. So erwarben und erwerben alle Kolleginnen Zusatzqualifikationen: die Abteilung Psychologischer Fachdienst bildet als anerkannte Weiterbildungsstätte (LPK Rheinland-Pfalz und Gesellschaft für Neuropsychologie GNP) Neuropsychologen aus. Zertifizierte Fortbildungen in Psychoonkologie (WPO) gewährleisten ein spezifisches Fachwissen in der Behandlung und Betreuung von krebserkrankten Menschen, Fortbildungen in Psychotherapie (DeGPT und EMDRIA zertifiziert) finden insbesondere in der Akutversorgung von verunfallten Menschen Anwendung, mit einer Weiterbildung in Psychodiabetologie (LPK RLP) wird die Behandlung von Menschen mit diabetesbedingten psychischen Problemen gewährleistet. Auch Kenntnisse in psychologischer Schmerztherapie finden Eingang in Behandlungen.

Erst als eigenständiges Team konnten wir diese Bandbreite an spezifischem psychologischem Fachwissen aufbauen. Die Organisationsstruktur ermöglicht es zudem jedem Teammitglied, sich weiter zu entwickeln und auch neue inhaltliche Schwerpunkte zu setzen.

Daten zur Inanspruchnahme des Psychologischen Fachdienstes im Konsilverfahren

Die Dauer der Kontakte im Konsilverfahren variiert von 15 Minuten bis mehrere Stunden, im Mittel beläuft sie sich auf 90 – 120 Minuten. In 80% aller Konsile finden 1 – 3 Kontakte statt, das Maximum betrug im letzten Jahr 11 Kontakte. Etwa die Hälfte aller Konsile werden von der Neurologie angefordert, 25% kommen aus chirurgischen Abteilungen, 25% aus den internistischen Abteilungen, der Urologie, Orthopädie, Anästhesie oder Intensivmedizin. Jedem 5. Patienten empfehlen wir eine ambulante Psychotherapie oder eine stationäre Rehabilitation, bei etwa 17% be-

steht bei Entlassung kein psychologischer Handlungsbedarf mehr.

Schwierigkeiten und Grenzen

Die dargestellte Fachabteilung ersetzt keine bettenführende psychosomatische und psychiatrische Abteilung, Fach- oder Rehabilitationsklinik oder tagesklinische Angebote. Gerade die Behandlung komplexer und schwerer psychischer Erkrankungen benötigt ein einheitliches stationäres Behandlungskonzept und damit eine bettenführende Abteilung oder ein tagesklinisches Konzept, das auf die primäre Behandlung psychischer Erkrankungen ausgerichtet ist. Im Rahmen der vorgestellten Abteilung sind längerfristige Behandlungen nur begrenzt und nach Maßgabe der körperlichen Erkrankung möglich, sie sind u.a. durch die immer weiter abnehmenden Liegezeiten im Krankenhaus limitiert.

Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz sind hinlänglich bekannt, im Kontext einer körperlichen Erkrankung – etwa einem Tumorleiden oder einem Diabetes – können sie auch zu ernstesten körperlichen Konsequenzen führen. Das Neuropsychologie in Kostenträgerschaft der gesetzlichen Krankenkassen nur im stationären Bereich vorgehalten wird, hat im Einzelfall großes persönliches Leid zur Folge und limitiert die im stationären Bereich möglichen Behandlungserfolge.

Chancen einer nicht-bettenführenden psychotherapeutisch-neuropsychologischen Fachabteilung

Die Abteilung ermöglicht eine schnelle und qualifizierte Diagnostik psychischer Störungen und neuropsychologischer Defizite im Kontext körperlicher Erkrankungen. Bei komplexen und unklaren Beschwerdebildern trägt sie zu einer fundierten Differentialdiagnostik bei. Sie gewährleistet ein niederschwelliges und flexibles Behandlungsangebot. Durch die Anbahnung einer adäquaten Weiterbehandlung trägt sie dazu bei, Chronifizierungen und Fehlbehandlungen zu vermeiden bzw. zu vermindern. Mit ihrer täglichen patientenbezogenen Arbeit und Präsenz auf den Stationen, aber auch durch informelle Kontakte, Vorträge, Teamsitzungen etc., stärkt sie in allen Berufsgruppen das Verständnis für psychische Erkrankungen und deren vielfältige Wechsel-

Beispiele für psychologische Konsile

- Mediainfarkt – neuropsychologische Defizite? Rehapotential?
- Schwere Autounfall mit Polytrauma, massive Ängste, Alpträume, Schlafstörungen – Bitte Mitbetreuung.
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, kein somatischer Befund – Bitte um Mitbeurteilung.
- Lange Krankheitsgeschichte, aktuell Amputation rechter Fuß; Patient ist „alles zuviel“ – Erbitte Mitbetreuung. Suizidal?
- Erneute Vorstellung zur Chemo; mangelnde Compliance, Patient begreift lebensbedrohliche Situation nicht - Bitte psychologische Intervention.
- Unklarer Rückenschmerz – differentialdiagnostische Beurteilung?

Welche Abteilungen fordern Konsile an?
 Analyse von 300 Konsilen

Neurologie	155	52,0%	
			52,0%
Unfallchirurgie	34	11,3%	
Allg. Chirurgie	30	10,0%	
Neurochirurgie	8	2,7%	
Herz- und Thoraxchirurgie	5	1,7%	
Innere Medizin I, II, III	33	11,0%	
			25,7%
Urologie	20	6,7%	
Orthopädie	4	1,4%	
Anästhesie/Intensiv	4	1,4%	
Zentrum für Gefäßmedizin	4	1,4%	
			21,9%

Behandlungsempfehlungen bei Konsilen
 Analyse von 300 Konsilen

Kein weiterer Handlungsbedarf	56	16,7%
Ambulante Psychotherapie (incl. Traumaspez. Psychotherapie und Schmerzpsychotherapie)	64	
Weiterführung bestehende Psychotherapie	8	19,5%
Psychosomatik Akutkrankenhaus	6	1,7%
Stationäre Rehabilitation	63	18,6%
Psychiatrie (stationär)	7	2,1
Nervenärztliche Behandlung (ambulant)	23	6,8
Palliativstation / Hospiz	6	1,8%
Beratungsstelle (incl. Suchtberatung)	19	5,6%
Psychosoziale Organisation	13	3,8%
Jugendamt / Gesundheitsamt	1	<0,1%
Kontaktaufnahme Demenzzentrum	1	<0,1%
Selbsthilfegruppe, ehrenamtl. Besuchsdienst	12	3,6%
Wiedervorstellung Psych. Fachdienst	32	9,5%
Keine Empfehlung	27	9,0%

wirkungen mit körperlichen Erkrankungen sowie das Wissen über mögliche Behandlungsansätze. Durch eine strukturierte schriftliche Dokumentation werden Nachbehandler effektiv informiert, sie werden entlastet durch die Aufklärung des Patienten. Die Eigenständigkeit der Abteilung ermöglicht es, einvernehmlich neue

persönliche Schwerpunkte in der Arbeit zu setzen und sich fachlich zu entwickeln. Sie beinhaltet einen großen persönlichen Gestaltungsraum, den es allerdings auch auszufüllen gilt. Die Arbeit im Psychologischen Fachdienst ist, so formulierte es eine Kollegin, die „tägliche neue Chance zum persönlichen Wachstum“. ■

Thomas Ballast Über-, Unter- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken



Thomas Ballast
Vorsitzender des Vorstandes des
vdek

Guten Morgen, meine Damen und Herren, lieber Herr Best und lieber Herr Weidhaas.

Vielen Dank, dass Sie mich eingeladen haben. Die Ersatzkassen hatten schon immer eine große Nähe zur Psychotherapie, was man in den letzten Monaten sehr gut daran erkennen konnte, dass die drei größten Mitgliedskassen Veröffentlichungen über die Zunahme psychischer Erkrankungen publiziert haben. Ich selbst befasse mich seit nunmehr über 15 Jahren mit Psychotherapie, und bei allen Problemen der Über-, Unter- und Fehlversorgung, die es in der Psychotherapie genauso gibt wie in anderen Bereichen unseres Gesundheitssystems, haben wir alle gemeinsam in den letzten zwei Jahrzehnten sehr viel erreicht. Daher dürfen wir bei der Debatte über mögliche Versorgungsdefizite nicht vergessen, woher wir gekommen sind – und dass die Psychotherapeuten natürlich auch mit anderen Versorgungsproblemen konkurrieren.

Lassen Sie mich zunächst ein paar allgemeine Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland zitieren, die wir den Berichten unserer Mitgliedskassen und den Daten der Bundespsychotherapeutenkammer sowie des Bundesgesundheits surveys (vgl. Zusatzmodul „Psychische Störungen“ von Jacobi et.al. 2006) entnommen haben:

Etwa 31% der Bevölkerung in Deutschland erkrankt innerhalb eines

Jahres an einer psychischen Störung. Frauen erkranken mit 37% wesentlich häufiger als Männer mit 25,3%. Ungefähr 40% aller Personen weisen mehr als eine psychische Störung auf, und es gibt Hinweise, dass die Häufigkeit psychischer Störungen mit dem Alter zunimmt. Die Zahl der krankheitsbedingten Fehltag aufgrund psychischer Störungen hat sich seit 1990 verdoppelt, mittlerweile werden psychische Erkrankungen sogar als zweithäufigster Grund für Krankschreibungen genannt. Wenn wir den Daten des Gesundheitssurveys glauben wollen, leiden 18 Millionen Deutsche an einer psychischen Störung. Diese Entwicklung mutet ja schon fast apokalyptisch an! Wird unsere Gesellschaft tatsächlich immer kranker, beispielsweise aufgrund hoher Anforderungen im Arbeitsleben oder der steigenden Lebenserwartung? Oder gibt es andere Ursachen für diese Zahlen?

Erfreulicherweise sind die Berührungsängste von Patienten und Ärzten in Bezug auf psychische Krankheiten gesunken – dies ist sicherlich auch ein Verdienst des Psychotherapeutengesetzes. Im Zusammenhang damit ist das Problembewusstsein für psychische Störungen gestiegen – ein Indiz hierfür ist, dass die Steigerung der psychischen Erkrankungen bei den Arbeitsunfähigkeitstagen mit einem Rückgang bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Verletzungen einher geht. Zu erwarten ist, dass das veränderte Diagnoseverhalten der Ärzte in den nächsten Jahren durch die Anreize des Morbi-RSA weiter Auftrieb gewinnen wird.

Wenn man sich die Versorgungslandschaft in Deutschland ansieht, stellt man fest, dass bereits sehr viel für die psychisch Kranken getan wird: Es gibt bereits über 18.500 zugelassene Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, die über 300.000 Patienten jährlich ambulant in einem der drei Richtlinienverfahren behandeln. Die Bundespsychotherapeutenkammer gibt die durchschnittliche Behandlungsdauer mit ca. 80 Stunden an. Weitere 6.500 Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen dürfen psychotherapeutische Leistungen erbringen, darunter insbesondere Nervenärzte und Ärzte für Psychiatrie und Psychothe-

rapie. Zusätzlich gibt es ca. 12.500 psychosoziale Beratungsstellen, die Institutsambulanzen können weitere 175.000 Erwachsene und 120.000 Kinder und Jugendliche versorgen, dazu kommen ca. 5.000 Plätze in Tageskliniken. Über 275.000 Patienten jährlich können stationär behandelt werden und weitere 150.000 in Reha-Einrichtungen. Insgesamt können in Deutschland so über eine Million Menschen der gesetzlichen Krankenversicherungen pro Jahr psychotherapeutisch behandelt werden.

Dennoch wissen wir, dass es immer wieder Wartezeiten auf ambulante oder stationäre Therapieplätze gibt. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Kosten in der GKV, die sich momentan (noch) in einem künstlich subventionierten allgemeinen Beitragssatz von 14,9% niederschlagen, der steigenden Zahl an Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben müssen, sowie der politischen Diskussion über weitere Beitragsbelastungen ist auch im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung ein zunehmendes Bewusstsein dafür erforderlich, dass Psychotherapie ein knappes Gut ist! Vor einer Erweiterung der finanziellen Rahmenbedingungen ist es daher dringend erforderlich, dass gemeinsame Anstrengungen unternommen werden, um nach Effizienzreserven innerhalb des Systems zu suchen, die es ermöglichen, mehr Menschen mit den vorhandenen Ressourcen zu versorgen.

Wie Sie den Daten zur Bedarfsplanung entnehmen können, gibt es in keinem einzigen Planungskreis Unter- und nur in 32 Planungskreisen Regelversorgung. Alle anderen 370 Planungskreise sind überversorgt. Dennoch gibt es durchschnittlich 3 bis 6

Monate Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Bedeutet dies automatisch, dass die einzige Möglichkeit, die Wartezeiten zu reduzieren, die Zulassung von mehr Psychotherapeuten ist? Nun, Wartezeiten sind nicht in jedem Fall ein Problem – dies hängt stark von der jeweiligen Störung ab – eine „normale“ Psyche erholt sich in der Regel innerhalb von 3 bis 12 Monaten von leichteren Störungen. Wir wissen ferner, dass es ein Ost-West-Gefälle und ein Stadt-Land-Gefälle gibt. Eine undifferenzierte Zulassung von mehr Psychotherapeuten würde diese Probleme voraussichtlich nicht in den Griff bekommen. Auch ist bekannt, dass es eine unbestimmte Anzahl „Teilzeitpsychotherapeuten“ gibt. So könnte man z. B. darüber nachdenken, die Bedarfsplanung zeitgemäßer zu gestalten, um damit auch der Feminisierung in der Psychotherapie besser Rechnung zu tragen, sodass Familie und Beruf einfacher unter einen Hut zu bringen sind.

Lassen Sie mich noch mal einen Blick zurück werfen auf das, was wir seit des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes geschafft haben: Es ist gelungen, die psychotherapeutischen Kapazitäten auszubauen, einen direkten Zugang zum Psychotherapeuten zu schaffen und die Psychotherapie zu enttabuisieren. Auch die Evidenzbasierung der Psychotherapie ist in den letzten Jahren sehr erfolgreich vorangebracht worden. Die Ersatzkassen begrüßen diese Entwicklungen sehr.

Gleichzeitig ist Psychotherapie aus den unterschiedlichsten Gründen jedoch auch besonders anfällig für angebotsinduzierte Nachfrage und damit der Überversorgung von Patienten. Ich erwähnte schon, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer



in der ambulanten Psychotherapie laut Daten der Bundespsychotherapeutenkammer bei ca. 80 Stunden liegt. Dabei steigt die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei den beiden Störungsbildern Angst und Depression, unter denen in Deutschland etwa 68% aller Menschen mit psychischen Störungen leiden, laut einer Metaanalyse von Margraf et. al. aus dem Jahr 2008 nach einem Behandlungsumfang von mehr als 45 Stunden nicht mehr wesentlich an. Es ist daher zu vermuten, dass durch eine gezielte Steuerung der Patienten hier Effizienzreserven zu finden sind. Auch wäre eine differenzierte Diskussion darüber, ab wann eine Diagnose auch behandlungsbedürftig ist, wichtig. Nicht umsonst fragen die Autoren des Buches „The loss of sadness“, Allan W. Horwitz und Jerome K. Wakefield, ob man heutzutage einfach nur traurig sein darf, ohne gleich die Diagnose „Depression“ zu erhalten.

Neben der Unter- und Überversorgung gibt es, wie an vielen Stellen in unserem Gesundheitssystem, auch in der Psychotherapie fehlversorgte Patienten. Fehlversorgung besteht aus unserer Sicht dann, wenn man die folgende Frage nicht eindeutig bejahen kann:

„Wird jeder Patient für seine Störungen mit dem für ihn geeigneten Verfahren von einem „passenden“ Psychotherapeuten in dem medizinisch notwendigen Umfang psychotherapeutisch sowie medikamentös behandelt?“

Wie so oft fehlen zur Beantwortung dieser Frage auch hier zuverlässige Daten für Deutschland, aber es gibt zahlreiche Hinweise, dass dem nicht so ist. Ich möchte Ihnen gerne ein paar Beispiele nennen.

Anhand der Abrechnungsdaten hat die Techniker Krankenkasse geprüft, welche Diagnosen mit welchen Verfahren in welchen Regionen Deutschlands wie häufig behandelt werden. Am Beispiel der Indikation Depression (F32) lässt sich anschaulich darstellen, dass es Regionen gibt, in denen Depression zu fast 30% mit analytischer Psychotherapie behandelt werden, wohingegen in anderen Regionen so gut wie gar keine analytische Psychotherapie zur Anwendung kommt. Auch bei der Verhaltenstherapie gibt es sehr große

Versorgungsunterschiede, so gibt es Regionen, in denen – immer noch bei der Indikation Depression – gerade mal 16% der Patienten verhaltenstherapeutisch behandelt werden, in anderen Regionen sind es hingegen bis zu 77%. Die Dauer und Art der Behandlung hängt somit zu einem guten Teil vom Zufall ab. Je nachdem, wo ein Patient wohnt und für welchen Psychotherapeuten er sich entscheidet, kann er bei gleicher Diagnose zwischen 25 bis 300 Stunden Psychotherapie erhalten. Auch hier stellt sich die Frage, ob im Rahmen der Bedarfsplanung künftig nicht eventuell eine bessere Vertei-

„Es ist dringend erforderlich, dass gemeinsame Anstrengungen unternommen werden, um nach Effizienzreserven innerhalb des Systems zu suchen, die es ermöglichen, mehr Menschen mit den vorhandenen Ressourcen zu versorgen.“

lung der Verfahren innerhalb Deutschlands sinnvoll sein könnte.

Es ist ebenfalls bekannt, dass die Schnittstelle zwischen Psychotherapeut und mitbehandelndem Haus- oder Facharzt und damit insbesondere das Ineinandergreifen von psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung noch verbesserungsfähig ist. So werden Patienten mit depressiven Störungen oft noch nicht leitliniengerecht behandelt und erhalten sowohl zu früh, als auch zu spät Antidepressiva oder Psychotherapie.

Eine große und spannende Herausforderung der nächsten Jahre wird es daher sein, die aufgezeigte Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Dafür bedarf es des gemeinsamen Willens, nach Effizienzreserven in dem bestehenden System zu suchen und alte Strukturen aufzubrechen. Ein möglicher Ansatzpunkt hierfür könnte eine Überarbeitung der bestehenden Stundenkontingente sein. Diese sind in ihrer jetzigen Form vor über zehn Jahren aufgrund der damals vorhandenen Erfahrungswerte in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen worden. Je nach Verfahren wurden zu bewilligende Mindeststundenkontingente von 25 oder 160 Stunden bzw. maximal 80, 100 oder 300 Stunden festgelegt.

Durch eine intelligente neue Kontingentierung könnte es gelingen, mehr Behandlungskapazitäten zu schaffen, ohne bei psychisch schwer kranken Menschen die Behandlungsdauer zu reduzieren, wie Sie an folgendem Rechenbeispiel sehen können. Dieses Rechenbeispiel ließe sich natürlich auf die anderen Bewilligungsschritte genauso anwenden:

Angenommen, es werden jährlich 300.000 Patienten mit ambulanter Psychotherapie behandelt, von denen 50% bzw. in absoluten Zahlen 150.000 Kurzzeittherapien sind, bei

denen das Stundenkontingent jeweils voll ausgeschöpft wird. Nehmen wir weiter an, dass bei einem Drittel dieser Patienten das Behandlungsziel bereits nach 15 Stunden erreicht werden kann. Auf diese Weise ließen sich Kapazitäten für die Behandlung von mehr als 30.000 weiteren Patienten à 15 Stunden gewinnen.

Im Zuge der Prüfung der Richtlinienverfahren durch den G-BA ist es daher unbedingt geboten, die bisherigen Stundenkontingente daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechen, da eine nicht evidenzbasierte Anpassung der Stundenkontingente auch den gegenteiligen Effekt haben kann. Aufgrund der engen Verknüpfung von zu bewilligenden Stundenkontingenten und dem Gutachterverfahren kann gegebenenfalls auch eine Überarbeitung des Gutachterverfahrens erforderlich sein!

Weitere Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation liegen aus unserer Sicht in innovativen und qualitätsgesicherten Projekten und besonderen Versorgungsformen, in denen die Richtlinienverfahren zur Anwendung kommen und eine zwischen allen Beteiligten besser abgestimmte und, wenn möglich, kosteneffektivere Versorgung gewährleisten. Auch bei

schwer psychisch kranken Menschen sind neue Versorgungswege denkbar. In beiden Bereichen führen die Ersatzkassen bereits Projekte durch, so z. B. der IV-Vertrag zur Depression der DAK oder das Netzwerk psychische Gesundheit der Techniker Krankenkasse.

Zusammenfassend möchte ich feststellen, dass eine scheinbare Zunahme von psychischen Erkrankungen in Deutschland beobachtet wird. Die Ursachen dieser Zunahme sind unklar und müssen nicht in einer tatsächlich psychisch immer kränkeren Gesellschaft liegen, für eine genauere Beurteilung fehlen uns jedoch die Daten. Unbestritten ist, dass es in Deutschland im internationalen Vergleich bereits eine sehr hohe Versorgungsdichte und Versorgungsqualität für Menschen mit psychischen Störungen gibt – sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor. Und wenn im letzten Jahrzehnt durch das Psychotherapeutengesetz bereits große Fortschritte in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erzielt worden sind, sind wir noch nicht am Ende des Weges angekommen. Allerdings darf dabei nicht vergessen werden, dass auch Psychotherapie ein knappes Gut ist! Gemeinsam nach Effizienzreserven im bestehenden System zu suchen, um auch zukünftig ein möglichst umfangreiches und differenziertes Angebot an psychotherapeutischer Versorgung finanzierbar zu halten, sollte daher unser Ziel sein.

Schließen möchte ich mit einem Zitat aus dem Buch „Irre, wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen.“ von Manfred Lütz:

„...Ohnehin sind psychotherapeutische Gespräche stets nur die zweitbeste Form der Kommunikation. Sie sind immer künstlich, wenn sie gut sind kunstvoll, aber niemals unmittelbar. Die beste Form der Kommunikation sind auch für Schizophrene, Depressive und andere die Gespräche mit Metzgern, Bäckern und Verkäuferinnen, also mit normalen Menschen. Nur wenn das nicht mehr funktioniert, müssen die Psychoexperten ran, aber auch nur so lange, bis die erstbeste Form der Kommunikation wieder klappt. Daher ist die Kürze eine ethische Forderung jeder Therapie.“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Barbara Lubisch Versorgungsverbesserung durch Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse für Psychotherapeuten



Barbara Lubisch
Stellv. Bundesvorsitzende der DPtV

Neben den rechtssystematischen Gründen ist es der steigende und sich verändernde Versorgungsbedarf, der es notwendig macht, dass Psychotherapeuten einen Katalog von sozialrechtlichen Befugnissen zur Verfügung haben, wie ihn niedergelassene Ärzte und Patienten von einer Praxis erwarten, die in die Versorgung von Patienten eingebunden ist. Genau genommen handelt es sich nicht um eine Erweiterung von Befugnissen, sondern um die *Aufhebung der Beschränkungen*, die mit dem PsychThG 1999 ins SGB V (und Folge-Regelungen) aufgenommen wurden.

Mit dem PsychThG wurden zwei neue selbstständige, durch Approbation ausgewiesene Heilberufe geschaffen, Psychologischer Psychotherapeut (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP). *Selbstständig heißt: sie behandeln eigenverantwortlich, nicht auf Verordnung, nicht unter Aufsicht. Die Patienten haben das Erstzugsrecht zum Psychotherapeuten, der PPI/KJP stellt die Diagnose, die Indikation, die Behandlungsplanung. Durch das PsychThG erfolgten die berufsrechtliche Statusgleichstellung der Psychotherapeuten mit den Ärzten und die gleichgestellte Einbeziehung in das ärztliche Vertragsarztrecht.*

Die Verbotsnorm des § 73 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist erst in den Ausschussbera-

tungen in den Gesetzentwurf eingefügt worden, um der Unsicherheit bezüglich der Wirtschaftlichkeit des Behandlungsverhaltens der Psychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung zu tragen (nach Behnen auf dem BPTK-Symposium im Sept. 2009). Nach über zehn Jahren der Bewährung der Psychotherapeuten im System der GKV liegt eine fachliche Begründung dafür nicht (mehr) vor.

Alle Zahlen der Krankenkassen-Reports aus den letzten Jahren zeigen, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen steigt. Im TK-Report 2010, der die ganze Dekade 2000-2009 betrachtet, findet sich in der Zusammenfassung:

„Die Auswertungsergebnisse sprechen insgesamt für die Annahme einer zunehmenden psychischen Belastung von Erwerbspersonen, die sich insbesondere nach 2006 verstärkt auch bei Berufstätigen bemerkbar gemacht hat.“

„Bei Berufstätigen haben Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen von 2006 bis 2009 stetig um insgesamt 39 Prozent zugenommen.“

„Bei Arbeitslosen haben Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen in fast allen Jahren zwischen 2000 und 2009 (um insgesamt 107 Prozent) zugenommen.“

Die epidemiologischen Studien zeigen auch: Komorbiditäten und wechselseitiger Einfluss von psychischen Erkrankungen und somatischen Erkrankungen sind häufig, z.B. kommen Depressionen bei Diabetikern doppelt so häufig vor wie bei Nicht-Diabetikern (Metaanalyse von Anderson et al., Diabetes Care, 2001, nach Benecke).

Die Berücksichtigung psychischer Faktoren bei somatischen Erkrankungen kann Krankheitsverläufe positiv beeinflussen und die Lebensqualität verbessern (vgl. den Bericht über das DPtV-Symposium ‚Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen‘ in ‚Psychotherapie Aktuell‘ 2/2009). Die regelmäßige Einbeziehung von psychotherapeutischem Wissen in die strukturierten Behandlungsprogramme von DMPs, z.B. bei COPD, KHK, Diabetes, Mamma-Ca, wäre für die Behandlungsfortschritte der Patienten sinnvoll. Dabei geht es hier nicht pri-

mär um klassische Richtlinienpsychotherapie, sondern um flexible, an den Patienten und seine Erkrankung angepasste Behandlungsmodule.

Viele Versorgungs-Mängel sind durch die fehlenden Therapieplätze bedingt – nach Schätzungen der BPTK fehlen jährlich ca. 3,5 Millionen Behandlungsplätze für schwer psychisch Erkrankte – andere Mängel entstehen durch die schlechte Verzahnung ambulant-stationär, die kaum abgestimmte Kooperation der verschiedenen ambulanten Behandler, die Umwege, die Patienten zwischen Psychotherapeuten und Ärzten zugemutet werden: es gibt z.B. keine geregelten Überweisungen und Rück-Überweisungen zwischen Psychotherapeuten einerseits, Ärzten und Kliniken andererseits. In den Psychotherapie-Richtlinien sind keine kurzfristigen und unbürokratischen Psychotherapieangebote vorgesehen; alles was als Psychotherapie gilt, muss das Antrags- und Genehmigungsverfahren durchlaufen. Die Versorgung chronisch psychisch Kranker erfolgt diskontinuierlich, die Behandlungsintervalle sind allerdings oft weniger durch die Indikation, sondern mehr durch die Therapiekontingente und die Vorgaben der Psychotherapierichtlinien bestimmt.

Um dem steigenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden, braucht es ein Bündel verschiedener Maßnahmen: neben der dringend notwendigen Reform der sogenannten Bedarfsplanung – kleinräumig, sektorenübergreifend und in Kooperation mit den Landespsychotherapeutenkammern – sowie der Entwicklung innovativer kooperativer sektorenübergreifender Behandlungskonzepte – würde auch die Aufhebung der Berufsausübungseinschränkungen für Psychotherapeuten deutlich zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Psychotherapeuten werden sozialrechtlich eingeschränkt und dürfen in folgenden Bereichen nicht tätig werden:

1. Prävention
2. Verordnung von Heilmitteln, von Soziotherapie
3. Überweisung zu (Fach-)Ärzten
4. Einweisung in Krankenhäuser
5. Beurteilung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

6. Veranlassung der gesetzlichen Unterbringung
7. Leitung von Krankenhausabteilungen und MVZ
8. Psychotherapie zusätzlich zur Richtlinienpsychotherapie
9. Ergänzende psychotherapeutische Leistungen im EBM.

Psychotherapeuten sollen auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen auch präventiv tätig werden dürfen, Heilmittel (Ergotherapie, Logopädie) und Soziotherapie verordnen dürfen, Überweisungen ausstellen dürfen, zum Hausarzt und zum Facharzt, natürlich zum Psychiater überweisen dürfen. Psychotherapeuten sollen die Befugnis erhalten, Krankenhaus- oder Reha-Behandlung anzuordnen, Arbeitsfähigkeit oder -unfähigkeit zu bescheinigen, und z.B. bei Suizidgefahr die sogenannte Zwangseinweisung zu veranlassen – bislang können sie trotz ihrer Fachkenntnis nur die Feuerwehr oder den Notarzt rufen wie jeder andere Bürger auch. Die Leitung von Fachabteilungen in Krankenhäusern durch Psychotherapeuten sollte ebenso wie die fachliche Leitung von MVZ selbstverständlich sein. Sinnvolle Ergänzungen in der Versorgung wären auch die Erweiterung der Psychotherapie-Richtlinien um z.B. offene Sprechstunden, Kriseninterventionen, antragsfreie Gruppentherapie.

Die fachliche Kompetenz für diese sozialrechtlichen Befugnisse ist bei Psychotherapeuten vorhanden:

- Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychotherapeuten (PsychThG-APrV) verlangt den Erwerb der entsprechenden Kenntnisse u.a. in Psychosomatischer Krankheitslehre und Psychiatrischer Krankheitslehre, in Diagnostik und Differentialdiagnostik incl. Indikationsstellung und Prognose, in Krisenintervention, Prävention und Rehabilitation. Im Katalog der APrV werden ebenso explizit benannt Kenntnisse in medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen, in Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, in Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen.
- Psychotherapeuten erstellen regelmäßig Befundberichte oder Stellungnahmen für Versorgungsämter, für den Medizinischen Dienst

der Krankenkassen (MDK), für die Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger, dabei wird regelmäßig z.B. die Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Bei diesen Maßnahmen geht es natürlich nur um psychisch erkrankte bzw. psychotherapeutisch zu behandelnde oder mitzubehandelnde Patienten.

Zu 1, 2, 4 und 5:

Präventive Leistungen, Verordnung von Heilmitteln, Soziotherapie, Klinikbehandlung, AU-Bescheinigungen werden im § 73 Abs. 2 SGB V benannt und mit dem lapidaren Satz „die Nummern gelten nicht für Psychotherapeuten“ für Psychotherapeuten gestrichen:

§ 73 Abs. 2 SGB V:

„Die vertragsärztliche Behandlung umfasst

-

- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,

- ...

- Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,

-

- Verordnung von Soziotherapie. Die Nummern 2-8, 10-12 und 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.“

Bei Aufhebung dieser Beschränkungen in § 73 Abs. 2 SGB V wäre es möglich, Präventivmaßnahmen bei gefährdeten Patienten durchzuführen (z.B. bei Kindern psychisch kranker El-

tern), Ergotherapie oder Logopädie zu verordnen z.B. durch KJP/PP die an einem ADHS-Netz teilnehmen, einen suizidalen Patienten ohne zusätzliche Umwege über einen Arzt in eine Klinik einzuweisen oder einen Patienten, der psychisch dekompenziert und keinen Hausarzt hat, krankzuschreiben.

Zu 3:

Die Einschränkung bezüglich der Überweisungs-Befugnis ist im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu finden:

§ 24 Abs. 11 BMV-Ä:

„Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Überweisungen nur im Rahmen des in den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Konsiliarverfahrens vornehmen.“

Die gegenseitige Überweisung von Patienten zur diagnostischen Abklärung oder zur gemeinsamen Behandlung von Patienten ist unter Ärzten ein ‚normales‘ Mittel der Kooperation, von dem die Psychotherapeuten bislang ausgeschlossen sind. Für Patienten ist auch immer wieder befremdlich, dass sie zwar die Praxisgebühr bei Psychotherapeuten bezahlen, die PP/KJP aber keine Überweisung sondern nur eine Quittung darüber ausstellen können. Dies ist keine Gleichstellung im System der vertragsärztlichen Versorgung, sondern eine deutliche Asymmetrie, die nicht fachlich begründet werden kann.

Bei Aufhebung dieser Beschränkungen in § 24 Abs. 11 BMV-Ä wäre es möglich, Patienten zum Facharzt für Psychiatrie zur medikamentösen Mitbehandlung zu überweisen, bei unklaren somatischen Beschwerden zur diagnostischen Abklärung an den Hausarzt zu überweisen, Case-Management zu übernehmen, offene Sprechstunden durchzuführen, in Ärztenetzen mitzuwirken. Zur Übernahme von Fall-Management, also zur Therapieziel- bzw. Interventionsplanung unter Einbeziehung weiterer Behandler und zur Planung anderer Unterstützungsmöglichkeiten ist es unerlässlich, solche Maßnahmen nicht nur

empfehlen, sondern auch einleiten zu können; dies gilt gleichermaßen für die Kooperation in Ärztenetzen.

Zu 6:

Bezüglich der Notfalleinweisung gelten in den Bundesländern die leicht unterschiedlichen Unterbringungsgesetze der Länder. Allen ist gemeinsam, dass Psychotherapeuten von dieser Befugnis ausgenommen sind, wie z.B. nach PsychKG NRW (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) zitiert:

Psych-KG NRW, § 14:

„Ist bei Gefahr im Verzug eine sofortige Unterbringung notwendig, kann die örtliche Ordnungsbehörde die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund vorliegt ... Zeugnisse ... sind grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten auszustellen, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind.“

Mindestens ‚Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie‘ werden verlangt – diese hat jeder approbierte PP/KJP vorzuweisen, trotzdem sind Psychotherapeuten von der Beteiligung an gesetzlicher Unterbringung nach § 12 und § 14 PsychKG-NRW ausgeschlossen.

Bei Aufhebung dieser Beschränkungen in den Unterbringungsgesetzen der Länder wäre es möglich, Patienten außerhalb von psychiatrischen Sprechzeiten ohne Umwege notfallmäßig unterzubringen, und damit auch offene Sprechstunden und Not-/Bereitschaftsdienste anzubieten. Statt mit einer Einweisung einen Krankenwagen rufen zu können, muss ein Psychotherapeut zurzeit den Notarzt bemühen, der mit ziemlicher Sicherheit von psychischen Erkrankungen weniger versteht als der Psychotherapeut. Dieser Umweg verursacht auch zusätzliche Kosten. Bei offenen Sprechstunden und erst recht bei z.B. Wochenend- oder Nachtdiensten ist mit krisenhaften Situationen von Patienten zu rechnen. Der Psychothera-

peut braucht dann entsprechende Befugnisse, um handlungsfähig zu sein.

Zu 7:

Die Leitung von Krankenhäusern bzw. Krankenhausabteilungen ist im § 107 SGB V und in den jeweiligen Krankenhausgesetzen der Länder geregelt.

§ 107 SGB V:

- „Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen“
- „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die... fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung...“.

Die Leitung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist im § 95 Abs. 1 SGB V auf Ärzte oder kooperative Leitung beschränkt:

§ 95 Abs.1 SGB V:

„MVZ sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen ... Sind in einem MVZ Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“

Für die sinnvolle und im Sinne der Krankenbehandlung höchst effektive Beteiligung von Psychotherapeuten nicht nur in psychiatrischen oder psychosomatischen Fachkliniken sondern auch im Konsiliar- und Liaisondienst an Regelkrankenhäusern, insbesondere z.B. in Kooperation mit unfallchirurgischen und onkologischen Stationen, gibt Albs-Fichtenberg (in diesem Heft) überzeugende Beispiele.

Bei Aufhebung dieser Beschränkungen in den §§ 107 bzw. 95 SGB V wäre es möglich, dass Psychotherapeuten die fachliche Leitung z.B. einer nicht-bettenführenden Konsil-/Liaison-Abteilung übernehmen, eine Trauma-Ambulanz oder ein psychosomatisch-psychotherapeutisch ausgerichtetes MVZ leiten.

Zu 8:

Psychotherapie ist nur als Richtlinienpsychotherapie definiert, zu finden im § 28 Abs. 3 SGB V, mit Verweis auf § 92 (Abs. 6a) SGB V:

§ 28 Abs. 3 SGB V:

„Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt.“

Die psychotherapeutischen Handlungsmöglichkeiten umfassen mehr, als die PT-Richtlinien zurzeit vorsehen. Es ist nicht plausibel, dass die optimale Versorgung von z.B. akut traumatisierten Menschen, von chronisch psychisch Kranken, von jugendlichen Patienten, von psychoonkologisch zu versorgenden Menschen usw. immer nach dem gleichen Muster ablaufen soll. Bei Aufhebung dieser Beschränkungen in § 28 Abs. 3 SGB V wäre es möglich, kurzfristige Kriseninterventionen bei akuten Störungen durchzuführen, chronisch psychisch Kranke besser zu versorgen, verschiedene Behandlungsformen je nach Erfordernis des Patienten miteinander zu kombinieren, z.B. Einzel- und Gruppenbehandlungen, ein-sichtsorientierte Gespräche neben Übungsbehandlungen, wie es im Klinikalltag selbstverständlich und erfolgreich ist (vgl. den Beitrag von Dörning in diesem Heft). Die Einführung eines Stepped Care-Vorgehens, d.h. flexible mehrschrittige Therapieplanung nach therapeutischer Notwendigkeit wäre z.B. bei Freigabe der Bewilligungskontingente möglich.

Zu 9:

Im EBM sind verschiedene Leistungen für Psychotherapeuten nicht vorgesehen, z.B.:

- keine offene Sprechstunde (analog Nr. 22221)
- keine antragsfreie Gruppentherapie (analog Nr. 22222)
- kein Zuschlag zur Behandlung am Samstag (Nr. 01102, 10 Euro).

- keine Behandlungs-/Beratungsziffer (analog Nr. 22221).

Auch die Aufhebung dieser Einschränkungen würde unsere Handlungs- und damit Versorgungsmöglichkeiten erweitern. Insbesondere die vielen bürokratischen Hemmnisse bei der Gruppenpsychotherapie (Aufwand zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung, in der Praxis oft nicht zu erfüllende Bedingungen bezüglich der Gruppengröße, viele Berichte an den Gutachter usw.) führen dazu, dass dieses oft sehr sinnvolle Verfahren fast nicht durchgeführt wird.

Das BMG hatte in seiner Ausschreibung des Forschungsgutachtens zur Reform der Psychotherapieausbildung auch nach Empfehlungen zur ‚Kompetenzerweiterung‘ gefragt. Um Kompetenzerweiterung geht es nur bei der Verordnung von Psychopharmaka, die hier nicht diskutiert wird. Die Gutachter hatten sich dafür ausgesprochen, den Psychotherapeuten die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die Einweisung in Krankenhäuser, das Ausstellen von AU-Bescheinigungen zuzusprechen. Diese Kompetenzen können bei jedem Psychotherapeuten vorausgesetzt werden, es geht um sozialrechtliche Befugnisse. Bezüglich der Zwangseinweisung hatten die Gutachter Bedenken; die anderen hier diskutierten Befugnisse hatten sie nicht untersucht.

Die Erweiterung der sozialrechtlichen Handlungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten wurde von den Gutachtern vor allem so begründet:

- *Psychotherapeuten können die Notwendigkeit verschiedener Maßnahmen meist besser erkennen als Hausärzte,*
- *Umwege werden vermieden, was vor allem in Krisen wichtig ist,*
- *eine bessere Verzahnung ambulanzstationär wird ermöglicht,*
- *das Case-Management des Psychotherapeuten wird gestärkt,*
- *die Wettbewerbssituation des Psychotherapeuten gegenüber Krankenhäusern (Ambulanzen)/MVZs und in Ärztenetzen wird gestärkt.*

Zur Frage der Kosten: Die Vergütung für flexible PT-Leistungen müsste in

der Größenordnung der Richtlinien-therapie liegen, sonst ist eine wirtschaftliche Praxisführung nicht möglich. Mögliche Erweiterungen wären kostenneutral, solange am Prinzip der zeitgebundenen Vergütung und der zeitorientierten Leistungsobergrenze festgehalten wird. 50 Minuten bleiben 50 Minuten, ob sie mit Richtlinien-therapie oder Krisenintervention etc. gefüllt werden, hat auf die benötigten Finanzmittel keinen Einfluss.

Die Aufhebung der Beschränkungen hinsichtlich Einweisung, Überweisung etc. würde keine zusätzlichen Kosten verursachen, im Gegenteil würden Umwege durch zusätzliche Arztbesuche und dadurch Zeit und Kosten eingespart.

In Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer Hessen und der Psychotherapeutenkammer NRW hat sich die überwiegende Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach gründlicher Diskussion von Vor- und Nachteilen der Befugnisse für die Befugniserweiterung ausgesprochen. Die Psychotherapeuten sind bereit, sich den Versorgungsfragen zu stellen und Verantwortung zu übernehmen. ■

Mechthild Lahme
Anne Spreyer
Gudrun von Stösser

Podiumsdiskussion: Psychische Erkrankungen – Wer versorgt wann, wie und warum?

Schon beinahe traditionsgemäß moderierte Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärzte-Zeitung, die abschließende Podiumsdiskussion unter der Überschrift: „Psychische Erkrankungen – Prioritäres Versorgungsproblem. Wer versorgt wann, wie und warum?“. Auf dem Podium die beiden Referenten Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, und Hans Dörning vom Forschungsinstitut ISEG zusammen mit Dieter Best, Bundesvorsitzender der DPTV. Zwischen dem Podium und den mehr als 100 Psychotherapeuten im Saal entfaltete sich eine angeregte Diskussion über die Probleme und möglichen Lösungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die Diskussion knüpfte erfolgreich an die zahlreichen Anregungen und Fragen aus der Vormittagsrunde an. Die wesentliche Diskussionslinie wird nachfolgend skizziert:

Ein Schwerpunkt, auf den zahlreiche Diskussionsbeiträge immer wieder aufsetzten, war die Frage nach den wahren Hintergründen für die faktische Zunahme psychischer Erkrankungen, wie sie durch die jährlichen Krankenkassenreporte und andere Studien belegt werden. Der Vertreter der Krankenkassen, Thomas Ballast, warf bereits am Vormittag die provokative Frage auf, inwiefern es sich überhaupt um eine tatsächlich steigende Inzidenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung handelt oder ob die wachsende Erkrankungsrate vielmehr



Literaturhinweis:

E. Behnen: Grundrechtlicher Spielraum für die Regelung der Profession des KJP, des EP, des PP oder des P sowie einfachgesetzliche Folgen einer Neuordnung für die Berufsangehörigen, Vortrag auf dem BPTK-Symposium September 2009 (vgl. Artikel in diesem Heft)

A. Benecke: Psychotherapie bei Diabetes, in: Psychotherapie Aktuell, 2/2009

Techniker-Krankenkasse: Gesundheitsreport 2010



Wolfgang van den Bergh,
Ärzte-Zeitung

das Ergebnis einer sensibleren Diagnostik und Enttabuisierung der Psychotherapie sei oder sogar eher die Effekte einer angebotsinduzierten Nachfrage widerspiegeln würden.

Aus den Reihen der Psychotherapeuten im Publikum wurde dagegen vermutet, dass es sich bei den Zahlen der Krankenkassen eigentlich nur um die *Spitze des Eisbergs* handeln dürfe, da sie u. a. nicht die wachsende Zahl der psychisch kranken älteren Menschen berücksichtigen, die mit Psychopharmaka behandelt werden, bei denen aber nie die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt würde.

Insgesamt zeigte die Diskussion, dass der Interpretationsspielraum bezüglich des tatsächlichen Bedarfs psychotherapeutischer Versorgung sehr weiträumig ist und für eine gezielte Versorgungssteuerung nach wie vor aussagekräftige Daten fehlen. Dieter Best verwies darauf, dass es keinerlei Studien gäbe, die diese Hintergründe differenziert beleuchten würden. Die überwiegende Zahl der Studien würde auf der Basis von Abrechnungsdiagnosen erstellt, die z. B. Komorbiditäten nicht ausreichend erfassten. Erste Klärungen zu diesen Fragen erwartet Best von einer Studie, die die DpTV und KBV initiiert haben. Diese Studie hat die Konsistenz der Abrechnungsdiagnose mit der im Gutachterverfahren festgestellten „wahren“ Diagnose zum Gegenstand der Untersuchung. Die Übereinstimmungsgüte beider Diagnosen könne als Indikator für die Validität und Brauchbarkeit der Daten der Krankenkassen gewertet werden. Weiterführende empirische Ergebnisse werden von einer eigens von der DpTV Anfang 2010 durchgeführten Befragung ihrer Mitglieder erwartet und an der 2.500 Psychotherapeuten teilgenommen haben. Dieses fundierte Zahlen-

werk lasse sicherlich Rückschlüsse zu Wartezeiten, zur Therapiedauer, Ausschöpfung der Therapiekontingente etc. zu, prognostizierte Best. Erste Ergebnisse zeigten, dass entgegen den Vermutungen, die Thomas Ballast am Vormittag äußerte, die bewilligten Behandlungskontingente nicht ausgeschöpft würden, sondern durchschnittlich pro Behandlung 38 Therapiestunden stattfänden, bei einer hohen Streuung, welche durchaus als Indiz für die individuelle Ausrichtung der Kontingente gewertet werden könne. Möglicherweise würden sich aus den Ergebnissen auch fundierte Vorschläge zur Änderung der Bedarfsplanung und zur Modifizierung des Gutachterverfahrens ableiten lassen, prognostizierte Best.

Zusätzliche Studien auf dem Gebiet der Versorgungsforschung seien unerlässlich, darüber waren sich alle Beteiligten einig. Routinedaten der Krankenkassen seien vorhanden, so der Epidemiologe Hans Dörning, vom ISEG Hannover. Ideal wäre eine Erweiterung durch die *Einbeziehung der Daten der Renten- und Unfallversicherer sowie der Berufsgenossenschaften*, verknüpft mit spezifischen Befragungen der Bevölkerung. Nur ein solcher Datenpool erlaube es, systematische Fragestellungen zu untersuchen. Das Podium appellierte an die nicht anwesenden Politiker, entsprechend der Koalitionsvereinbarungen, gesetzliche Vorgaben zu erlassen, so dass auch auf den Gebieten Forschung betrieben werden könne, an der die Industrie kein Forschungsinteresse hat. Die DpTV hat Umsetzungsvorschläge bereits an die Politik geleitet.

Wachsende Komorbiditäten und lange Zeitspannen bis zur sicheren Abklärung der richtigen Diagnose vergrößern das Leid der Patienten. Eine „echte“ Bedarfsermittlung statt dem Verharren in veralteten Planungsstrukturen und eine bessere Umverteilung der Gelder im System, waren die Forderungen der anwesenden Psychotherapeuten. Ballast wies ausdrücklich darauf hin, dass aus Sicht der Kassen weiterhin eine Angebotsplanung gebraucht würde, auch wenn die derzeitige Steuerung antiquiert sei. Es müsse u. a. die Feminisierung des Berufes und das Stadt-

Land-Gefälle eingearbeitet werden, was auch in den entscheidenden Gremien des G-BA berücksichtigt werde.

Unerlässlich für die verbesserte Patientenversorgung, darüber waren sich die praktizierenden Psychotherapeuten einig, sei eine *Erweiterung der im SGB V begrenzten sozialrechtlichen Befugnisse für Psychotherapeuten*. Gefordert wurde die Möglichkeit, Krankenhauseinweisungen zu veranlassen, wenn psychische Erkrankungen vorliegen, die Überweisung zu Fachärzten und AU-Bescheinigungen ausstellen zu können und die Verordnung von Heilmitteln, sowie die Übernahme der Leitung von Abteilungen in Krankenhäusern. Darüber sei man sich innerhalb der Profession einig, diese Möglichkeit, die jedem Psychotherapeuten danach frei stehe zu nutzen, bringen den Patienten durchweg Vorteile, so Best. Die anwesenden Psychotherapeuten untermauerten die Forderung durch zahlreiche Beispiele aus ihrem Praxisalltag. Im Ergebnis ließen sich die Wege der Patienten verkürzen, die psychische Belastung reduzieren, zeitliche Reibungsverluste vermeiden und somit letztendlich die Therapieziele schneller erreichen. Thomas Ballast als Vertreter der Kassen hielt einzelne Befugnisweiterungen für Psychotherapeuten für unterstützenswert, wenn sie denn für die Kassen kostengünstig seien. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Überweisungen zum Facharzt aber sollten den Hausärzten, als Lotsen im System, vorbehalten bleiben. Darauf entfaltete sich eine Kontroverse. Der Eindruck der in der Praxis tätigen Psychotherapeuten zeigte, das Hausärzte aufgrund der Vielzahl ihrer Patienten, mit den psychischen Störungen, oftmals überlastet und die Lotsenfunktion nur unzureichend ausüben könnten. Zur Optimierung der interdisziplinären Versorgung der Patienten mit psychischen Erkrankungen in Hausarztpraxen hat die DpTV deshalb ein *Modell für ein geregelteres Konsiliarverfahren* entwickelt, was mit Kassen erprobt werden kann. Erste Gespräche zur Umsetzung werden derzeit geführt, so Dieter Best.

Der gesamte Tag und die abschließende Diskussion haben verdeutlicht, dass die Psychotherapeuten Lösungen und Modelle zur Verbesserung der Versorgung anzubieten haben. Dieter Best

bekräftigte abschließend, dass der Verband weiterhin das Gespräch mit der Politik suchen und die Vorschläge und Forderungen in den Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachdrücklich vertreten werde. Er äußerte sich zuversichtlich, weitere Unterstützung zu finden, um diese Forderungen baldmöglichst umsetzen zu können, zum Wohle der Patienten und zur Stützung der Psychotherapeuten im Gesundheitssystem. ■



Mechthild Lahme

Wissenschaftliche Referentin in der Bundesgeschäftsstelle der DpTV



Anne Spreyer

Wissenschaftliche Referentin in der Bundesgeschäftsstelle der DpTV



Gudrun von Stösser

Assistentin der Geschäftsführung/ Informationsmanagement in der Bundesgeschäftsstelle der DpTV



Dr. Andreas Soljan,
DpTV-Landesgruppe Nordrhein