

Ausgabe Juni 2011

Wartezeiten in der Psychotherapie

Inhalt:

- *BPtK-Studie: Behandlungskapazitäten erheblich unter dem Bedarf*
- *Patientin in Düsseldorf*
- *Praxis in Dortmund*
- *Bedarfsplanung*
- *Kosten psychischer Erkrankungen*
- *Psychotherapeutische Versorgungsdichte in Deutschland*
- *Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frührenten*
- *Interview mit Allgemeinarzt Dr. Jan Erik Döllein*
- *Bulimie-Patientin*
- *Praxis in Sachsen*
- *Verträge zur integrierten Versorgung*

Psychisch kranke Menschen suchen vergeblich einen Psychotherapeuten

BPtK-Studie: Behandlungskapazitäten erheblich unter dem Bedarf

Psychisch kranke Menschen suchen in Deutschland oft vergeblich nach einem Psychotherapeuten, der sie rechtzeitig behandeln kann. Dies zeigt eine neue Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) unter mehr als 9.000 niedergelassenen Psychotherapeuten. Danach beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten drei Monate. Die Behandlung beginnt im Schnitt erst knapp sechs Monate nach der Anfrage. „Ein psychisch kranker Patient, der dringend eine Behandlung benötigt, hat praktisch kaum eine Chance, kurzfristig einen Psychotherapeuten zu finden“, stellt BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter fest.

Drei Monate Wartezeit

Psychisch kranken Menschen wird in der Regel eine aufwen-

dige, zeitraubende und häufig vergebliche Suche nach einem niedergelassenen Psychotherapeuten zugemutet. „Viele Patienten geben während der wochenlangen Suche nach einem Psychotherapeuten entmutigt auf und verzichten dann ganz auf eine Behandlung“, berichtet BPtK-Präsident Richter. Wer keinen ambulanten Behandlungsplatz findet, wird dann notfalls in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus oder einer psychosomatischen Klinik stationär behandelt, obwohl es besser wäre, erst ambulant und nur bei schweren Erkrankungen stationär zu behandeln.

Durch die monatelange Wartezeit erhöht sich das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, dass sie wiederkehren oder chronisch werden. „Die Wartezeiten auf eine psychothera-

peutische Behandlung sind viel zu lang und schaden den Patienten“, stellt Richter fest. „Wir fordern deshalb, die psychotherapeutische Versorgung so zu verbessern, dass Patienten nicht länger als drei Wochen auf ein erstes diagnostisches Gespräch warten müssen. Dazu müssen mehr Psychotherapeuten ambulant arbeiten können. Die Behauptung der Krankenkassen, die psychotherapeutische Versorgung sei ausreichend, ist durch die langen Wartezeiten – wieder einmal – deutlich widerlegt.“

Steigender Bedarf

Der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen ist in den vergangenen Jahrzehnten nachweislich gestiegen. Die Menschen leiden heute weit häufiger unter psychosozialen Belastungen als frü-

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zentrales Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes ist es, die ambulante medizinische Versorgung patienten- und bedarfsgerecht zu gestalten. Ärzte und Psychotherapeuten sollen flächendeckend und wohnortnah verfügbar, die Entfernung zu einer Praxis und die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin zumutbar sein. Dies ist in der psychotherapeutischen Versorgung noch längst nicht der Fall. Für psychisch kranke Menschen sind Verbesserungen dringend erforderlich. Die Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung steigt seit Jahren. Psychische Krankheiten führen immer häufiger zur Arbeitsunfähigkeit und sind die Hauptursache von Frühverrentungen in Deutschland. Das Gesundheitssystem wird diesem steigenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nicht gerecht. Patienten warten monatelang auf eine ambulante Psychotherapie – mit der Folge, dass sich die psychischen Krankheiten verschlimmern, verlängern und später erneut auftreten. Im Gesundheitssystem und in der Volkswirtschaft wären Kosten in Milliardenhöhe vermeidbar. Wir halten es für dringend erforderlich, mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Versorgungssituation auch für psychisch kranke Menschen zu verbessern!

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Fortsetzung von Seite 1

her. Psychische Krankheiten beginnen früher und verlaufen häufiger chronisch als lange Zeit angenommen. Während Arbeitnehmer immer seltener aufgrund körperlicher Erkrankungen arbeitsunfähig sind, steigt die Zahl der Fehltage am Arbeitsplatz aufgrund psychischer Erkrankungen. Nach der Auswertung der BPTK für 2010 gehen inzwischen rund 12 Prozent aller Tage, die Arbeitnehmer krankgeschrieben sind, auf psychische Erkrankungen zurück. Die langen Wartezeiten zeigen, dass die aktuelle psychotherapeutische Versorgung diesen gestiegenen Bedarf nicht decken kann. Psychotherapie ist als wirksame Behandlungsmethode wissenschaftlich anerkannt. Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie ist nach evidenzbasierten Leitlinien und Patientenpräferenzen das Mittel der Wahl.

Stadt und Land unterscheiden sich vor allem in den besonders langen Wartezeiten (mehr als drei Monate), die aus Sicht der BPTK auf keinen Fall zumutbar sind. In Großstädten liegt der Anteil der Wartezeiten von mehr als drei Monaten bei 20 bis 25 Prozent, auf dem Land bei 40 bis 50 Prozent. Aber auch im Ruhrgebiet warten 45 Prozent der psychisch kranken Menschen länger als drei Monate auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung.

Ruhrgebiet

Die Situation im Ruhrgebiet ist besonders schlecht, weil der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Großstädte bei der Bedarfsplanung wie Kreisstädte eingestuft hat. Nach den geltenden Richtlinien sind in Großstädten 38,8 Psychotherapeuten vorgesehen, um 100.000 Einwohner psychotherapeutisch zu versorgen. Für

Tatsächlich treten psychische Erkrankungen in Städten etwas häufiger als im ländlichen Bereich auf. In Großstädten erkranken 34 Prozent der Menschen innerhalb von 12 Monaten an einer psychischen Erkrankung, im Ruhrgebiet sind es 33,3 Prozent. In ländlichen Regionen ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen etwas niedriger (26 Prozent). Die Richtlinien des G-BA gehen jedoch fälschlicherweise davon aus, dass die Menschen auf dem Land um rund 90 Prozent seltener psychisch erkranken als in der Stadt.

Großstädte

In Städten mit mehr als einer Million Einwohnern (Berlin, Hamburg, Köln, München) beträgt die Wartezeit knapp neun Wochen und ist damit um drei bis vier Wochen kürzer als im Bundesdurchschnitt (12,5). Dort arbeiten durchschnittlich mehr als 50 niedergelassene Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. In Hamburg sind es 51, in Berlin 62, in Köln 63 und in München 77 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner.

Trotz der langen Wartezeiten gelten innerhalb der Bedarfsplanung alle Millionenstädte als überversorgt, mit Versorgungsgraden zwischen 142,3 (Hamburg) und 198,3 Prozent (München). Dabei berichtet dort sogar knapp jeder fünfte niedergelassene Psychotherapeut (Hamburg: 17,5 Prozent; Berlin: 19,6 Prozent; Köln: 18,6 Prozent) über Wartezeiten von mehr als drei Monaten. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass es selbst in vermeintlich gut versorgten Großstädten noch für viele Patienten zu inakzeptablen Wartezeiten kommt.

Tabelle: Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie

Wartezeit auf ein Erstgespräch	Kernstädte	Hochverdichtete Kreise	Ländliche Kreise	Sonderregion „Ruhrgebiet“
In Wochen (Mittelwerte)	9,3	14,7	15,3	17,0
Anteil über drei Wochen (Prozent)	63,5	77,5	80,5	82,1

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2011

Stadt und Land

Wartezeiten bestehen sowohl in den Städten als auch auf dem Land. In Großstädten müssen die Patienten bei knapp zwei Drittel, auf dem Land sogar bei 80 Prozent der Psychotherapeuten länger als drei Wochen warten. Besonders schlecht ist die psychotherapeutische Versorgung im Ruhrgebiet, wo der Anteil der Wartezeiten von über drei Wochen bei 82 Prozent liegt. Zum Vergleich: Nur drei Prozent der Patienten bei einem Hausarzt warten länger als drei Wochen auf einen Termin, bei Fachärzten etwa 20 Prozent.

das Ruhrgebiet schuf der G-BA jedoch eine „Sonderregion“, in der 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ausreichen sollen. Tatsächlich arbeiten im Ruhrgebiet durchschnittlich 15 bis 20 niedergelassene Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Deshalb gilt das Ruhrgebiet in der amtlichen Statistik sogar mit 150 bis 200 Prozent als „überversorgt“. Die überdurchschnittlich langen Wartezeiten in den Großstädten des Ruhrgebietes zeigen, wie dramatisch die Bedarfsplanungs-Richtlinie für die psychotherapeutische Versorgung den tatsächlichen Bedarf unterschätzt.

40 bis 50 Anrufe – Patientin in Düsseldorf

Der Zusammenbruch kam überraschend: Eine Gesichtshälfte war gelähmt, das Herz raste und der Blutdruck erreichte Rekordmarken. „Schlaganfall“ befürchtete Zora T. aus Düsseldorf. „Klassischer Burn-out“ sagten die Ärzte im Krankenhaus, „Panikstörung“ der Psychotherapeut, aber der kam erst viel später ins Spiel.

Viel zu spät, sagt Zora T. heute. Zum einen, weil sie selbst nicht wahrhaben wollte, wie sie psychisch über ihre Grenzen ging. „Ich schob jahrelang die inneren Schubladen, die sich einfach von alleine öffneten, lieber wieder zu.“ Zum anderen, weil sie sich nach dem Zusammenbruch zwar eingestehen konnte, dass sie Hilfe brauchte, aber monatelang keine fand. 40 bis 50 Psychotherapeuten habe sie durchtelefoniert, berichtet sie, den gesamten Düsseldorfer Süden bis nach Köln – und keiner hatte Zeit.

Jedenfalls nicht sofort, sondern erst in acht, neun Monaten. Bei manchem sollte es über ein Jahr dauern, bis mit einem freien Termin zu rechnen war. „Eine unerträglich lange Wartezeit“, empört sich Zora T. noch heute. „Mir ging es immer schlechter und keiner war da.“ Sie arbeitete weiter, bis der Körper erneut den Schalter für den Nothalt drückte und sie zwangsweise aus dem Rennen nahm. „Man kann viel aushalten“, hatte sie immer gedacht. Es kann auch zu viel werden, stellte sie jetzt fest.

Durch Vermittlung des Hausarztes bekam sie schließlich – schneller als erwartet – einen Termin bei einem Psychotherapeuten. „Endlich ein Lichtblick“, dachte sie im ersten Moment, „Schreck lass nach“ im zweiten. „Was passiert überhaupt in einer Psychotherapie?“, fragte sie sich jetzt. „Bloß nicht zu viel preisgeben“, hatte sie gedacht. Wie

vieles Andere entschied Zora T. auch dies aus dem Bauch heraus: Zum Beispiel dass dem Fremden, der ihr gegenüber saß, zu trauen war. Erstaunlicherweise gewann sie gleich in der ersten Stunde den Eindruck, dass der Psychotherapeut sie verstand, obwohl er sie doch gar nicht kannte. Das Eis war damit gebrochen, die therapeutische Arbeit lag aber noch vor ihr und war weit anstrengender als manches Andere, das sie sich bisher in ihrem Leben vorgenommen hatte. Doch Schritt für Schritt gelang es Zora T., eine dieser Schubladen nach der anderen zu öffnen und nach Monaten intensiver Auseinandersetzung mit sich und ihren Erinnerungen wieder eine größere innere Stabilität zu erreichen. Bis heute aber bleibt das Kopfschütteln, warum es in einem Moment der größten Not so lange dauerte, bis ein Psychotherapeut verfügbar war.

BPtK-Spezial



Patienten warten monatelang – Praxis in Dortmund

Peter Santura kann sich die Sätze schon nicht mehr sagen hören: „Nein, ich habe kurzfristig keinen Therapieplatz frei. Nein, ich habe in den nächsten Monaten schon alle Termine vergeben. Nein, es geht leider nicht!“. Viele Patienten, die ihn anrufen, haben schon vom Hausarzt oder Bekannten gehört, dass in den psychotherapeutischen Praxen in Dortmund nichts mehr geht, jedenfalls nicht kurzfristig. Sechs bis neun Monate müssen Patienten bei Peter Santura auf einen freien Therapieplatz warten. „Ich bin Psychotherapeut geworden, um Menschen zu helfen, und nicht, um sie abzuweisen“, sagt Santura. „Die psychotherapeutische Versorgung in Dortmund ist desaströs und muss dringend verbessert werden.“

Peter Santura ist Psychologischer Psychotherapeut für Erwachsene und Kinder. Seine Praxis platzt aus allen Nähten. 20 bis 30 Anfragen bekommt er im Monat. Manche Anrufer haben schon alle Einträge in den Gelben Seiten runtertelefoniert und haben doch nicht mehr als einen Platz auf der Warteliste angeboten bekommen. Immer wieder erzählen sie deshalb schon am Telefon ihr ganzes Leid. Immer wieder fordern sie: „Ich brauche Ihre Hilfe jetzt!“ und immer wieder stellt sich für Peter Santura die Frage: „Ist es überhaupt zu verantworten, den Patienten dieses monatelange Warten zuzumuten?“.

Dortmund gehört in der Bedarfsplanung zur „Sonderregion“ Ruhrgebiet. Das heißt: Die Großstädte des Ruhrgebiets werden nicht als Großstädte eingestuft, sondern als Kreisstädte. Deshalb liegt der offizielle Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen in Dortmund deutlich unter dem Bedarf von anderen deutschen Großstädten. In Düsseldorf oder Köln gelten 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner als ausreichend, in Dortmund sind es nur 11,4. Tatsächlich arbeiten in Dortmund 21 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Deshalb gilt die Stadt mit 191 Prozent als „überversorgt“. Würde Dortmund nicht als Kreis-, sondern als Großstadt in die Bedarfsplanung eingehen, wäre es dagegen mit 56 Prozent erheblich unterversorgt: Dies erklärt, warum Peter Santura, Psychotherapeut in Dortmund, nicht mehr weiß, wie er die vielen Anfragen nach einem Therapieplatz beantworten soll.

Santura verweist an Kliniken und Krisenzentren oder an die Kassenärztliche Vereinigung. Doch das strukturelle Problem ist von einer einzelnen Praxis einfach nicht zu lösen: In Dortmund herrscht ein gravierender Mangel an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen.

Von Anfang an unterschätzt – Wie die Bedarfsplanung den Mangel zum Soll erklärte

Die Obergrenzen für die Zahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen wurden geschaffen, um in den 1980er Jahren die gesetzliche Krankenversicherung vor einer „Ärztenschwemme“ zu schützen. Wo viele Ärzte waren, sollten sich nicht noch mehr Ärzte niederlassen dürfen. Die amtliche Versorgungsplanung führte eine Kapazitätsgrenze und damit Kostenbremse ein, mit der die Zahl von Praxen in einer Stadt oder einem Landkreis beschränkt wurde.

Der so genannte „Bedarf“ war vielmehr eine politische Festlegung der maximalen ärztlichen Behandlungskapazität. Da sich im Jahr 1990 mehr Praxen in den Städten als auf dem Land befanden, führte dies zu regional unterschiedlichen Obergrenzen für die Niederlassung. Dabei wurde auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung zurückgegriffen, die wesentlich auf die Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte eines Kreises abstellen. Die Obergrenze für die meisten Arztgruppen entspricht deshalb dem durchschnittlichen Verhältnis von Einwohnern und Ärzten je Kreistyp im Jahr 1990.

In den 1990er Jahren bestand eine erhebliche psychotherapeutische Unterversorgung. Dieses war 1998 ein Grund für den Gesetzgeber, mit dem Psychotherapeutengesetz die Heilberufe des „Psychologischen Psychotherapeuten“ und des „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ zu schaffen. Für Psychotherapeuten war der Stichtag zur Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahl deshalb der 31. August 1999. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten basierte – anders als bei den Ärzten – deshalb nicht auf einer psychotherapeutischen Versorgung, die über Jahrzehnte gewachsen war, sondern auf der Zahl von Psychotherapeuten, die es geschafft hatten, innerhalb von nur acht Monaten eine Zulassung zu erhalten. Die mögli-

chen Niederlassungen spiegeln damit die massive Unterversorgung in ambulanter Psychotherapie wider, die es bis 1999 in Deutschland gab und die ein wesentlicher Grund für das Psychotherapeutengesetz war. Der gewählte Stichtag führte sogar zu einer Verschärfung der Unterversorgung, weil damals in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen Anträge von bereits vor dem Gesetz tätigen niedergelassenen Psychotherapeuten auf Zulassung noch gar nicht bearbeitet waren.

Diese Festlegung des „Versorgungsbedarfs“ führte zu einer weiteren Fehlsteuerung: Die Obergrenzen für psychotherapeutische Praxen liegen besonders weit auseinander. In Großstädten sind 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner vorgesehen, auf dem Land sind es nur 4,3. Eine solche Spreizung findet sich in keiner anderen Arztgruppe. Bei Psychotherapeuten beträgt sie 9:1, bei Nervenärzten nur 4:1. Ein dünn besiedelter Flächenkreis wie z. B. Bitburg-Prüm in der Eifel gilt deshalb mit 317 Prozent als „überversorgt“, obwohl dort nur elf Psychotherapeuten arbeiten und damit weniger als halb so viele Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner wie im Bundesdurchschnitt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzte die siedlungsstrukturelle Einteilung der deutschen Kreise noch um eine „Sonderregion“ Ruhrgebiet, in der er die Großstädte an Rhein und Ruhr zu Kreisstädten herabstufte. Die vorgesehene Zahl für psychotherapeutische Praxen sank dort dadurch von 38,8 Praxen je 100.000 Einwohner auf 11,4 Praxen.

**Tabelle : „Allgemeine Verhältniszahl“ je Planungsbereich
(Versorgungsdichte in Psychotherapeuten/100.000 Einwohner)**

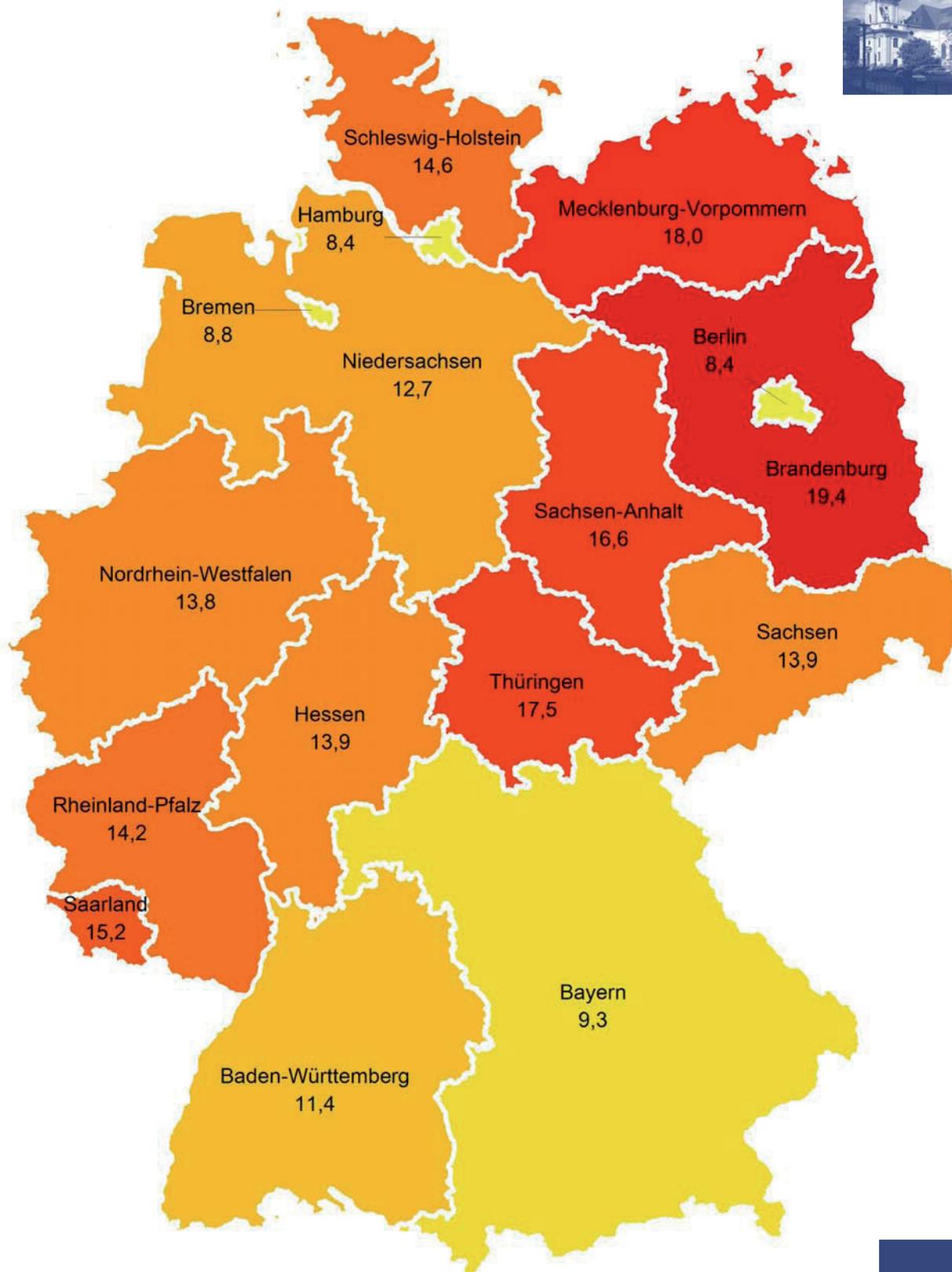
Kreistyp	Raumgliederung	Allgemeine Verhältniszahl: Einwohner/ Psychotherapeuten	Umrechnung in Psychotherapeuten/100.000 Einwohner
Große Verdichtungsräume			
1	Kernstädte	2.577	38,8
2	Hochverdichtete Kreise	8.129	12,3
3	Normalverdichtete Kreise	10.139	9,9
4	Ländliche Kreise	15.692	6,4
Verdichtungsansätze			
5	Kernstädte	3.203	31,2
6	Normalverdichtete Kreise	8.389	11,9
7	Ländliche Kreise	16.615	6,0
Ländliche Regionen			
8	Verdichtete Kreise	10.338	9,7
9	Ländliche Kreise	23.106	4,3
Sonderregion			
10	Ruhrgebiet	8.743	11,4

Ausnahmen sind seither aufgrund eines festgestellten Sonderbedarfs zulässig.

Der Gesetzgeber legte fest, dass es nicht mehr ärztliche Praxen geben soll als im Jahr 1990 und erklärte gleichzeitig diese Zahl zum „Versorgungsbedarf“. Mit der Morbidität der Bevölkerung, also dem tatsächlichen Behandlungsbedarf, hatte diese Obergrenze aber schon damals nichts zu



Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Wochen



Kosten psychischer Erkrankungen

In den letzten beiden Dekaden ist die epidemiologische Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Wohlergehen des Einzelnen, aber auch aufgrund ihrer gesundheitsökonomischen Kosten für die Gesellschaft zunehmend deutlich geworden. Dabei beginnen psychische Erkrankungen früher und verlaufen häufiger chronisch als dies lange angenommen wurde. Die Krankheitskosten psychischer Erkrankungen sind in Deutschland laut Statistischem Bundesamt zwischen 1993 und 2008 von 19,1 Milliarden auf 28,7 Milliarden Euro gestiegen.

Da psychisch Kranke häufig schwer eingeschränkt sind und ihre alltäglichen Aufgaben nicht erfüllen können, entstehen nicht nur hohe direkte Kosten (Behandlungskosten), sondern auch immense indirekte Kosten, z. B. durch Arbeitsunfähigkeitszeiten, Frühberentungen und niedrigere Arbeitsproduktivität. So liegen nach einer europaweiten Studie (Andlin-Sobocki et al. 2005) im Fall der Depression die indirekten Kosten mit rund 50 Prozent deutlich über den direkten Kosten mit 31 Prozent.

Trends der letzten Jahre und Prognosen der WHO machen deutlich, dass die Bedeutung der psychischen Morbidität im Spektrum der Erkrankungen in den kommenden Jahren noch weiter zunehmen wird. Der WHO zufolge haben die psychischen Erkrankungen in den europäischen Staaten bereits heute einen Anteil von 20 Prozent an den Krankheitsbelastungen insgesamt.

Höhere Kosten durch Arzneimittel als für Psychotherapie

Die Kosten durch Arzneimittel liegen höher als die für ambulante Psychotherapie. Im Jahr 2009 zählten mit den Psycholeptika und Psychoanaleptika die

beiden wichtigsten Arzneimittelgruppen für die Behandlung psychischer Erkrankungen zu den verordnungstärksten Arzneimitteln (Arzneimittelverordnungsreport 2010). Zusammen beliefen sich ihre Kosten auf knapp 2,5 Milliarden Euro. Dabei hatte sich für die Gruppe der Psycholeptika gegenüber dem Vorjahr ein Umsatzzuwachs von knapp 14 Prozent ergeben, bei den Psychoanaleptika 3,5 Prozent.

Etwa die Hälfte der genehmigungspflichtigen ambulanten Psychotherapien in der gesetzlichen Krankenversicherung wird als Kurzzeittherapie mit bis zu 25 Behandlungsstunden durchgeführt mit Kosten von insgesamt maximal 2.300 Euro. Durchschnittlich dauert eine ambulante Psychotherapie etwa 46 Stunden, was Gesamtkosten von rund 3.700 Euro je Patient entspricht. Im Jahr 2010 wurden für die Richtlinienpsychotherapie bei insgesamt ca. einer Million Patienten ca. 1,3 Milliarden Euro ausgegeben.

Krankenhaus und Rehabilitation

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2009 etwa 1.151.000 Fälle stationär im Krankenhaus behandelt. Drei Viertel dieser Patienten wurden in entsprechend spezialisierten Fachabteilungen versorgt. Auf der Basis der Statistiken zu den Tagespflegesätzen lassen sich die Gesamtkosten der stationären Behandlung in diesen Fachabteilungen auf ca. 4,6 Milliarden Euro beziffern.

Psychische Erkrankungen zählen auch zu den häufigsten Gründen für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung. Im Jahr 2009 wurden 115.339 Patienten wegen psychischen Störungen ohne Suchterkrankungen durchschnittlich 40 Tage behandelt. Darüber hinaus wurden bei

insgesamt 47.073 Patienten stationäre Entwöhnungsbehandlungen von durchschnittlich 88 Tagen durchgeführt. Bei geschätzten Kosten pro Pflgetag von ca. 110 Euro beliefen sich die Kosten der stationären Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen auf 960 Millionen Euro im Jahr.

Lohnfortzahlung und Krankengeld

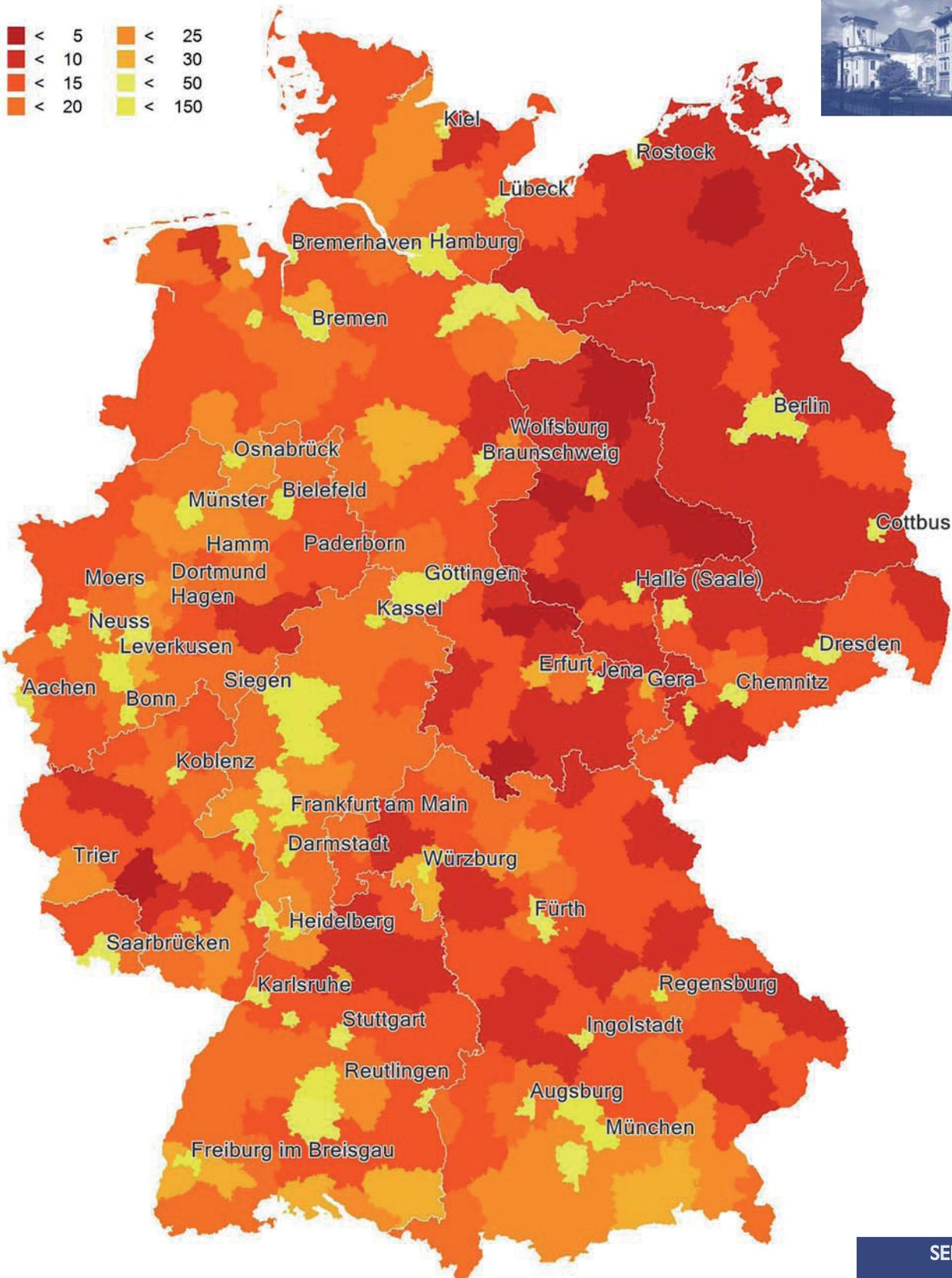
Inzwischen gehen 12 Prozent aller Tage, die Arbeitnehmer krankgeschrieben sind, auf psychische Erkrankungen zurück. Die Ausgaben für Krankengeld stiegen 2010 weiter um acht Prozent auf inzwischen knapp acht Milliarden Euro. Grund dafür ist insbesondere „eine starke Zunahme langwieriger psychischer Erkrankungen“ (Bundesministerium für Gesundheit). Auf Basis der Daten der Techniker Krankenkasse und des BKK-Bundesverbandes lässt sich hochrechnen, dass gut ein Viertel der Krankengeldzahlungen aufgrund psychischer Erkrankungen erfolgt. Dies beläuft sich auf rund 2 Milliarden Euro.

Erwerbsminderung

Psychische Erkrankungen führen außerdem immer häufiger zur Erwerbsunfähigkeit: Zwischen 1993 und 2009 gab es in absoluten Zahlen einen Anstieg von 41.409 Neuberentungen auf 46.469. Das entspricht einem Anstieg von mehr als 50 Prozent. In den vergangenen 17 Jahren erfolgten insgesamt 900.000 vorzeitige Berentungen wegen psychischer Erkrankungen. Dadurch entstehen pro Jahr Kosten in Höhe von mehr als vier Milliarden Euro. Dabei ist noch nicht mit eingerechnet, dass das durchschnittliche Berentungsalter bei psychischen Erkrankungen mit 48 Jahren um mehr als drei Jahre niedriger als bei anderen Erkrankungsarten liegt, sodass die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten nochmals höher ausfallen.

Psychotherapeutische Versorgungsdichte (Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner)

BPtK-Spezial



Regionale Verzerrungen: Psychotherapeutische Versorgungsdichte und Morbidität

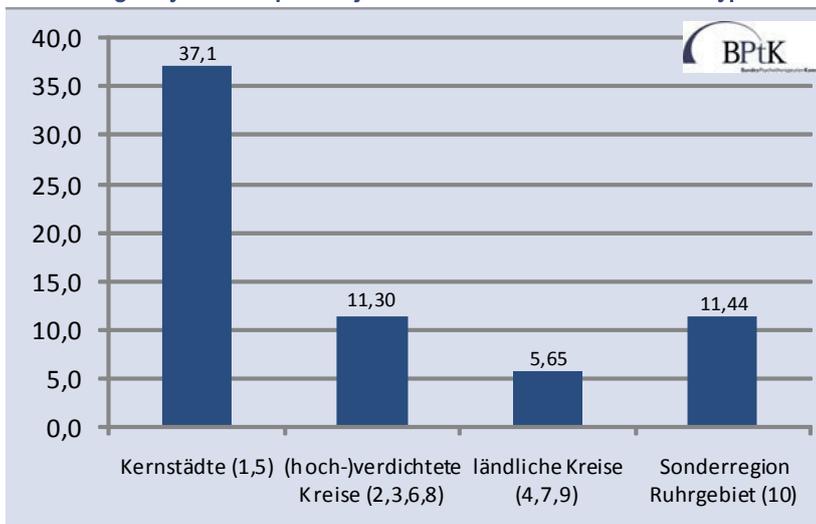
Nach der Systematik der Bedarfsplanung werden in Kernstädten zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen 37 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner gebraucht, in ländlichen Kreisen dagegen nur sechs (Abbildung). Dies entspricht der durchschnittlichen Relation von Psychotherapeuten

Diese Vorgaben führen zu einer systematischen regionalen Versorgungsungerechtigkeit. Das belegen Re-Analysen des Bundesgesundheits surveys durch die BPTK. Im Bundesgesundheits survey wurden Ende der 1990er Jahre repräsentativ die Prävalenzen psychischer Erkrankungen in Deutschland erhoben.

zur Psychotherapeutendichte ermittelt wurden.

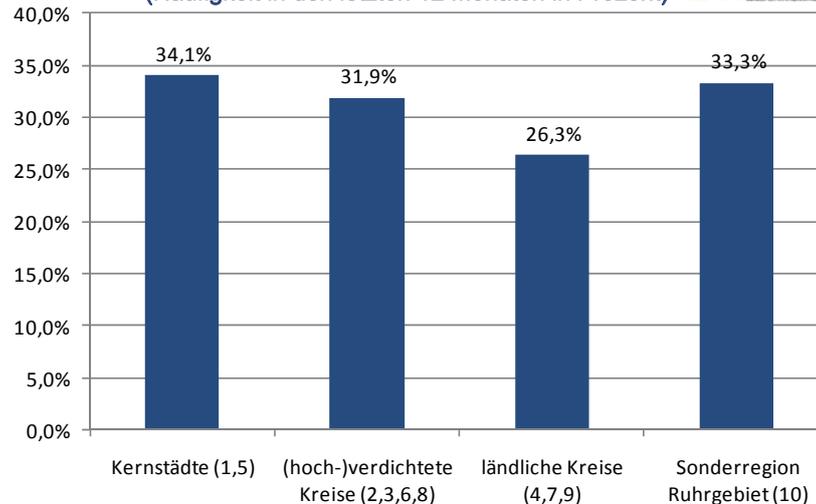
Die in vier Kategorien zusammengefassten Kreistypen weisen nur relativ geringe Morbiditätsunterschiede auf. Während in ländlichen Kreisen etwa 26 Prozent der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer psychischen Erkrankung leiden, sind es in den Kernstädten 34 Prozent. Die Verbreitung psychischer Erkrankungen ist damit in ländlichen Kreisen um rund ein Viertel geringer als in Kernstädten. Demgegenüber liegen die für diese ländlichen Kreise vorgegebenen Verhältniszahlen (Einwohner pro Psychotherapeut) gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie um bis zu 89 Prozent niedriger als in den Kernstädten. Auch die nach der Bedarfsplanung in ländlichen Kreisen vorgegebenen Verhältniszahlen für Nervenärzte bzw. Psychiater sind im Vergleich zu Kernstädten um bis zu 75 Prozent abgesenkt.

Abbildung: Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Kreistypen



Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie, Stichtag: 31.08.1999

Abbildung: Psychische Erkrankungen nach Kreistypen (Häufigkeit in den letzten 12 Monaten in Prozent)



Quelle: Berechnungen der BPTK auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys, 1998

Es zeigt sich deutlich, dass die regionalen Verhältniszahlen der beiden zentralen Leistungserbringergruppen für Patienten mit psychischen Erkrankungen von der tatsächlichen Verbreitung psychischer Erkrankungen massiv abweichen. Dabei kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass die Landbevölkerung durch die Leistungserbringer in Kernstädten, in denen die Behandlerdichte deutlich höher ist, mitversorgt werden. Insbesondere in großflächigen ländlichen Regionen fern einer Großstadt kann eine psychotherapeutische Behandlung, die in der Regel mindestens einmal wöchentlich erfolgt, von vielen psychisch kranken Menschen nicht in Anspruch genommen werden. In weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns bspw. ist die nächste Kernstadt über 100 km entfernt.

peuten und Bevölkerung in den Kreistypen 1 und 5 im Jahr 1999 und entspricht damit einem Versorgungsgrad von 100 Prozent.

Es liegen also etwa für den gleichen Zeitraum regionale Daten zur Morbidität der Bevölkerung vor, in dem für die Bedarfsplanung die regionalen Vorgaben

Wachsender Handlungsbedarf: Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frührenten

BPtK-Spezial



Der Trend ist ungebrochen: Deutsche Arbeitnehmer sind immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig. Nach Angaben der Betriebskrankenkassen entfielen 1976 noch 46 Tage pro 100 Versicherte auf psychische Erkrankungen. Aktuell sind es bei allen großen gesetzlichen Krankenkassen bereits mehr als 150 Tage. Mittlerweile gehen rund 12 Prozent aller betrieblichen Fehltage auf psychische Erkrankungen zurück. Im Vergleich zu den 1970er oder 1980er Jahren werden deutlich weniger Fehltage durch körperliche Krankheiten verursacht. Bei allen großen gesetzlichen Krankenkassen zeigt sich ein einheitlicher Trend, dass psychische Erkrankungen bei den betrieblichen Fehltagen immer häufiger auftreten. Studien zeigen außerdem, dass psychische Erkrankungen bei immer jüngeren Menschen auftreten.

Depressionen dominieren

Psychische Erkrankungen führen zu verhältnismäßig langer Arbeitsunfähigkeit, durchschnittlich zwischen drei und sechs Wochen. Demgegenüber fällt ein Arbeitnehmer mit einer Atemwegeerkrankung nur etwa eine Woche aus. Deutsche Arbeitnehmer erkranken am häufigsten an Depressionen, gefolgt von psychischen Erkrankungen, die durch belastende oder traumatische Lebensereignisse hervorgerufen werden (Belastungsreaktionen

oder Anpassungsstörungen). Danach folgen somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden, die keine organische Ursache haben, und „unspezifisch-neurotische Diagnosen“. Depressionen verursachen deutlich längere Krankschreibungen als Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. Patienten mit Depressionen sind zwischen fünf und acht Wochen nicht arbeitsfähig, manche fallen sogar 13 Wochen lang aus. Die Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich über die Jahre nicht nennenswert verändert.

sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 37,7 Prozent im Jahr 2009 mehr als verdoppelt. Frauen sind hiervon nochmals stärker betroffen, bei denen 43,9 Prozent der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf psychische Erkrankungen zurückgehen im Vergleich zu 32,1 Prozent bei den Männern. Zugleich sind Männer mit einem durchschnittlichen Berentungsalter bei Männern mit 47,7 Jahren bei psychischen Erkrankungen deutlich jünger als bei somatischen Erkrankungen mit einem Durchschnittsalter von 50,8 Jahren. Bei Frauen beträgt dagegen dieser Unter-

Konsequenzen langer Wartezeiten

Lange Wartezeiten erhöhen das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, dass sie wiederkehren oder chronisch werden. Unbehandelt verlaufen viele psychische Störungen häufig chronisch mit zunehmenden Komplikationen. Mehr als die Hälfte aller Menschen mit einer Depression erkranken nach einer ersten Erkrankung erneut an einer Depression. Nach einer zweiten Erkrankung erhöht sich das Risiko, erneut zu erkranken, auf 70 Prozent und nach einer dritten Erkrankung sogar auf 90 Prozent. Besonders bei den psychischen Erkrankungen, die nicht in Phasen verlaufen, besteht das Risiko, dass das seelische Leid jahrelang andauert. Speziell bei Angsterkrankungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen besteht das Risiko, dass sie chronisch verlaufen, wenn sie nicht rasch behandelt werden. Bei rechtzeitiger Behandlung können viele dieser Verläufe verhindert werden. Die BPtK fordert daher, dass die Wartezeiten auf ein erstes psychotherapeutisches Gespräch nicht länger als drei Wochen dauern sollten.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass lange Wartezeiten Patienten erheblich belasten. Nach einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschwerten sich 40 Prozent der Patienten, wenn sie länger als drei Wochen auf einen Termin warten müssen. Für psychisch kranke Menschen ist dies besonders gravierend. Eine Umfrage des Rhein-Kreis-Neuss zeigte, dass zwei Drittel der Patienten mit Depressionen oder Schizophrenie die Wartezeit auf eine Behandlung als zusätzliche Belastung erlebten. Die Wartezeiten für diese Patienten dauern jedoch nicht einige Wochen, sondern einige Monate. Mit zunehmender Dauer der Wartezeit steigt der Anteil der Menschen, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen. Nach zwei Monaten Wartezeit nehmen 30 Prozent der Patienten mit Angststörungen eine ambulante Behandlung nicht mehr auf. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sind sogar Wartezeiten von über drei Monaten nicht selten, was aus Sicht der BPtK auf keinen Fall akzeptabel ist.

Erwerbsunfähigkeitsrenten

Psychische Erkrankungen führen außerdem immer häufiger zur Erwerbsunfähigkeit: Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Renten wegen Erwerbsminderung hat

schied circa ein Jahr (48,4 Jahre vs. 49,7 Jahre bei somatischen Erkrankungen). Dies entspricht einem Anteil von 25 Prozent der gesamten Renten wegen Erwerbsminderung in diesem Zeitraum.

Psyche spielt nahezu bei jedem Krankheitsbild eine Rolle

Interview mit Dr. med. Jan Erik Döllein
Allgemeinarzt im oberbayerischen Neuötting

Wie oft wenden sich Patienten mit psychischen Problemen und Krisen an Sie?

Die Häufigkeit der psychischen Interventionen hängt zwar von den jeweiligen Jahreszeiten ab, aber gerade im Frühjahr und Herbst kann man davon ausgehen, dass mehr als 40 Prozent der Beratungsursachen mittelbar oder unmittelbar mit psychischen Niederschlägen und ner-

Da durch eine deutliche Verschärfung der Arbeitsplatzsituationen, den hohen sozialen Druck und die hohen Ansprüche unserer Gesellschaft die Menschen zunehmend diesen Faktoren nicht mehr gerecht werden können, klagen sie meist über diesen Leistungsknick. Auch das zunehmende Fehlen familiärer Strukturen und Wertegebäude verstärken diese Situation.

zwischen drei und sechs Monaten. Deshalb ist es häufig so, dass je nach Akutizität der Erkrankung es entweder zu stationären Einweisungen kommt oder die Akuttherapie durch den Hausarzt erfolgen muss. Insgesamt empfiehlt man hauptsächlich Patienten mit chronischen, subakuten Erkrankungen die Durchführung einer Psychotherapie, da sie mit den Wartezeiten und den teilweise Anfahrtsstrecken am besten umgehen können.

Tabelle : Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen wegen psychischer Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung (in Prozent)

Hausarzt	18,4
Psychiater	5,1
Psychotherapeut	3,4
Sekundärversorgung (Psychiater, Psychotherapeuten und/oder Psychiatrische Institutsambulanz) insgesamt	7,2
Keine Inanspruchnahme wegen psychischer Beschwerden	78,8
Mehrfachnennung möglich	

Quelle: Gesundheitsmonitor, Herbst 2008

vös-vegetativen Belastungsreaktionen zu tun haben. Darüber hinaus spielt die Psyche gerade bei den Patienten in der Hausarztpraxis nahezu bei jedem Krankheitsbild eine wichtige Rolle, seien es Herz-Rhythmusstörungen, Magenbeschwerden, Stuhlunregelmäßigkeiten, Schweißneigung, in all diesen Situationen besteht ebenfalls deutlich erhöhter Bedarf der Abklärung psychosomatischer Hintergründe.

Sprechen Patienten heute offener über seelische Krisen?

Die Patienten sprechen weniger konkrete seelische Krisen an, sondern benennen vielmehr neutrale unklare Erschöpfungszustände. Die wenigsten Menschen erkennen ihre Erkrankung als Depression, sondern verzeichnen einen zunehmenden Einbruch der Leistungsfähigkeit.

Trotzdem verzeichnen wir insgesamt keinen erheblich offeneren Umgang mit dem Krankheitsbild Depression, sondern es bedarf weiterhin einer relativ großen Sensibilität im Erkennen dieser Krankheitsbilder.

Welche Erfahrungen machen die Patienten?

Wartezeiten von einem halben Jahr bis zu einem Jahr sind nicht selten, Akuterkrankungen können so nicht ordnungsgemäß versorgt werden.

Wie überbrücken Sie die Zeit?

Durch regelmäßige hausärztliche Gesprächsangebote, antidepressive medikamentöse Therapie, Schaffung von Entlastungssituationen am Arbeitsplatz oder stationären Einweisungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik.

Welche Verbesserung wünschen Sie sich in der Kooperation mit Psychotherapeuten?

Es müssten kurzfristig psychotherapeutische Behandlungsplätze geschaffen werden und die Kontaktaufnahme mit Psychotherapeuten verbessert werden. In den meisten psychotherapeutischen Praxen ist ein Telefonanruf nur unter erheblich erschwerten Bedingungen möglich, da zum größten Teil nur Anrufbeantworter eingeschaltet sind. Ein schneller kurzer Draht zu einem Psychotherapeuten würde mit Sicherheit beide Seiten bereichern.

Welche Diagnosen sind die häufigsten?

Am häufigsten sind Erschöpfungsdpressionen, reaktive Depressionen, endogene Depressionen, ADHS beim Erwachsenen V. a., Essstörung, vegetative Symptome (Schlafstörungen, Palpitation, Stuhlunregelmäßigkeiten).

Haben auch die Krankschreibungen aufgrund psychischer Belastungen zugenommen?

Dieser Eindruck drängt sich in den letzten Jahren erheblich auf.

Wann raten Sie zu einer Psychotherapie?

Die Problematik ist, dass es auf dem flachen Land nur eine unzureichende Anzahl von psychotherapeutischen Behandlungsplätzen gibt. Die Wartezeiten bei Psychotherapeuten liegen

Auf Messers Schneide – Bulimie-Patientin

Die erste Behandlung in einem Krankenhaus war schiefgelaufen. Die Ess-Brech-Sucht hatte sich „sogar noch verschlimmert“, berichtet Magret P., 23 Jahre alt. Eine zweite Behandlung in einer anderen Klinik war unvermeidlich, doch in der Zwischenzeit empfahl der Hausarzt ihr eine ambulante Psychotherapie.

Damit begann eine Odyssee, mit der Magret P. nicht gerechnet hatte. „Ich wäre für eine Therapie bis ans Ende von Deutschland gefahren“, sagt sie, so schlecht ging es ihr, so alleine, hilflos und ausgeliefert fühlte sie sich der Krankheit, die seit acht Jahren ihr Leben bestimmte. Tag für Tag führte die zwanghafte Angst Regie, nur ja nicht zuzunehmen und deshalb nur ja nichts zu essen. Ohne zu essen ging sie aus dem Haus, ohne zu essen stand sie den Arbeitstag durch und ohne zu essen trieb sie abends noch Sport. Ein

zwanghafter Kalorienterror, der täglich in die Katastrophe führte. Völlig ausgehungert ging sie schließlich einkaufen und verlor dann zu Hause völlig die Kontrolle. Keiner konnte zusehen, wenn sie dann das Essen in sich hineinstopfte, wenn sie hemmungslos aß, so viel sie konnte. In kürzester Zeit überkam sie aber das schlechte Gewissen und die Angst, zuzunehmen und sich nicht mehr im Spiegel ansehen zu können. Deshalb folgte jeder Essattacke der Weg zur Toilette und das Erbrechen des gerade Gegessenen.

Eine Ess-Brech-Sucht, auch Bulimie genannt, ist eine seelische und körperliche Tortur, eine tagtägliche Marter und Qual, die im Fall von Magret P. von Depressionen und Selbstmordgedanken begleitet wurde. Dieses schwere psychische Leiden ist häufig nur im Krankenhaus zu behandeln, aber bis zur zweiten stationären Behandlung

in der Nähe von Hamburg musste Magret P. noch sechs Monate warten. Eine ambulante Psychotherapie wäre solange eine große Hilfe gewesen. Doch innerhalb von Schwerin fand Magret P. keinen Psychotherapeuten, der kurzfristig einen Behandlungsplatz frei hatte. Egal, wo sie anrief, überall bestanden Wartezeiten von mindestens sechs Monaten. Magret P. suchte außerhalb von Schwerin und wurde auch dort „nur vertröstet“. Die 23jährige überlebte die sechs Monate schließlich auch ohne ambulante Therapie und sie hat in der zweiten Klinik endlich eine Psychotherapeutin gefunden, die ihr helfen konnte. Doch zurück blieb die Erinnerung an sechs Monate Wartezeit auf des Messers Schneide. Wer sie heute über ihr Glück erzählen hört, endlich einen Weg aus der Ess-Brech-Sucht gefunden zu haben, kann es nicht fassen, dass es so lange keinen freien Behandlungsplatz für sie gab.

BPtK-Spezial



Mangel nicht spürbar machen – Praxis in Sachsen

„Ich nehme mir zweimal die Woche eine Stunde Zeit, um mit den Eltern, die eine Psychotherapie für ihr Kind suchen, zu sprechen“, berichtet Norma Michel. Zehn Minuten bleiben so für jeden Anrufer, in der die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bereits die wichtigsten Daten für die Anmeldung aufnimmt. Warum eine Psychotherapie? Warum jetzt? Von wem empfohlen? Wie ist die familiäre Situation? Doch am Ende jeder Anmeldung kann die Psychotherapeutin nicht mehr sagen als: „Rufen Sie in vier bis fünf Monaten noch einmal an. Im Moment habe ich keinen Behandlungsplatz frei“.

Norma Michel ist froh, wenn die Anrufer bereits vorher wussten, dass man auf eine Psychotherapie lange warten muss.

Immer wieder hat sie jedoch auch Anrufer, die „sofort“ Hilfe benötigen. Dann bleibt nichts Anderes übrig, als an Andere zu verweisen: an die Familienberatungsstellen, an das psychiatrische Krankenhaus des Kreises. Häufig sind Angststörungen und auffälliges Sozialverhalten; Depressionen sind oft verdeckt, kritisch die Jugendlichen mit Essstörungen, bei denen sie zunächst eine stationäre Behandlung empfiehlt.

Norma Michel kann alle zwei bis drei Wochen ein Erstgespräch mit einer neuen Familie führen – mehr nicht. Nur vier bis fünf ihrer Patienten sieht sie wöchentlich, die meisten alle 14 Tage. Dadurch kann sie mehr

Die Sächsische Schweiz gilt als „normalverdichteter Kreis“, in dem nach den gesetzlichen Standards 9,9 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner notwendig sind, um psychisch kranke Menschen ausreichend zu versorgen. Durchschnittlich sind dort aber kaum weniger Menschen psychisch krank als in der Großstadt. In Großstädten dürfen sich allerdings 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen. Ländliche Regionen sind deshalb bei der Versorgung psychisch kranker Menschen massiv benachteiligt.

Im Planungsbereich „Sächsische Schweiz“ arbeiten 13,3 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Der Bezirk gilt deshalb mit 161 Prozent als „überversorgt“. Tatsächlich ist die Versorgung psychisch kranker Menschen in der Sächsischen Schweiz nicht sichergestellt. Ein psychisch Kranker wartet dort durchschnittlich fünf Monate auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten. Norma Michel ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Neustadt in Sachsen in der Sächsischen Schweiz.

Patienten versorgen. Kriseninterventionen und Intensivtherapie kann sie nur in Ausnahmefällen leisten. „Es ist nicht mehr als der Versuch, den Mangel möglichst wenig spürbar zu machen“, sagt die Psychotherapeutin.

Verträge zur integrierten Versorgung psychisch Kranker

Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen benötigen spezielle ambulante Versorgungsangebote, in denen eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung gesichert ist und sich Ärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenpflege und Sozialarbeiter eng miteinander abstimmen. Integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge) sind eine Möglichkeit, solche kooperativen und komplexen Leistungen anzubieten. Sie haben häufig auch das Ziel, stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Die integrierte Versorgung bietet die Chance, multiprofessionelle, aus mehreren Behandlungsbausteinen bestehende, bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Dabei sollten sich die Versorgungsangebote – soweit möglich – an anerkannten wissenschaftlichen Standards, wie sie z. B. in S3-Leitlinien formuliert

werden, orientieren. Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ empfiehlt in allen Phasen der Erkrankung Kognitive Verhaltenstherapie, insbesondere aber in der Frühphase, in der noch keine psychotischen Symptome erkennbar sind, und zur Rückfallprophylaxe. Die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ empfiehlt bei schweren depressiven Erkrankungen ausdrücklich eine Kombinationsbehandlung aus Medikamenten und Psychotherapie. Eine leitliniengerechte Behandlung von schizophrenen oder depressiven Erkrankungen – um zwei Beispiele zu nennen – sollte demnach in der Regel immer auch Psychotherapie mit einschließen, d. h., Psychotherapie sollte ein Bestandteil entsprechender IV-Verträge sein.

Die Techniker Krankenkasse und die AOK Niedersachsen haben mit dem „Netzwerk psychische Gesundheit“ bzw. der „Integrierten Versorgung Schizophrenie“ neue IV-Verträge für psychisch kranke Menschen entwickelt. Das Netzwerk Psychische Gesundheit richtet sich an Patienten, die bereits seit mindestens einem dreiviertel Jahr mit Antipsychotika oder Antidepressiva oder wegen einer psychischen Erkrankung bereits stationär behandelt wurden. Ihnen bietet das Netzwerk persönliche Begleiter und Hausbesuche im Sinne des „Need-adapted Treatment“. Außerdem umfasst das Modell, ergänzend zur Behandlung beim Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten, weitere Behandlungsmodule, z. B. häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Psychoedukation und Kurzzeitpsychotherapie. Alle angebotenen therapeutischen Leistungen

werden vom jeweiligen Vertragspartner vor Ort koordiniert. Die Techniker Krankenkasse kooperiert auf regionaler Ebene mit gemeindepsychiatrischen Anbietern, in Berlin z. B. mit der Pinel gGmbH.

Die AOK Niedersachsen hat zusammen mit dem I3G (Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen) einen IV-Vertrag Schizophrenie entwickelt und damit

der Pharmaindustrie ein neues Geschäftsfeld eröffnet. Die Umsetzung des Vertrags hat die Care4S GmbH übernommen. Patienten erhalten vor allem erweiterte ambulante Angebote, wie z. B. aufsuchende Behandlung und Betreuung durch einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst, der rund um die Uhr erreichbar ist. Die Behandlung erfolgt nach einem leitlinienbasierten Behandlungspfad, der empfiehlt, welcher

„Zu einer qualitätsgesicherten und leitlinienbasierten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gehört immer auch Psychotherapie. In IV-Verträgen für diese Patienten sollte Psychotherapie deshalb ein fester Baustein sein. Der Verweis auf die Richtlinienpsychotherapie ist zwar korrekt, reicht aber nicht aus. Damit Patienten Zugang zu Psychotherapeuten finden können, muss die massive Unterversorgung abgebaut werden, denn es stehen schlichtweg keine Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Psychotherapie-Richtlinie ist Garantie für eine qualitativ hervorragende psychotherapeutische Versorgung, die ins Leere laufen muss, solange das Versorgungsangebot weit hinter dem Bedarf zurückbleibt.“

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPtK

Partner des Netzwerkes was wann für einen Patienten leistet und wie die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure aussieht. Wie dieser Behandlungspfad umgesetzt wird und ob der Patient neben der medikamentösen Therapie und Psychoedukation auch regelmäßig Psychotherapie oder andere Therapien erhält, wird evaluiert.

Psychotherapie muss in IV-Verträgen für psychisch kranke Menschen regelhafter Bestandteil sein. Die Patienten stattdessen auf die Angebote in der Regelversorgung (Richtlinienpsychotherapie) zu verweisen, ist angesichts der erheblichen psychotherapeutischen Unterversorgung nicht angemessen. Solange es zu keiner Reform der Bedarfsplanung und zu keiner Verbesserung der Versorgung kommt, sind die Patienten darauf angewiesen, dass das Netzwerk ihnen einen direkten Zugang z. B. zu Psychotherapeuten ermöglicht und finanziert, die aufgrund der Vorgaben der Bedarfsplanung keine Zulassung erhalten.

Impressum

**BPtK-Spezial zum Thema
„Wartezeiten in der Psychotherapie“**

Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Gerhardt
Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Telefon: 030-278785-0
Fax: 030-278785-44
E-Mail: info@bptk.de
Internet: www.bptk.de