



Psychotherapie **Aktuell**

- ❑ Zunahme Psychischer Erkrankungen
– Antworten für die Versorgung
- ❑ Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie
- ❑ Neue Aufgaben für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

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!