

**PERSPEKTIVEN
DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG
IN DER REGION HANNOVER**

Vorwort Regionspräsident

Die gesundheitliche Versorgung ist zentraler Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge - nicht nur ein wichtiger Wirtschaftsbereich, sondern auch eine öffentliche Aufgabe, die die Prävention und Gesundheitsförderung mit einschließt. Deshalb hat die Region Hannover mit ihrem Gesundheitsbericht über „Perspektiven der ambulanten ärztlichen Versorgung“ aus dem Jahr 2011 verdeutlicht, welche Defizite in der ärztlichen Versorgung die demografische Entwicklung in naher Zukunft zeitigt, während aus gleichem Grund die Zahl der Krebspatienten steigt. Der Bericht wurde in den Kommunen und Körperschaften interessiert und positiv aufgenommen, weil er die Entwicklungsbedarfe für die Städte und Gemeinden der Region Hannover konkret aufgezeigt hat.

Handlungsnotwendigkeiten ergeben sich aber nicht nur in der ärztlichen, sondern auch in der psychotherapeutischen Versorgung und das nicht nur andernorts, sondern auch in der Region Hannover. Dieser Gesundheitsbericht stellt die unterschiedlichen Sichtweisen beteiligter Akteure zu der gemeinsam bejahten Wahrnehmung von Defiziten dar und skizziert Lösungsansätze, die sich auf Grund der rechtlichen Rahmenbe-

dingungen nur auf Landes- und Bundesebene weiter ausgestalten lassen.

Um den Bürgerinnen und Bürgern die für die Gesundheit wichtigen Einrichtungen und Dienstleistungen auch weiterhin gesichert bereitzustellen, die für die so genannte Grundversorgung erforderlich sind, hat die Region Hannover als erstes dafür Sorge getragen, dass sich die Verantwortlichen und Beteiligten an einen Tisch setzen und eine gemeinsame Problemwahrnehmung entwickeln. Der vorliegende Gesundheitsbericht stellt das Ergebnis vor. Auf dessen Basis müssen weitere Schritte erfolgen, um in allen Teilen der Region auch bei teils abnehmender, oft älter werdender Bevölkerung die psychotherapeutische Versorgung zu sichern und für den einzelnen Patienten spürbar zu verbessern.¹



¹ <http://www.bmvbs.de/cae/servlet/contentblob/28678/publicationFile/180/stellungnahme-demografischer-wandel-und-daseinsvorsorge-in-duenn-besiedelten-peripheren-raeumen.pdf>

„Jetzt ist Feierabend“

titelte die HAZ jüngst am 30. Januar dieses Jahres in einem Bericht über Stress in der Arbeitswelt. Danach gibt es einen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Stress am Arbeitsplatz von solcher Häufigkeit, dass Krankenkassen schon von einer „Volkskrankheit“ sprechen. Die genannten Zahlen sind in der Tat bedrückend: durch psychische Störungen sind offenbar 53 Millionen Krankheitstage begründet. Durch Psychostress gehen laut „Stressreport“, den die Bundesarbeitsministerin, Dr. Ursula von der Leyen, jüngst vorstellte, fast 6 Milliarden € im Jahr an Produktionsausfällen verloren. Auch aus Sicht der Rentenversicherungsträger besteht hier ein massives Problem, weil inzwischen 41 Prozent der Frühverrentungen psychische Ursachen haben.

Der Thematik hat sich auch das Gesundheitsplenum der Region Hannover – ein informeller Kreis, in dem der Fachbereich Gesundheit der Region Hannover die strukturierte Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens pflegt – angenommen. Dem Gremium gehören die Kammern und Kassen, die Selbsthilfeorganisationen und die Rentenversicherung

ebenso an wie Regions- und Stadtsportbund und weitere Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich.

Ausgangspunkt des aktuellen Gesundheitsberichtes ist der Hinweis der hiesigen Rentenversicherung in diesem Gremium auf eine zunehmende Zahl von Erwerbsunfähigkeitsrenten aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen. Im Interesse einer klaren Analyse dieses Teils der öffentlichen Daseinsvorsorge dient der Bericht dazu, allen interessierten Beteiligten die Gelegenheit zu geben, ihre Sicht der Gegebenheiten darzulegen wie auch Überlegungen zur Verbesserung anzustellen.

Ich danke allen teilnehmenden Einrichtungen für ihre Bereitschaft, sich in diese Analyse einzubringen, unterschiedliche Auffassungen zu tolerieren und kreativ in die Zukunft zu schauen. Der eigene Anteil des Fachbereiches Gesundheit ist neben der Rahmenaufsicht mit ihrer Gliederung und konsentierten Zusammenführung insbesondere die Diskussion aller Beiträge. Hier wird deutlich, dass es strukturelle Mängel gibt, die nicht die einzelne Einrichtung vor Ort in

der Region Hannover zu verantworten hat, wohl aber selbst damit umgehen muss und auch nicht einfach abstellen kann.

Angesichts der Vielfalt der Zuständigkeiten halte ich eine bessere Abstimmung und eine aus Sicht der Patientinnen und Patienten niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit zu psychotherapeutischen Hilfen für wesentlich, um effiziente Hilfen zu geben. Zugleich muss die Prävention von psychischen Erkrankungen gestärkt werden. Auch hierzu soll dieser Gesundheitsbericht einen Anstoß geben.

Bara Kiel



Ein paar Worte vorab

Der vorliegende Gesundheitsbericht beschäftigt sich mit der ambulanten Versorgung in der Psychotherapie. Der Fokus liegt in der individuellen Wahrnehmung zur aktuellen Versorgungslage, sowie der Skizzierung möglicher Lösungsansätze zur Optimierung aus Sicht der hier beteiligten Institutionen.

Wir haben es aufgrund der Komplexität des Themas jedoch für notwendig erachtet, dem interessierten Leser darüber hinaus – möglichst verständlich – einige Grundlagen zum Thema der psychischen Gesundheit und Therapie darzustellen.

Die eiligen Leserinnen und Leser, die bereits mit den Grundlagen vertraut sind und sich hauptsächlich für die Zusammenfassung der einzelnen Berichte interessieren können mit dem Kapitel ‚Methodik‘ anfangen. Ab diesem Abschnitt werden die einzelnen Beiträge der Teilnehmer zusammenfassend dargestellt. Im Anhang finden sich dann die unveränderten Originalbeiträge.

Wir möchten uns hier nochmals ausdrücklich bei den Verfassern der einzelnen Beiträge für die konstruktive Zusammenarbeit bedanken. Durch die einzelnen Beiträge konnte ein umfassendes Bild zur aktuellen Situa-

tion in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dargestellt werden.

Für den allgemeinen Teil dieses Berichtes war der Gesundheitsreport zur psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2011 von Herrn Dr. Kuhn vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eine große Hilfestellung. Auch ihm gebührt hier der Dank.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Behrends, der in seiner Amtszeit als Leiter des Fachbereichs Gesundheit die Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung maßgeblich gefördert hat. Dieser Bericht wäre ohne sein Engagement und sein hervorragendes Netzwerk nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung - Hintergrund und Begriffe	10
Methodik	30
Ergebnisse	31
Zusammenfassung ‚Wer sind wir‘	31
Zusammenfassung ‚Was ist unser Auftrag‘	31
Zusammenfassung der aktuellen Wahrnehmung	33
Zusammenfassung: Lösungsmöglichkeiten nach Merkmalen	43
Diskussion	48
Literatur	56
Originalbeiträge der Teilnehmer	60
Impressum	108

Ein wesentliches Anliegen des Menschen ist es, gesund zu sein. Dies schließt neben der körperlichen Gesundheit die psychische Gesundheit in gleichem Maße ein (Schneider et al., 2009). Psychische Störungen belasten die Betroffenen und die Gesundheitssysteme. Es vergeht derzeit kaum ein Monat, in dem die Medien und die Öffentlichkeit nicht über die Zunahme psychischer Störungen diskutieren. Das Ausmaß der Fehltag aufgrund psychischer Störungen wächst, obwohl über alle Krankheitsarten hinweg ein allgemeiner Rückgang der Arbeitsunfähigkeit festzustellen ist (Jacobi und Harfst, 2011). Ob es sich um eine allgemeine Zunahme von psychischen Erkrankungen, ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten oder um ein verändertes Verständnis von psychischen Erkrankungen handelt, wird kontrovers diskutiert. Laut Melchinger (2012) stellen Epidemiologen übereinstimmend fest, dass von einer allgemeinen Zunahme psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter, abgesehen von einem demografisch bedingten Anstieg, nicht die Rede sein kann. Der vorliegende Bericht fokussiert sich auf die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen in der Region Hannover.

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit besteht aus vielfältigen Aspekten, wie persönlichem Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, der Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen bzw. einer Arbeit nachgehen zu können, wie auch der Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Neben dem Gefühl des Wohlbefindens bedeutet psychische Gesundheit auch, an den eigenen Wert und die eigene Würde zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen (Health Education Authority [HEA], 1999).

Psychische Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der eine ständige aktive Anpassung des Individuums erfordert, welcher neben individuellen Aspekten auch maßgeblich von äußeren Faktoren beeinflusst wird (WHO, 2001). Die Weltgesundheitsorganisation sieht in der Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft (WHO 2005, 2006).

Psychische Störungen

Unter einer psychischen oder seelischen Störung wird eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten verstanden, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns einschließt. Diese Abweichung geht mit einem psychischen Leiden des Betroffenen einher. Dabei umfassen die psychischen Störungen ein breites Spektrum an Leidenszuständen, die neben häufig auch körperlichen Symptomen eine meist extreme Ausprägung eines an sich normalen Erlebens wie Angst oder Traurigkeit auslösen (Jacobi, 2012). Die klinische Psychologie und die Psychiatrie sind die Wissenschaften, die sich primär mit den Störungen der Psyche auseinandersetzen.

Die medizinischen Diagnosen, die die psychische Gesundheit von Menschen betreffen, finden sich in der ,10. Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)' im fünften Kapitel mit den entsprechenden Diagnoseschlüsseln F00 bis F99 (Bundesministerium für Gesundheit, 2012):

F00 bis F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. Wie zum Beispiel Demenz und organische Psychosyndrome
F10 bis F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit
F20 bis F29	Schizophrenie, schizotop und wahnhaftige Störungen
F30 bis F39	Affektive Störungen. Wie zum Beispiel Depressionen
F40 bis F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Wie zum Beispiel Angststörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen
F50 bis F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. Wie zum Beispiel Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen
F60 bis F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Wie zum Beispiel Fetischismus

F70 bis F79	Intelligenzminderung
F80 bis F89	Entwicklungsstörungen. Wie zum Beispiel Autismus, Sprachstörungen und Lernbehinderungen
F90 bis F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Wie zum Beispiel Störungen des Sozialverhaltens, ADHS
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Burnout

Der Begriff Burnout tauchte erstmals in den 70'er Jahren im Zusammenhang mit Pflegeberufen in der Öffentlichkeit auf. Beschrieben wurde Burnout zunächst vornehmlich im Zusammenhang mit Pflegekräften und sozial Engagierten, die nicht mehr in der Lage waren, ihr hohes Engagement aufrechtzuerhalten und sich erschöpft (ausgebrannt) und überfordert fühlten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2012). Bei einem schweren Verlauf des Burnout-Syndroms haben die Symptome einen großen Überschneidungsbereich mit

denen einer Depression. Im Gegensatz zur Diagnose Depression ist das Feststellen eines Burnout-Syndroms allerdings keine Behandlungsdiagnose und in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) nicht als anerkannte Krankheit, sondern lediglich als Zusatzdiagnose Z73.0 erfasst (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Damit findet sich das Burnout-Syndrom auch nicht in den obengenannten F-Diagnosen der psychischen Erkrankungen wieder. Prinzipiell kann ein Arzt damit also nicht seinen Patienten aufgrund eines Burnout-Syndroms krankschreiben, da es nicht als Krankheit anerkannt ist. Der Arzt hat jedoch die Möglichkeit, einen Patienten nach den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) krankzuschreiben. Die Richtlinie besagt, dass eine Krankschreibung möglich ist, wenn aufgrund ei-



nes Krankheitszustandes absehbar ist, dass durch die Weiterführung der Berufstätigkeit eine mögliche Arbeitsunfähigkeit droht (G-BA, 2006). Das Burnout-Syndrom wird teilweise als Modediagnose bezeichnet, die darüber hinaus die Diagnose einer Depression behindern könnte (Kaschka 2011).

Psychotherapeuten

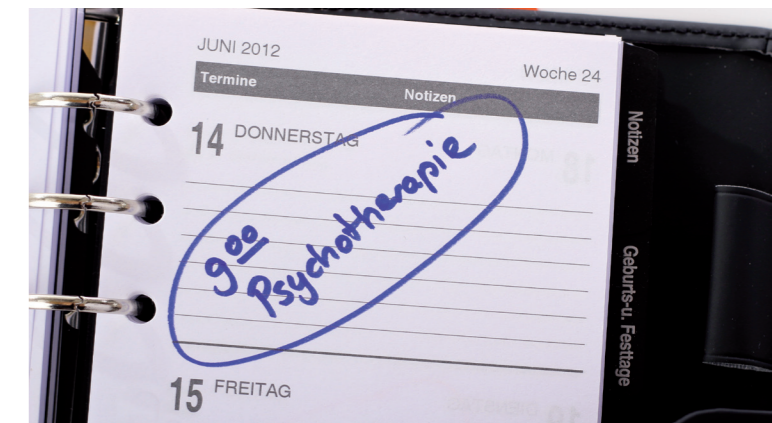
„Psychotherapeut“ ist eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung. Es gibt verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten, um Psychotherapeut zu werden. Grundsätzlich wird unterschieden in ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Ärztliche Psychotherapeuten haben Medizin studiert und im Anschluss die Weiterbildung für die Behandlung von psychischen Krankheiten abgeschlossen. Sie dürfen im Gegensatz zu den nichtärztlichen Psychotherapeuten auch Medikamente verschreiben. Häufig sind dies Psychiater. Ein Psychiater ist zunächst einmal ein Arzt, der sich auf das Gebiet Psychiatrie spezialisiert hat. Mittlerweile ist jeder Psychiater auch gleichzeitig Psychotherapeut, da die Psychotherapie ein wesentlicher Anteil seiner Facharztausbildung ist. Dies war in der früheren

medizinischen Ausbildung nicht so. Ein Psychiater kann sich heute entscheiden, ob er primär ärztlich-medikamentös, psychotherapeutisch oder gemischt arbeiten will. Ärzte, die sich ausschließlich psychotherapeutisch niederlassen, verabreichen keine Medikamente und sind dann ärztliche Psychotherapeuten.

Psychologische Psychotherapeuten haben nach dem Psychologiestudium eine weitere psychotherapeutische Ausbildung mit einer abschließenden Approbation absolviert.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können vor der Weiterbildung anstelle des Psychologiestudiums auch ein Pädagogik- oder Sozialpädagogikstudium absolviert haben. Sie dürfen Patienten bis zum Alter von 20 Jahren behandeln.



Außerhalb der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen können Heilpraktiker – bei entsprechender Ausbildung – über eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz körperliche und seelische Leiden feststellen und eine Therapie durchführen. Sie verfügen allerdings nicht über eine Approbation und dürfen sich auch nicht Psychotherapeut nennen. Häufig findet man hier die Bezeichnung ‚Heilpraktiker für Psychotherapie‘ oder ‚Heilpraxis für Psychotherapie‘.

Neben diesen Formen der niedergelassenen Therapeuten gibt es diverse andere Angebote für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Dazu gehören im ambulanten Bereich die psychotherapeutischen Ambulanzen, die in der Regel an Kliniken, Hochschulen oder Ausbildungsinstitute angebunden sind. Gemeindenahe ambulante Hilfsangebote in Form von Beratung, Betreuung, Krisenintervention und Weitervermittlung bieten die Sozialpsychiatrischen Dienste der Städte und Landkreise für psychisch Kranke und deren Angehörige. Sie übernehmen unter anderem die Versorgungsplanung für die Erkrankten und berücksichtigen hier insbesondere den Personenkreis, der aufgrund von Behandlungserschwernissen nicht oder nicht ausreichend vom vertragsärztlichen System erreicht wird. Auch die Region Hannover hat einen Sozialpsychiat-

rischen Dienst, der sich den obengenannten Aufgaben widmet. Schließlich gibt es weiterhin außerhalb der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen die psychosozialen Beratungsstellen, die Einrichtungen von Städten und Gemeinden, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen sind. Die meistens auf bestimmte Personengruppen gerichteten Angebote sind häufig kostenlos. Die Ambulanzen können teilweise direkt aufgesucht werden.

Weiterhin gibt es noch die stationäre Behandlung für Patienten mit psychischen Erkrankungen, die entweder in allgemeinen Krankenhäusern oder Fachkliniken angeboten wird. Dazu gehört auch die medizinische Rehabilitation, die von den Rentenversicherungsträgern finanziert wird.

In seinem Vortrag ‚Ist der Beruf des niedergelassenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie noch zu retten?‘ beschreibt Dr. Heiner Melchinger im Juni 2012 in Freiburg die Kapitulation von Fachleuten und Nicht-Fachleuten vor der Begriffsvielfalt im Bereich der Psychotherapie sehr anschaulich:

Auf den Praxisschildern von Ärzten und Therapeuten, die sich mit der Psyche befassen, kann man folgende Berufsbezeichnungen finden:

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Nervenheilkunde +
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Neurologie
Facharzt für Psychiatrie
Facharzt für Neurologie + Facharzt für Psychiatrie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie +
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Andere Fachärzte mit Zusatzbezeichnung
Psychotherapie / Psychoanalyse
Ärztliche Psychotherapeuten
Psychologische Psychotherapeuten

Hinzu kommt die Spezialisierung auf ein bis zwei Therapieverfahren pro Therapeut, die bei der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz zu berücksichtigen sind und auch die Kostenübernahme durch die

Krankenkassen wesentlich beeinflussen. Es gibt wohl kaum Jemanden, der aus dem Stand heraus die differenzierenden Leistungsspektren all dieser Therapeuten verstehen kann, bzw. für sich die Frage beantworten kann, welche Therapieform für ihn am besten geeignet ist und wer welche Leistungen abrechnen kann, bzw. was privat bezahlt werden muss.

Je nach seiner beruflichen Vorerfahrung wird jeder Psychotherapeut aber stets auch Elemente seiner Ausbildung mit den jeweiligen Schwerpunkten einfließen lassen. Daher kann sich die Psychotherapie bei einem Psychologischen Psychotherapeuten etwas anders gestalten als bei einem Psychotherapeuten, der Sozialpädagoge oder Arzt ist. Ob jedes Erkrankungsbild für jede Form der Psychotherapie geeignet ist, wird kontrovers diskutiert. Ob eine Psychotherapie stationär oder in der Folge ambulant Sinn macht, hängt von individuellen Faktoren ab. Unterstützung kann bei dieser Frage der niedergelassene Arzt oder der Klinikarzt geben. Zudem finden vor Beginn einer Psychotherapie stets sogenannte Kennenlerngespräche mit dem Psychotherapeuten statt. Diese dienen unter anderem auch der Überprüfung der Indikation zur Psychotherapie. Welches Therapieverfahren bei welcher Erkrankung sinnvoll ist, lässt sich nicht pauschal beantworten. Welche Form der Gesprächsführung liegt dem Betroffenen? Wie

viel Zeit will er/sie investieren? Welche Ziele soll die Psychotherapie haben? Was genau soll sich nach Abschluss der Therapie geändert haben? All diese Fragen sollten vor Beginn einer Therapie geklärt sein. Bei der aktuellen Versorgungslage ist oft der Mangel an freien Therapieplätzen und nicht das individuelle Krankheitsbild ausschlaggebend für das gewählte Verfahren.

Psychotherapieverfahren in der Krankenversorgung Deutschland

Unter Psychotherapie versteht man verschiedene psychologische Verfahren, die ohne Einsatz anderer Mittel, wie z.B. Medikamente zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszuständen oder Verhaltensstörungen eingesetzt werden. Es gibt zahlreiche Verfahren in der Psychotherapie. Welche Verfahren von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands und durch den Gesetzgeber beauftragt, in vielen Bereichen über den Leistungsanspruch der Solidargemeinschaft von etwa 70 Millionen in

Deutschland gesetzlich krankenversicherten Menschen rechtsverbindlich zu entscheiden.

Insbesondere verfügt er über eine generelle Kompetenz zum Ausschluss oder zur Einschränkung von Leistungen, wenn nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.

Bislang ist die Kostenerstattung von ambulanter Psychotherapie auf drei Therapieverfahren begrenzt

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Als psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren gelten im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie. Beide Verfahren basieren theoretisch auf der von Sigmund Freud begründeten Psychoanalyse und deren Weiterentwicklung, wozu neben den Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse als die bedeutendsten die Individualpsychologie nach Alfred Adler und die Analytische Psychologie nach Carl Gustav Jung gehören. Die psychoanalytisch begründeten Verfahren stellen Formen einer an den Ursachen (ätiologisch) orientierten Psychotherapie dar,

die die unbewusste Psychodynamik seelischer (neurotischer) Störungen mit psychischer oder körperlicher (somatischer) Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde in Deutschland Ende der 1960er Jahre in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen entwickelt und gehört neben der Verhaltenstherapie zu den am häufigsten auf Krankenkassenkosten durchgeführten Psychotherapieformen. In anderen Ländern existiert keine direkte Entsprechung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, oft gibt es aber ähnliche Konzepte mit unterschiedlichen Bezeichnungen (z. B. psychodynamische Therapie). Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer seelischer und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden. Übertragung bezeichnet in der Psychotherapie den Vorgang, dass ein Mensch alte, oftmals verdrängte, Gefühle, Wünsche oder Befürchtungen aus der Kindheit unbewusst auf neue soziale Beziehungen überträgt und reaktiviert. Umgekehrt

kann auch der Therapeut Gefühle auf seinen Klienten übertragen - dieser Vorgang wird Gegenübertragung genannt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie konzentriert sich hauptsächlich auf die aktuellen psychischen Konflikte, und versucht aus der aktuellen Situation einen Bezug zu den Erlebnissen der Kindheit und Jugend herzustellen, der zu einer Verbesserung der Symptome führen soll. Dies wird vorwiegend durch konfliktzentriertes Vorgehen und eingeschränkter Berücksichtigung vergangener Prozesse erreicht.

Mit in der Regel einer Therapiesitzung pro Woche oder weniger strebt sie in kürzerer Zeit begrenztere Zielsetzungen (beispielsweise Symptomminderung statt Änderung der Persönlichkeit, begrenzte Einsicht in innere Konflikte) an. Der Zeitraum liegt in der Regel zwischen 50 und 100 Stunden. Der Fokus gegenüber einer analytischen Psychotherapie liegt also eher im „Hier und Jetzt“ und nicht in der detaillierten Aufarbeitung der Lebens- und Problemgeschichte. Der Wortteil „Tiefe“ in Tiefenpsychologie verweist sowohl auf die verborgene Tiefe des Unbewussten (unbewusste oder unverstandene Wünsche, Motive und Konflikte) als auch auf die „Tiefe der Zeit“, also die fortdauernden Einflüsse aus Kindheit und Jugend. Im Vergleich zu einer Verhaltenstherapie liegt der Schwerpunkt weniger auf der unmittelbaren Beeinflussung des Verhaltens, sondern einer

Klärung der zugrundeliegenden Ursachen und dadurch der Verringerung der Beschwerden.

Analytische Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie ist eine Langzeittherapie. Dabei ist es erforderlich, eine intensive Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung einzugehen. In der analytischen Psychotherapie ist das Bewusstmachen dieser Übertragungsvorgänge das zentrale Element für den Erfolg der Therapie. Die Regression - ein zeitweiliger Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe in der Persönlichkeitsentwicklung - wird als wichtiges Heilungskriterium erachtet. Es findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Kindheit und Jugend statt. Die Analytische Psychotherapie kann in Einzelsitzungen oder Gruppen durchgeführt werden. Sie wird von den gesetzlichen Krankenkassen mit 80 bis 240 Stunden (maximal 300 Std.) mit in der Regel maximal drei Behandlungsstunden in der Woche als Einzelpsychotherapie übernommen. Als Gruppentherapie kann sie 80 bis 120 Stunden (max. 150) zweimal in der Woche übernommen werden. Bei Kindern und Jugendlichen liegen diese Werte etwas niedriger.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie mentale, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. Verhaltenstherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt (GBA). Die Verhaltenstherapie wird überwiegend von Psychologischen Psychotherapeuten angewendet.

Wissenschaftlich anerkannt durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie sind inzwischen auch die Gesprächspsychotherapie (für Erwachsene) und die Systemische Therapie (sowohl für Erwachsene als auch Kinder- und Jugendliche). Die Behandlung mit Gesprächspsychotherapie oder Systemischer Therapie wird derzeit aber nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Die hierfür notwendige sozialrechtliche

Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, welche Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, steht noch aus.

Ökonomische Folgen

Die volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund psychischer Störungen steigen weiter an. Derzeit liegen die reinen Versorgungskosten (direkte Kosten) nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2008 bei etwa 28,7 Mrd. Euro; davon fallen allein 5,2 Mrd. Euro auf die Diagnose Depression (www.destatis.de, 2012). Dies entspricht etwa 11% der Gesamtausgaben. Im Jahr 2002 waren es noch 23,3 Mrd. Euro für psychische Störungen insgesamt und 3,9 Mrd. Euro für Depressionen zum Vergleich. Während die gesamten Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum um 16% gestiegen sind, war es bei den psychischen Störungen ein Anstieg von 23% und bei den Depressionen sogar eine Erhöhung um 33% (Bayerisches Landesamt für Gesundheit, 2011).

Unter der vereinfachten Annahme, dass in der Region Hannover die Häufigkeiten der psychischen Erkrankungen, wie auch die Alters- und Geschlechtsverteilung

der Bevölkerung dem Bundesdurchschnitt entsprechen, sind im Jahr 2008 insgesamt etwa 4 Mrd. Euro, bzw. 350 Euro je Einwohner/In an reinen Versorgungskosten für psychische Erkrankungen angefallen.

Die Versorgungskosten auf Bundesebene könnten laut Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bis 2030 auf rund 32 Mrd. Euro anwachsen. Für die Region Hannover wären das etwa 4,4 Mrd. Euro.

Die Kosten steigen mit dem Alter der Patienten an. So verursachen im Kapitel V der „10. Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)“ mit den Diagnoseschlüsseln F00 bis F99 der psychischen und Verhaltensstörungen die unter 15-jährigen etwa 160 Euro, die 15- bis 65-jährigen etwa 240 Euro, die 65- bis 85-jährigen 540 Euro und die über 85-jährigen etwa 3180 Euro pro Kopf (www.destatis.de, 2012, Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Hinzu kommen die indirekten Kosten. Aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigem Tod entstehen geschätzte 763.000 verlorene Erwerbsjahre (für die Region Hannover wären das geschätzt etwa 10.845 Jahre); das entspricht einem Anstieg von mehr als 23% seit 2005.

Weitere Verluste für die Volkswirtschaft entstehen durch den Ausfall an Bruttowertschöpfung. Dieser Verlust betrug in Deutschland im Jahr 2011 aufgrund von Krankheitskosten durch psychische Störungen rund 45,4 Mrd. Euro (BKK Bundesverband, 2012).

Häufigkeiten psychischer Erkrankungen

Nach Jacobi und Harfst (2011) sind psychische Störungen weiter verbreitet, als es in den Behandlungstaktiken erscheint. Sie illustrieren das am Beispiel des Gesundheitsreports der GEK, der für das Jahr 2006 bei knapp 28% der etwa 1,5 Mio. Versicherten mindestens eine Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD-10 führte, aber nur bei drei Prozent der Diagnosenträger in dem gleichen Zeitraum ein Antrag auf Psychotherapie vorlag.

Die aktuell durchgeführte Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) soll unter anderem Aufschluss über Entwicklungen der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung geben. In dieser Untersuchung wurden Daten zur psychischen Gesundheit in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren mittels Fragebogen (n=7807) und

einem computergestützten ärztlichen Interview (CAPI, n=7956) erhoben.

Nach ersten Auswertungen bestand bei etwa 8% der Teilnehmer (Frauen: 10,2%; Männer: 6,1%) eine aktuelle Depression. Die Häufigkeit war bei den 18- bis 29-jährigen mit 9,9% am höchsten und im Alter ab 65 Jahren mit 6,3% am niedrigsten. Die Häufigkeit sank außerdem mit der Höhe des sozioökonomischen Status, d.h. je niedriger der sozioökonomische Status war, desto häufiger waren die Personen von Depressionen betroffen. Umgekehrt verliefen die Häufigkeiten beim Burnout-Syndrom. Hier stieg die Wahrscheinlichkeit, an einem Burnout-Syndrom zu leiden mit der Höhe des sozioökonomischen Status an. Mit 2,5% war die größte Gruppe der Personen mit einem Burnout-Syndrom in der Altersgruppe der 40 bis 49-jährigen. Von dieser Gruppe befanden sich aktuell 42,5% in ärztlicher oder psychotherapeutischer Betreuung (Kurth, 2012). Das Robert-Koch-Institut sieht damit die hohe Relevanz für die öffentliche Gesundheit bestätigt. In weiteren Untersuchungen soll das Inanspruchnahmeverhalten besonders betroffener Bevölkerungsgruppen untersucht werden. Typisch für psychische Störungen sind nach den ersten Ergebnissen der Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit, (an der gut 88% der oben

genannten Stichprobe teilgenommen haben) das Vorhandensein von Begleiterkrankungen (Komorbidität), eine hohe Anzahl an Ausfalltagen und eine niedrige Behandlungsrate.

Nach einer Untersuchung des BKK-Bundesverbandes (BKK, 2012) wurden gut drei Viertel (76,9%) aller krankheitsbedingter Ausfalltage (AU-Tage) der erwerbstätigen BKK Pflichtmitglieder im Jahr 2010 durch sechs Krankheitsgruppen verursacht. Die psychischen Störungen lagen mit 13,6% der AU-Tage hinter den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 26,6% der AU-Tage und Krankheiten des Atmungssystems mit 14,4% an dritter Stelle. Die psychischen Erkrankungen nahmen damit im Jahr 2010 gegenüber 2009 anteilig um 1,3% zu. Sie lagen bei 178 AU-Tagen je 100 beschäftigte BKK Pflichtmitglieder. Die BKK's haben mit ihren 112 Betriebskrankenkassen einen ungefähren Marktanteil von 17 bis 18% an allen gesetzlich versicherten Personen. Aufgrund der vielfältigen Betriebskrankenkassen und der bundesweiten Verteilung kann hier nahezu von einem repräsentativen Abbild aller bundesdeutschen gesetzlich Versicherten ausgegangen werden (telefonische Mitteilung Reinhard Hellwig, Bundesverband der BKK, 2012).

Häufigkeiten von stationären Behandlungsfällen

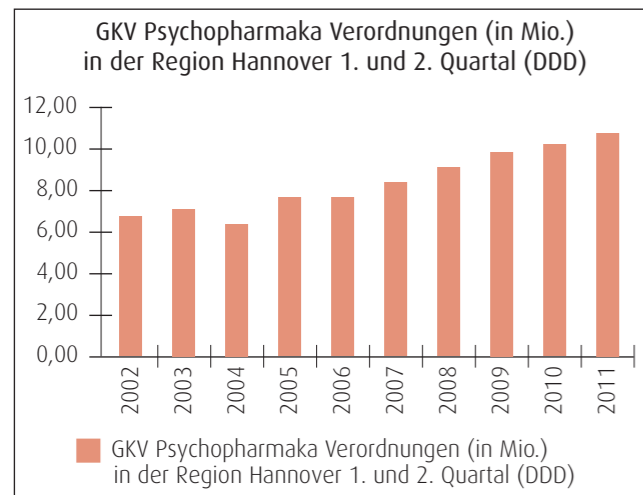
Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes Destatis wurden rund 1,2 Mio. Fälle psychischer Erkrankungen im Jahr 2009 stationär im Krankenhaus behandelt. Die Krankheitskosten für die ICD Nummer F00 bis F99 lagen für die (teil-)stationären Einrichtungen, bestehend aus Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und (teil-)stationärer Pflege im Jahr 2008 bei insgesamt knapp 17 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt, 2010). Auf die Region Hannover berechnet wären das etwa 235 Mio. Euro.

Häufigkeiten Psychopharmaka-Verordnungen

Die Verkaufszahlen von Psychopharmaka können einen Hinweis auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen geben. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nicht nur depressive Patienten Antidepressiva er-



halten. Aufgrund ihres muskelentspannenden Effektes bekommt zum Beispiel auch die große Gruppe der Patienten mit Fibromyalgien („Faser-Muskel-Schmerzen“) diese Medikamente verschrieben (Melchinger, 2012). Die Psychopharmaka standen als Indikationsgruppe im Zeitraum von Januar bis Juni 2012 an dritter Position der 30 umsatzstärksten Arzneimittelgruppen nach der Roten Liste, dem Arzneimittelverzeichnis, in der KV Niedersachsen. Der Bruttoumsatz belief sich in die-



sem Zeitraum auf knapp 88 Millionen Euro bei etwa 1,9 Millionen Verordnungen, bzw. etwa 83 Millionen Tagesdosen (DDD). Für die Region Hannover bedeutet dies, wenn man diese Zahlen auf die Einwohnerzahl

berechnet, dass in den ersten beiden Quartalen 2012 etwa 11,6 Millionen Tagesdosen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wurden. Die Grafik zeigt den zeitlichen Verlauf der Psychopharmaka Verordnungen von 2002 bis 2011, berechnet anhand der Zahlen von Niedersachsen für die Region Hannover.

Neben dem Kapitel 71, das die Indikationsgruppe der Psychopharmaka beschreibt, gibt es noch weitere Kapitel, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung psychischer Erkrankungen stehen. Dies sind die in Kapitel 11 gelisteten Antidementiva oder die in Kapitel 49 geführten Hypnotika und Sedativa. Diese finden sich allerdings nicht in den 30 umsatzstärksten Arzneimitteln wieder

Häufigkeiten Arbeitsunfähigkeit

In den letzten 15 Jahren zeichnet sich ein deutlicher Trend mit steigenden Fehlzeiten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen ab.

Die Tabelle verdeutlicht im Folgenden den Anstieg der AU-Tage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen bei gleichzeitigem Abfall von AU-Tagen aufgrund aller Diagnosen.

Häufigkeiten Arbeitsunfähigkeit

Jahr	AU-Tage in Mio.		Anteil der psych. und Verhaltensstörungen an allen Diagnosen
	Alle Diagnosen	Psychische und Verhaltensstörungen	
2001	508,6	33,6	7 %
2002	491,1	34,4	7 %
2003	467,8	45,5	10 %
2004	440,1	46,3	11 %
2005	420,5	44,1	10 %
2006	401,4	42,6	11 %
2007	437,7	47,9	11 %
2008	456,8	41,0	9 %
2009	459,2	52,4	11 %
2010	408,9	53,5	13 %

Quelle: BMAS und BAuA 2001 bis 2010

Die Bundespsychotherapeutenkammer (2010), die eine Studie zu psychischen Belastungen in der Arbeitswelt durchgeführt hat, stellt fest, dass trotz der unterschiedlichen Mitgliederstrukturen der Krankenkassen die gleichen psychischen Diagnosegruppen das AU-Geschehen prägen. Am häufigsten fallen Arbeitnehmer / innen demnach aufgrund von depressiven Erkrankungen, gefolgt von Belastungsreaktionen / Anpassungsstörungen aus. Höhere Werte von AU-Tagen pro AU-Fall gibt es nur bei Krebserkrankungen (Jacobi, 2012).

Dabei sind Angestellte im Dienstleistungssektor überdurchschnittlich oft von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen (Jacobi, 2012). Im Jahr 2008 lagen von den Versicherten der BKK's die Telefonisten mit 284, Sozialarbeiter mit 265 und Krankenpflegekräfte mit 237 Tagen Arbeitsunfähigkeit je 100 Mitglieder an der Spitze. Frauen sind im Schnitt mit 170 Tagen deutlich häufiger wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig als Männer. Hier waren mit 348 bzw. 327 Tagen je 100 Mitglieder besonders Telefonistinnen und Aufseherinnen betroffen (BKK Faktenspiegel, 2009).

Im Vergleich zur berufstätigen Bevölkerung sind die Krankheitszeiten in der arbeitslosen Bevölkerung wiederum deutlich höher (Berth et al., 2008). So hatten laut dem BKK Faktenspiegel von 2009, Arbeitslose die

meisten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen. Auf jeweils 100 Mitglieder betrachtet, hatten Männer 527 und Frauen 709 Arbeitsunfähigkeitstage. Arbeitslose Männer waren damit aufgrund psychischer Beeinträchtigungen rund fünfmal so häufig arbeitsunfähig wie der Durchschnitt aller beschäftigten Männer mit 94 Tagen (BKK Faktenspiegel, 2009).

Dies ist zu einem damit zu erklären, dass insgesamt die Berufstätigen einen bestimmten Gesundheitszustand aufweisen müssen, um ihre Arbeit ausführen zu können, während in der Gesamtbevölkerung unter anderem auch diejenigen Personen enthalten sind, die krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind. Dieser Effekt wird in der Fachsprache als Healthy Worker Effekt bezeichnet (Razum et al., 2009). Auf der anderen Seite stellten Paul und Moser (2009) nach der Durchsicht entsprechender Studien fest, dass die unmittelbaren Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf das Entstehen psychischer Erkrankungen stärker ausgeprägt sind, als der Healthy Worker Effekt, bzw. dass psychisch kranke Menschen ihre Arbeit verlieren.

Es sollte hier noch einmal erwähnt werden, dass das Burnout-Syndrom nicht in den psychischen Erkrankungen erfasst wird. Nach einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2012) erfolgen ca. 15 Prozent der Burnout Diagnosen ohne weitere Angabe

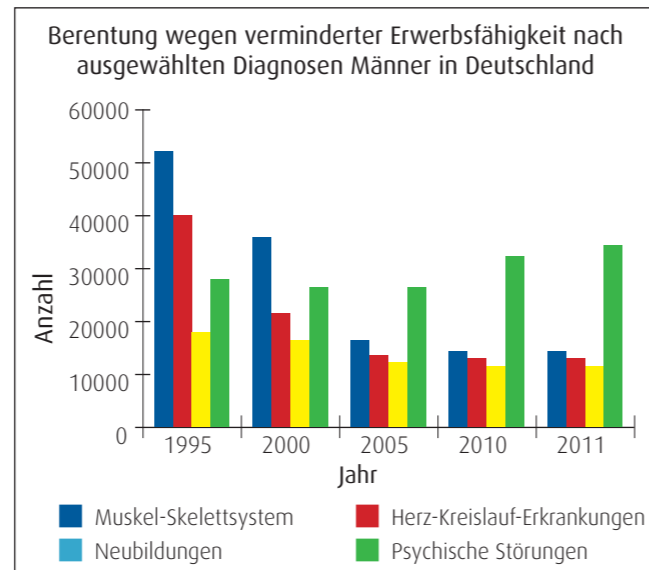
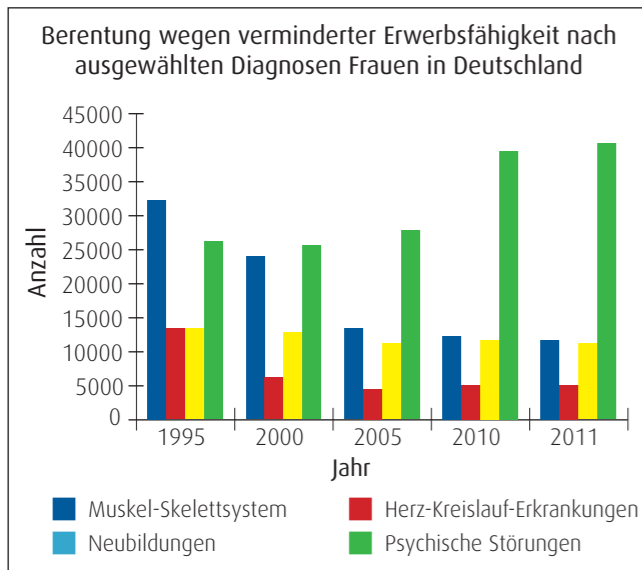
anderer Diagnosen. In knapp der Hälfte (48,8%) der Krankschreibungsfälle werden die Burnout-Syndrome zusammen mit psychischen Erkrankungen und in etwa 36 Prozent der Fälle mit anderen Erkrankungen, wie z.B. Rückenschmerzen diagnostiziert. Es ist also davon auszugehen, dass der tatsächliche Anteil an Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen, bzw. Belastungen noch etwas größer ist, als in den Statistiken dokumentiert wird.

Häufigkeiten vorzeitige Berentung

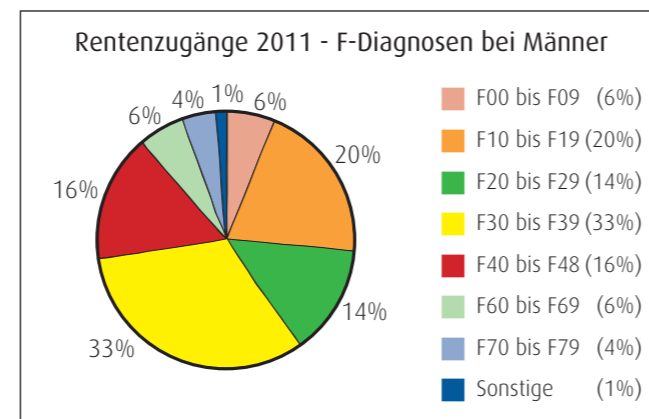
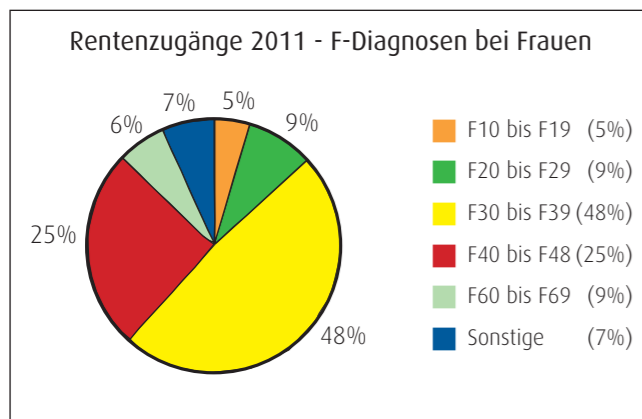
Die Zahl der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die psychischen Störungen stellen sowohl bei Männern, wie auch bei Frauen die Hauptursache bei der vorzeitigen krankheitsbedingten Aufgabe der Arbeit dar. Frauen sind insgesamt häufiger betroffen als Männer. Darüber hinaus unterscheiden sich hier auch die Diagnosen innerhalb der psychischen Erkrankungen deutlich. Bei den Frauen dominieren mit fast dreiviertel aller Erwerbsminderungsdiagnosen der psychischen Erkrankungen, also der F-Diagnosen (siehe Grafik S. 26) zwei Diagnosegruppen. Nahezu jede zweite Frau geht aufgrund der sogenannten affektiven



Störungen (F30 bis F39), wie zum Beispiel Depressionen in die krankheitsbedingte Frühberentung. Weitere 25% fallen in die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40 bis F48). Bei den Männern verteilten sich die Rentenzugänge aufgrund psychischer Erkrankungen wie folgt (s. Grafik S. 26). Die Hauptgruppe sind auch hier die affektiven Störungen (F30 bis F39) mit 33%, gefolgt von den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19) mit 20%, den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40 bis F48) mit 16% und schließlich mit 14% der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20 bis F29).



Die folgende Tabelle zeigt – unter der vereinfachten Annahme, dass in der Region Hannover die Häufigkeiten der psychischen Erkrankungen, wie auch die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung dem Bundesdurchschnitt entsprechen – die Anzahl der jährlichen Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen in der Region Hannover für die Jahre 2000 bis 2011.



Anzahl der geschätzten Frühberentungen pro Jahr aufgrund von psychischen Störungen in der Region Hannover

Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl	701	728	687	696	722	726	706	741	791	891	981	1021

Aktuelle Versorgungslage

Im Bereich der Psychotherapie wurde die Situation der niedergelassenen Psychotherapeuten am ersten September 1999 als 100 Prozent Versorgungsgrad definiert. Er wird bislang für die zwei ärztlichen Berufsgruppen, bestehend aus Nervenärzten, Neurologen, sowie Psychiatern und die „Psychotherapeuten“ berechnet. Zu den Psychotherapeuten gehören neben (Fach-)Ärzten die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Auch hier werden nur die Ärzte gezählt, die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch arbeiten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012).



In der bisherigen Bedarfsplanung variierten die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten auf jeweils 100.000 Einwohner zwischen Kernstädten von Ballungsraumgebieten und ländlichen Regionen um den Faktor 9. Diesen Unterschiedsfaktor in der Bedarfsplanung findet man bei keiner anderen Facharztgruppe wieder. Die regionale Verteilung der psychischen Erkrankungen in Deutschland weist zwar statistisch belegte Unterschiede zugunsten von ländlichen Räumen hinsichtlich der psychischen Krankheitslast auf, spiegelt jedoch nicht das Gefälle in der psychotherapeutischen Versorgungsdichte in dieser Form wider (Jacobi und Harst, 2011). Zum Vergleich: In der Frauenheilkunde und im internistischen Bereich beträgt dieser Faktor nur 2 bzw. 3 (Schulz et al., 2008).

Durch die am 1. Januar 2013 eingeführte neue Bedarfsplanungs-Richtlinie (siehe Seiten 36, 54, 91) werden sich die Verhältniszahlen anpassen, so dass sich der Faktor verändern wird.

Eine Umfrage der Bundetherapeutenkammer (BPTK, 2011) zu Behandlungskapazitäten in der ambulanten Psychotherapie hat ergeben, dass psychisch kranke Menschen in Deutschland oft vergeblich nach einem Psychotherapeuten suchen. An der Befragung nahmen

mehr als 9.000 niedergelassene Psychotherapeuten teil. Danach beginnt die Behandlung, nach einer mittleren Wartezeit von 3 Monaten auf ein Erstgespräch, im Durchschnitt rund 6 Monate nach der Anfrage. Laut der Bundespsychotherapeutenkammer ist der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen in den vergangenen Jahren nachweislich gestiegen. Dies wird insbesondere mit der steigenden Anzahl der Fehltage am Arbeitsplatz und den immer weiter ansteigenden Kosten aufgrund von psychischen Erkrankungen begründet. Dabei dominieren die depressiven Erkrankungsformen, die – im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, wie Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen – besonders lange Ausfallzeiten mit sich bringen. Patienten mit Depressionen fallen im Schnitt zwischen 5 bis 8 Wochen bei der Arbeit aus.

Methodik

Im Rahmen des Gesundheitsplenums wurde Ende 2011 beschlossen, einen Gesundheitsbericht zum Thema der psychotherapeutischen Versorgung zu verfassen. Das Gesundheitsplenum ist ein Zusammenschluss von der Ärztekammer Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen, der Zahnärztekammer Niedersachsen, der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, der Krankenkassen AOK, Techniker Krankenkasse, Barmer Ersatzkasse sowie KKH, der Selbsthilfeorganisation KI-BIS, der Verbraucherzentrale, des Stadtsportbundes, des Regionssportbundes, der Deutschen Rentenversicherung und der Landesvereinigung für Gesundheit. Das Gesundheitsplenum dient der Zusammenarbeit des Fachbereiches Gesundheit mit allen „Trägern, Einrichtungen und Vereinigungen, die in für die Gesundheit bedeutsamen Bereichen tätig sind“ (Zitat aus §1 Nds. Gesundheitsdienstgesetz). Ziel ist die Kooperation bei der Umsetzung dieses Gesetzes z.B. hinsichtlich Infektionsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung oder Gesundheitsberichterstattung.

Um die verschiedenen Sichtweisen bezüglich der ambulanten Psychotherapie erstmalig in einem Bericht vorzustellen, wurde an die mit Psychotherapie betroffenen Teilnehmer eine einfache Strukturvorgabe zur Darstellung gegeben.

1. Wer bin ich?
2. Was ist mein Auftrag?
3. Aktuelle Wahrnehmung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
4. Lösungsmöglichkeiten

Darüber hinaus wurden noch weitere betroffene Institutionen und Fachgruppen außerhalb des Gesundheitsplenums in der Region Hannover angesprochen. Die strukturierten Berichte wurden nach den genannten Punkten zusammengefasst, um ein möglichst vielseitiges Bild darzustellen. Die Zusammenfassung wurde allen Teilnehmern vorab zur Verfügung gestellt, um gegebenenfalls noch Änderungen vornehmen zu können. Der folgende Ergebnisteil gibt die Beiträge nun also nach Rücksprache mit den Teilnehmern sachlich richtig wieder. Die Originalberichte der zehn Teilnehmer finden sich im Anhang.

Zusammenfassung ‚Wer sind wir‘

Von den zehn teilnehmenden Institutionen lassen sich acht den sogenannten Körperschaften des öffentlichen Rechts² zuordnen. Dazu gehören die Bezirksstelle Hannover der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, zwei Einrichtungen der Region Hannover mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Jobcenter, die Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen und die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, sowie die beiden Regionaldirektionen der gesetzlichen Krankenversicherungen der AOK und Barmer GEK. Weiter beteiligten sich ein Berufsverband (Berufsverband Deutscher Nervenärzte – Landesverband Niedersachsen) und eine Fachgruppe der betrieblichen Sozialberatung in der Region Hannover.

² Man spricht von einer rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts bei einer mitgliederschaflich organisierten und vom Wechsel der Mitglieder unabhängigen Organisation, die durch einen **Hoheitsakt** (meistens durch ein Gesetz oder Staatsakt) ihre Rechtspersönlichkeit erhält. Der Zweck einer öffentlichrechtlichen Körperschaft ist öffentlich, entsprechend verfügt sie auch über hoheitliche Befugnisse. Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder regelt die Körperschaft mittels **Satzungen**.

Zusammenfassung ‚Was ist unser Auftrag‘

Von den zehn teilnehmenden Institutionen lassen sich die beiden gesetzlichen Krankenkassen AOK und Barmer GEK, sowie die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover den Kostenträgern zuordnen. Die AOK und die Barmer GEK sind gemäß des gesetzlichen Auftrages für die Finanzierung der ambulanten Psychotherapie als Sachleistung verantwortlich. Sie bearbeiten die eingehenden Kostenübernahmeanträge und leiten Gutachterverfahren ein. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover übernimmt dagegen die Kostenträgerschaft für die medizinische Rehabilitation im Rahmen der Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bzw. zur Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt. Sie sorgt damit für die Sicherung der Teilnahme an der Arbeitswelt. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte hat den Bericht aus der Sicht des Facharztes verfasst. Psychiater, die mit den psychosomatisch tätigen Ärzten und den Psychologischen und Kinder – und Jugendlichen-Psychotherapeuten die drei Säulen der psychotherapeutischen Versorgung bilden, übernehmen die Basisversorgung von Menschen mit psychischen und hirnrorganischen Erkrankungen und können im Gegensatz zu den Psychologischen Psychotherapeuten auch Psychopharma-

ka verordnen. Sie sind zuständig für das gesamte Spektrum der Psychotherapie mit Kriseninterventionen, Langzeitbetreuung, psychosozialen Interventionen, Begutachtungen, die Verordnung von Ergotherapie und Psychoedukation, Angehörigenarbeit, der Kooperation mit Hausärzten, Kliniken und komplementären Diensten wie der ambulanten psychiatrischen Pflege und der Wohnassistenz. Außerdem haben sie die Aufgabe der Koordination der verschiedenen Leistungserbringer. Zu den Leistungserbringern außerhalb der Regelversorgung gehören die Fachgemeinschaft betriebliche Sozialberatung und der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover. Die Mitglieder der Fachgruppe betriebliche Sozialberatung sind für die Unterstützung der Beschäftigten im jeweiligen Betrieb zuständig und kommen damit der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers nach. Sie bieten die erste innerbetriebliche Anlaufstelle in der Beratungsarbeit für Mitarbeiter mit psychischen Auffälligkeiten und begleiten die Mitarbeiter gegebenenfalls bei der Wiedereingliederung. Darüber hinaus erarbeiten sie konzeptionelle Modelle zu Themen wie psychischer Gesundheit, Konflikten und psychosozialen Belastungen. Es können sich bei der Sozialberatung auch Vorgesetzte, bei Sorge um Mitarbeiter, von den jeweiligen Mitarbeitern der Fachgruppe beraten lassen. Gemeindenahe ambulante Hilfsangebote in Form

von Beratung, Betreuung, Krisenintervention und Weitervermittlung bietet der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover im Rahmen des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) für Betroffene und deren Angehörige in der Region Hannover. Er übernimmt die Versorgungsplanung für die Erkrankten und dabei insbesondere für den Personenkreis, der aufgrund von Behandlungerschwernissen nicht oder nicht ausreichend vom vertragsärztlichen System erreicht wird.

Als Bindeglied zwischen Kostenträger und Leistungserbringer lässt sich die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrem Sicherstellungsauftrag definieren. Sie ist für die Gewährleistung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Organisation von Bereitschaftsdiensten zuständig und hat auch die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie die Interessenvertretung der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen zur Aufgabe. Zur Berufsaufsicht gehören die Ärztekammer Niedersachsen sowie die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Die Gremien der Ärztekammer arbeiten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit den anderen Heilberufskammern (der Apotheker, Zahnärzte und Psychotherapeuten) zu-

sammen. Sie garantieren und überprüfen die Qualität der Fachärztereinbildung sowie die kontinuierliche Fortbildung der Fachärzte und ärztlichen Psychotherapeuten. Bei Defiziten in der medizinischen Versorgung sucht die Ärztekammer innerhalb der Ärzteschaft und im politischen Rahmen nach Lösungen, um Abhilfe zu schaffen. Auch die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen setzt sich dafür ein, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie qualitativ gut und flächendeckend in den Regionen stattfindet. Sie ist ebenfalls für die Weiterbildung, Fortbildung, Qualitätssicherung und Einhaltung der Berufsordnung der Kammermitglieder zuständig und vertritt die Interessen der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Politik und Gesellschaft. Zu den kommunalen Einrichtungen gehört, neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover, auch die Jobcenter. Die Jobcenter sind primär für die Integration von Jugendlichen und langzeitarbeitslosen Erwachsenen, unter anderem durch individuelle Qualifizierung, Förderung und spezielle Eingliederungsmaßnahmen, in den ersten Arbeitsmarkt zuständig. Sie können jedoch im Rahmen der Betreuung der Zielgruppen für Personen mit psychischen Erkrankungen eine Basisversorgung von drei bzw. eine weitere Betreuung von zehn Stunden initiieren. In besonderen Fällen kann

auch noch eine darüber hinausgehende Betreuung von zehn Stunden veranlasst werden. Kostenträger der Behandlung sind hier die Kommunen.

Zusammenfassung der aktuellen Wahrnehmung

Behandlung

In der Wahrnehmung zur aktuellen Versorgungslage der ambulanten Psychotherapie verweisen alle Teilnehmer des Berichts auf das Merkmal Behandlung (Ärztekammer Niedersachsen, AOK, Barmer GEK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Betriebliche Sozialberatung, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Jobcenter, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Insbesondere die Wartezeiten bis zur Behandlung werden thematisiert.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover berichtet von ernüchternden Rückmeldungen der Patienten, die von Wartezeiten zwischen neun und zwölf Monaten berichten, bis eine notwendige Psychothe-

rapie angetreten werden kann. Bei ambulanter traumazentrierter Psychotherapie ist in der Regel vor einem Jahr kein Platz zu bekommen. Patienten werden laut Berufsverband Deutscher Nervenärzte nicht selten nach langem Warten auf das Erstgespräch mit dem Therapeuten abgelehnt. Dies kann neben der Kränkung und Demotivation zu einer Verschlechterung des Zustandes führen. Eine zunehmende Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie durch Patienten nimmt auch die Ärztekammer Niedersachsen wahr. Von langen Wartezeiten insbesondere bei Vorliegen komplexer Krankheitsbilder berichtet das Jobcenter. Den Zeitraum bis zu einem ambulanten Erstgespräch beziffern die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover wie auch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen unter Hinweis auf eine Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer auf etwa drei Monate. Bis zum Beginn der ambulanten Psychotherapie vergehen etwa fünfeneinhalb Monate bei erheblichen regionalen Unterschieden. Die AOK spricht von Wartezeiten von vier bis sechs Monaten bis zum Therapiebeginn wie auch probatorischen Sitzungen. Probatorische Sitzungen dienen dazu, herauszufinden, ob eine Psychotherapie überhaupt sinnvoll ist und ob der Patient und Therapeut zueinander passen. Hier übernehmen die Krankenkassen vorab bis zu fünf Sitzungen.

Aus Sicht der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen sollte die Wartezeit auf ein Erstgespräch in der Regel nicht mehr als 14 Tage betragen, ein Behandlungsbeginn in Akutfällen sollte jederzeit möglich sein. Davon weicht die reale Versorgungslage deutlich ab. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPK) hat im Jahr 2011 eine Erhebung zu den Wartezeiten in den Praxen durchgeführt. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen berichtet die Zahlen für die Region Hannover (s. Anhang). Bei den Praxen, die eine Warteliste führen (im Stadtgebiet Hannover 71% der Praxen und in den Umlandkommunen 47,7% der Praxen, die an der Umfrage der BPK teilgenommen haben) betrug die Wartezeit auf ein Erstgespräch knapp neun Wochen in der Stadt und knapp zehn Wochen in den Umlandkommunen. Die Wartezeit auf den Beginn der Behandlung lag in Hannover bei knapp 21 Wochen und in den 20 anderen Kommunen bei gut 23,5 Wochen.

Durch die Wartezeiten treten häufiger Versorgungslücken im Anschluss einer stationären Behandlung auf (AOK), obwohl der Rehabilitationserfolg entscheidend abhängig ist von gut aufeinander abgestimmten Leistungserbringern. Eine Verlängerung der stationären Behandlung führt nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung des Ergebnisses. Insgesamt werden etwa

70% aller Anträge auf eine medizinische Rehabilitation bewilligt. Eine Ablehnung erfolgt häufig aufgrund nicht ausreichender fachärztlicher Vorbehandlung, da eine ambulante und damit kassenärztliche Vorbehandlung ausreichen würde (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover).

Die unterschiedlichen - historisch gewachsenen - Zuständigkeiten für Psychotherapie erschweren ein ganzheitliches Behandlungskonzept im Sinne des Patienten. Dabei vertreten die kostentragenden Institutionen (Krankenkassen und Rentenversicherer) im Sinne ihres jeweiligen Auftrages unterschiedliche Interessen - obwohl das primäre Interesse an der Verkürzung von Krankheitszeiten und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben der Kostenträger deckungsgleich sein sollte. So gibt es bereits Zeitverluste im Vorfeld der Beurteilung, ob bei dem Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme durch den Rentenversicherer oder eine ambulante Maßnahme durch den Krankenversicherer durchgeführt werden soll (AOK, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover). Aufgrund der langen Wartezeiten geht die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover davon aus, dass ein großer Teil der Krankenbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgt, da bei mangelhafter

psychotherapeutischer Versorgung die Ablehnung einer stationären psychosomatischen Heilbehandlung die weitere Erwerbsfähigkeit gefährdet und sich das Risiko einer möglichen Berentung wegen Erwerbsminderung erhöht. Eine medizinische Rehabilitation ohne eine vorangegangene und/oder sich anschließende ambulante Psychotherapie kann jedoch das Problem der drohenden Erwerbsunfähigkeit und Desintegration nicht alleine lösen (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover).

Die psychosomatische Rehabilitation ist grundsätzlich wirksam und effektiv. Etwa 70% der Rehabilitanden kehren an ihren Arbeitsplatz zurück und sind auch noch ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung in ihren Arbeitsplatz integriert. Weniger als ein Drittel (30%) wird als arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen. Dies betrifft häufig Rehabilitanden mit einer vorherigen Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als drei Monaten im Jahr vor der Heilbehandlung, Versicherte, die bereits einen Rentenantrag gestellt haben oder nach der medizinischen Rehabilitation einen Antrag stellen möchten, Arbeitslose, Patienten mit einer klinisch relevanten Erkrankungsschwere sowie Migranten (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover).

Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte spricht von einer überzogenen Hoffnung aller Beteiligten (Ärzte, Betroffene und Angehörige) in Psychotherapien.

Bedarfsplanung

Zum Merkmal der Bedarfsplanung äußern sich sieben der zehn Teilnehmer (Ärztekammer Niedersachsen, AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Betriebliche Sozialberatung, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen).

Damit es nicht zu viele, aber auch nicht zu wenige Vertragsärzte und -psychotherapeuten gibt, gibt es eine bundesweite Bedarfsplanung. Diese definiert, wie viele Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einer Region (Planungsbereich) notwendig sind, um eine ausreichende ambulante vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Bedarfsplanung wurde 1993 neu geregelt, um in überversorgten Regionen weitere Niederlassungen zu verhindern. Psychotherapeuten wurden 1999 in die Bedarfsplanung einbezogen. Seit-

dem gilt: Ärzte und Psychotherapeuten können sich nur neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn es einen freien Arztsitz gibt. Für die bisherige vertragsärztliche Bedarfsplanung sind für ganz Deutschland insgesamt 395 Planungsbereiche gebildet worden. Die Region Hannover besteht aus zwei Planungsbereichen. Die Landeshauptstadt Hannover bildet dabei einen Planungsbereich und die 20 umliegenden Städte und Gemeinden den zweiten Planungsbereich. Ob ein Bereich für eine Niederlassung oder Anstellung „offen“ oder „gesperrt“ ist, legt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen regelmäßig fest. Der Ärztebedarf richtete sich bislang in erster Linie nach der Zahl der Einwohner in einem Planungsbereich. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen prüft individuell für jede Arztgruppe, ob das bundesweit festgelegte Arzt-Einwohner-Verhältnis einem Versorgungsgrad von 100 Prozent entspricht. Als überversorgt gilt ein Planungsbereich, wenn die Arztdichte einer Fachgruppe die 100-Prozent-Marke um 10 Prozent oder mehr übersteigt. Für diese Arztgruppe gilt dann eine Zulassungsbeschränkung. Der Planungsbereich ist dann auf diesem Fachgebiet für weitere Niederlassungen oder Anstellungen „gesperrt“. Niederlassungen in einem „gesperrten“ Fachgebiet sind jedoch durch Praxisübernahmen oder im Wege des Sonderbedarfs möglich.

Welche Sitze innerhalb eines gesperrten Fachgebietes durch Praxisübernahme zur Verfügung stehen, wird im Amtsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung veröffentlicht. Über die Ausschreibung entscheidet nach neuer gesetzlicher Regelung ein Zulassungsausschuss aus Ärzte- und Kassenvertretern. Dieser kann die Ausschreibung ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Unterversorgung herrscht, wenn der Versorgungsgrad den Bedarf bei den Hausärzten um mehr als 25 Prozent und bei Facharztgruppen um mehr als 50 Prozent unterschreitet. Die Öffnung für neue Niederlassungen erfolgt aber bereits, wenn der Versorgungsgrad unter 110 Prozent fällt. Dann sind so viele Neuzulassungen möglich, bis die 110-Prozent-Grenze erstmals wieder überschritten wird.

Während der Arbeiten zu diesem Bericht ist die maßgebliche Bedarfsplanungsrichtlinie neu gefasst worden und zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten. Diese sieht eine differenzierte Regelung der Planungsbereiche vor (kleinere Regionen für Hausärzte, größere Regionen für die Facharztgruppen je nach Spezialisierungsgrad). Außerdem werden demografische Entwicklungen und Mitversorgereffekte berücksichtigt. Dadurch soll eine bessere Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten

erreicht werden. Bundesweit wird mit mehr als 1.000 zusätzlichen Psychotherapeuten-Sitzen gerechnet, für Niedersachsen mit ca. 80 neuen Sitzen. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen rechnet aktuell nicht mit spürbaren Verbesserungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für die Stadt Hannover und die 20 Umlandkommunen, da die reale Unterversorgung in anderen ländlichen Regionen Niedersachsens größer ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen schätzt ebenfalls, dass die Zulassungsbeschränkungen in den für Psychotherapeuten weiterhin getrennten Planungsbereichen Stadt wie Umland Hannover bestehen bleiben. Die AOK begrüßt die Neuanpassung der Bedarfsplanung und wartet die Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgungslage ab. Eine jetzige Beurteilung ist nicht abschließend möglich.

Bis auf die Ärztekammer Niedersachsen berichten alle teilnehmenden Institutionen von einer als unzureichend wahrgenommenen Versorgungsrealität (AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Fachgruppe betriebliche Sozialberatung, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen). Obwohl beide Planungsbereiche der

Region Hannover (Stadt Hannover als ein Planungsbereich und die 20 Umlandkommunen als zweiter Planungsbereich) derzeit zulassungsbeschränkt sind, wird die Versorgungslage laut der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen zunehmend schlechter. Sie spricht von einer Unterversorgung mit Praxen. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ist aktuell dabei, die Versorgungslage im Bereich Kliniken und Beratungsstellen zu erfassen. Im Jahr 2013 wird eine umfassende Datenerhebung bei angestellten Mitgliedern erfolgen. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte spricht von einer psychotherapeutischen Unter- bzw. Fehlversorgung in der Region. Er bemängelt, wie auch die AOK und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, dass keine Erkenntnisse über den wahren Bedarf an Psychotherapie vorhanden sind. Die Bedarfsplanung entspricht aufgrund verschiedener Faktoren, wie sozial besser akzeptierter Wahrnehmung psychischer Krankheiten, dem Wandel in der Kommunikationskultur in Familienverbänden, aber auch der wachsenden Belastung im Beruf nicht mehr dem derzeitigen Bedarf (AOK). Hinzu erschweren die regional sehr unterschiedlichen Angebote an den verschiedenen Therapieformen eine gleichmäßige Versorgung der Patienten in der Region (Ärzttekammer Niedersachsen, AOK, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen).

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Fachgruppe der betrieblichen Sozialberatung stellen fest, dass sich die bisherige Bedarfsplanung, die bis zum 31.12.2012 gültig war, an den Einwohnerzahlen und nicht am regionalen Versorgungsbedarf einer weiter alternden Bevölkerung orientierte. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover geht darüber hinaus davon aus, dass die medizinisch-psycho-somatischen Rehabilitationsleistungen die kassenpsychotherapeutischen Versorgungsdefizite in Form einer Kompensation weiter verschleiern. Dies betrifft insbesondere die Versorgung in den ländlichen Räumen.

Die Ärztekammer Niedersachsen spricht hingegen von einer ausreichenden Zahl von Psychotherapeuten. Es gibt gegenüber rund 1000 Hausärzten in der Bezirksstelle Hannover rund 500 ärztliche wie Psychologische Psychotherapeuten, eine prinzipiell zunächst ausreichende Anzahl. Als problematisch wird allerdings die regionale Verteilung der zugelassenen Psychotherapeuten wahrgenommen, die meist in der Stadt Hannover und den größeren Orten der Region ansässig sind und es damit zu Engpässen in der Fläche kommt.

Situation der Patienten

In der Wahrnehmung zur aktuellen Versorgungslage der ambulanten Psychotherapie in der Region Hannover haben sich acht Teilnehmer (Ärzttekammer Niedersachsen, AOK, Barmer GEK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover) zur Situation der Patienten geäußert.

Es wird eine zunehmende Nachfrage von Patienten nach Psychotherapie wahrgenommen (Ärzttekammer Niedersachsen, Fachgruppe betriebliche Sozialberatung, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen). Die Patienten beklagen neben langen Wartezeiten auch die nicht gebahnte und unkoordinierte Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Die Anzahl der psychisch bedingten Frühberentungen hat sich zwischen den Jahren 1993 und 2008 von 15,4 auf 35,6 Prozent mehr als verdoppelt (Fachgruppe betriebliche Sozialberatung). Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat dokumentiert, dass im monatlichen Durchschnitt etwa 150 Patienten bei der Bezirksstelle Hannover

nach einem Psychotherapieplatz fragen. Die Patienten sind bei der Auswahl und Suche des für sie richtigen Hilfsangebotes häufig überfordert und benötigen die Hilfe Dritter bei der Therapieplatzsuche. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Patienten und Patienten mit Suchtproblemen. Erkrankungen können aufgrund fehlender rechtzeitiger Behandlung chronifizieren, weil die Hilfebedürftigen mangels Erfolg den Versuch, eine psychotherapeutische Behandlung zu bekommen, aufgeben oder zu lange warten, bis sie sich zur Behandlung entschließen. Die Folge der unkoordinierten und ungebahnten Suche ist eine oft zufällige Auswahl des Psychotherapeuten, der wiederum seine erlernten Verfahren einsetzt, da keine Vorab-Abklärung der Indikation und des geeigneten Verfahrens stattfindet (Ärzttekammer Niedersachsen, AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte). Im Zuge der langen Wartezeiten werden Patienten nicht selten von nichtzugelassenen Therapeuten behandelt und haben oft Schwierigkeiten in der Kostenübernahme (AOK, Barmer GEK). Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover hat festgestellt, dass Antragsteller auf Wiedereingliederungshilfe häufig einen Bedarf an Psychotherapie haben und nur mangels Plätzen auf die Wiedereingliederungshilfe ausweichen. Er führt daher regelmäßig in seinen Beratungsstellen überbrückend stabilisierende

(psychotherapeutische) Gespräche mit Patienten, deren vorrangiger Anspruch auf SGB-V-Leistungen nicht gedeckt werden konnte. Patienten in akuten Krisen, bei denen eine ambulante Psychotherapie ausreichen würde, werden vom Sozialpsychiatrischen Dienst mangels kurzfristig verfügbarer Plätze in der ambulanten Psychotherapie stattdessen in psychiatrische Tagesklinik geschickt.

Patienten mit psychotherapeutischer Vorerfahrung profitieren deutlich besser von der stationären medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation. Dabei haben mehr Frauen (64,8%) als Männer (52,4%) sowie jüngere Menschen und Personen mit höherem Bildungsabschluss psychotherapeutische Vorerfahrung. Dagegen lehnen Personen mit niedrigerem Schulabschluss häufiger eine weitere psychotherapeutische Behandlung für sich ab. Die Diagnose hat einen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer Psychotherapie – nur etwa 37% der Patienten mit körperlichen Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen (somatoforme Störungen) haben psychotherapeutische Vorerfahrungen (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover).

Bei der Ausgestaltung sozialer Unterstützungssysteme stellt sich die Frage, ob die Hilfe auch dort ankommt, wo sie ankommen soll, d.h. ob Menschen in schwierigen Lebenslagen tatsächlich im notwendigen Umfang Zugang zu Unterstützungsangeboten haben (van Santen und Seckinger, 2008). Im heutigen Medizinsystem bekommen diejenigen Patienten, die über die höchste soziale Kompetenz verfügen, die meisten und besten Ressourcen. Je psychisch kränker ein Patient ist, umso geringer ist seine Aussicht, adäquat behandelt zu werden. Bereits in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde dieses empirische Gesetz als „Inverse Care Law“ beschrieben. Allgemein bedeutet es, dass je kränker ein Patient ist, ihm umso weniger Ressourcen im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Die Ursachen werden in der mangelnden wirtschaftlichen Attraktivität der Arbeit mit den besonders Bedürftigen sowie in schicht- und milieuspezifischen Ausgrenzungsprozessen bzw. Zugangsbarrieren gesehen.

Dass das Inverse Care Law bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Region Hannover zutreffend ist, beschreiben drei Teilnehmer (AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover) in ihrer Wahrnehmung der aktuellen Versorgungslage. Sie bestätigen,

dass auf der einen Seite Privatversicherte (Sozialpsychiatrie der Region Hannover) merklich schneller einen Therapieplatz bekommen wie auch Patienten mit einer leichteren Symptomatik (AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Menschen mit einer geistigen Behinderung und Bedarf an Psychotherapie haben die geringste Chance, einen entsprechenden Behandlungsplatz zu finden (AOK, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover).

Therapeuten

Insgesamt haben sich fünf teilnehmende Institutionen zum Merkmal Therapeuten geäußert (AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen beschreibt die Anzahl der vertragsärztlich tätigen ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Regelversorgung der gesetzlich Krankenversicherten nach dem letzten Stand der Bedarfsplanung vom 17.09.2012 mit 242,7 vertragsärztlich tätigen Therapeuten in der Stadt und

90,1 in den 20 Umlandkommunen in der Region. Dabei werden alle Psychotherapeuten (niedergelassene und angestellte, ärztliche und psychologische sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten) im Umfang ihres Versorgungsauftrages gezählt und Anrechnungsfaktoren für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und Doppelzulassungen gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt. Das Durchschnittsalter der kassenärztlich zugelassenen Psychotherapeuten in der Region Hannover liegt bei etwa 55 Jahren. Im Planungsgebiet der Stadt Hannover sind etwa 30% der niedergelassenen Therapeuten über 60 Jahre alt, in dem Planungsgebiet der 20 Umlandkommunen sind es 24% (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen). Nach der Studie der Bundespsychotherapeutenkammer gaben in der Stadt Hannover etwa 30% der teilnehmenden Psychotherapeuten an, dass sie aufgrund der großen Nachfrage entweder keine Warteliste führen oder dass die Wartelisten voll sind. In den Umlandkommunen war dies mit 52% mehr als jeder zweite Therapeut. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen schreibt weiter, dass sich die Psychotherapeuten nur in wenigen und sehr begrenzten Ausnahmefällen direkt vertreten lassen oder Assistenten einstellen können, aber seit 2008 halbe Therapeutesitze abgeben können. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass ein be-

trächtlicher Teil der Therapeuten nicht das zugelassene Kontingent voll ausschöpft, um der Vereinbarkeit von Familie und Beruf nachkommen zu können. Damit bleiben Zulassungsanteile oft unbesetzt (Ärztekammer Niedersachsen, AOK). Hausärzte, Psychiater und psychiatrische Kliniken verweisen ihre Patienten zu weiteren Gesprächen und Vermittlung aufgrund mangelnder Ressourcen an den Sozialpsychiatrischen Dienst (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover).

Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte beschreibt in seiner Wahrnehmung, dass es bei den Psychotherapeuten, um das genehmigte Kontingent voll auszuschöpfen, zu langen Verweildauern der Patienten kommt, auch wenn eine kürzere Behandlungsdauer ausreichend wäre. Es gibt zu wenig kurztherapeutische Ansätze. Die Psychotherapeuten haben dem geschuldet kaum Valenzen für Kriseninterventionen. Darüber hinaus haben die Psychotherapeuten Vorbehalte gegenüber pharmakologischen Behandlungen und kooperieren wenig mit Fachärzten oder Hausärzten. Die Psychotherapeutenkammer spricht hingegen von enger Kooperation mit anderen Ärzten des Patienten bei vielen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Die Psychotherapie erhöhe häufig die Bereitschaft der Patienten, bei medizinisch notwendigen Behandlungen mitzuarbeiten.

Psychotherapeuten empfehlen häufig laut dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte eher nicht notwendige stationäre psychotherapeutisch orientierte Behandlungen, anstatt eine psychiatrische ambulante Weiter- bzw. Mitbehandlung. Die Psychotherapie bzw. der Psychotherapeut wird für viele Patienten ein Ersatz für Zuwendung, Aufmerksamkeit und Partnerschaft. Die regelmäßige Behandlung wird zum festen Bestandteil des Daseins. Von Seiten der Psychotherapeuten kommt es in diesen Fällen zu unzureichender Förderung der Autonomie des Patienten. Die Folge sind unnötige Verlängerungen der Behandlung. Die derzeitige Vergütungssystematik bringt dabei wenig Anreize für strukturelle Veränderungen in der Therapie.

Zum Merkmal der Vergütung äußert sich auch die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Sie merkt an, dass die aktuelle Vergütung insgesamt nicht einem gut und lange ausgebildeten und eigenverantwortlich arbeitenden akademischen Heilberuf entspricht. Viele Tätigkeiten, die neben der eigentlichen Therapie am Patienten ausgeführt werden, wie beispielsweise Telefonsprechstunden, Konsiliarische Erörterungen, Supervision oder schriftliche Dokumentationen werden gar nicht oder nur gering vergütet, sind aber zeitintensiv. Entgegen der Vorstellung, die Praxen seien nicht ausgelastet, arbeiten nach neueren Erhebungen der

Psychotherapeutenkammer die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchschnittlich 27 Stunden im Rahmen eines vollen Kassensitzes, was einer gesamten Wochenarbeitszeit von etwa 40 bis 45 Stunden entspricht.

Zusammenfassung: Lösungsmöglichkeiten nach Merkmalen

Bedarfsplanung

Vorschläge zum Merkmal der Bedarfsplanung gab es von sieben Teilnehmern (Ärztekammer Niedersachsen, AOK, Betriebliche Sozialberatung, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Die überwiegende Meinung ist, dass die Bedarfsplanung zielgerichtet an den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten angepasst werden sollte (AOK, Betriebliche Sozialberatung, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen). Dazu sollte der Bedarf realistisch erhoben werden. Die Psychotherapeuten-

kammer, die sich grundsätzlich für eine Beibehaltung der Bedarfsplanung ausspricht, schlägt weiter vor, dass die Planungsbezirke geändert werden sollten, um das große Gefälle in der Dichte der Versorgung zu reduzieren. Es sollten Verhältnisse zwischen Einwohnerzahl, Morbidität und auch Erreichbarkeit für die Patienten ermittelt werden und in die Planung einfließen. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover und der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover empfehlen, bei der Bedarfsplanung Zeiten und nicht Personen zu berücksichtigen, da viele Therapeuten nicht ganztags arbeiten. Damit käme es zu einer vollständigeren Auslastung der zur Verfügung stehenden Behandlungsstunden. Die Ärztekammer Niedersachsen weist darauf hin, dass eine Neubesetzung von Psychotherapiepraxen nur in unterversorgten Regionen durchgeführt werden sollte. Ein Teil dieser Ansätze wird mit den Änderungen der Bedarfsplanung ab 01.01.2013 umgesetzt.

Vergütung

Zum Merkmal der Vergütung haben sich vier teilnehmende Institutionen geäußert (AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Kassenärztliche Vereinigung

Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Der Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung sollte durch die gesetzlichen Krankenkassen dauerhaft extrabudgetär³ angemessen vergütet werden (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen). Im Jahr 2012 haben sich Ärzte und Krankenkassen darauf verständigt, die Psychotherapie zunächst für vier Jahre aus der mengenbegrenzten Gesamtvergütung herauszunehmen. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover spricht sich für eine Aufstockung des Budgets für psychotherapeutische Leistungen aus, um die Kapazitäten zu erhöhen. Es sollte außerdem eine Übergangsregelung für zeitnahe psychotherapeutische Gespräche durch Therapeuten in Ausbildung bis zum Beginn einer regulären Psychotherapie als Übergangsgesprächspartner eingeführt werden. Dieses Modell wird in Salzgitter bereits praktiziert. Kostenträger könnten hier die gesetzlichen Krankenkassen oder unter geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen die Rentenversicherungsträger sein. Die AOK schlägt vor, dass Anreize für Therapeuten gesetzt werden sollten, damit diese auch schwierige Fälle annehmen. Darüber hinaus werden aktuell

³ ohne Budgetierung = wird in der tatsächlich angefallenen Höhe vergütet

Sonderverträge für die Behandlung der Schizophrenie und Depression entwickelt. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen spricht sich dafür aus, dass Versorgungsverträge zur Durchführung einer frühzeitigen und gezielten psychodiagnostischen Abklärung und Akutbehandlung breitere Anwendung finden. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte empfiehlt Vergütungsanreize für Psychiater und Psychotherapeuten, damit mehr Kurzzeitinterventionen erbracht werden, da zurzeit die antragspflichtige Langzeittherapie besser vergütet wird.

Behandlung / Vernetzung

Zum Themenbereich der Behandlung und Vernetzung haben acht Teilnehmer Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen (AOK, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Fachgruppe betriebliche Sozialberatung, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Jobcenter, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Grundsätzlich sollte eine verbesserte Aufklärung zur Motivation und gegen Stigmatisierungsangst von Patienten angestrebt werden (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen).

Eine stärkere Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Setting, um eine bessere Anschlussversorgung zu gewährleisten empfehlen die AOK, die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, die Fachgruppe betriebliche Sozialberatung und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Insgesamt sollten Gruppentherapieangebote vermehrt berücksichtigt werden. (Fachgruppe betriebliche Sozialberatung, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen). Wie der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover empfehlen auch der Berufsverband Deutscher Nervenärzte, die Fachgruppe betriebliche Sozialberatung und das Jobcenter die Schaffung von qualitativ hochwertigen Übergangslösungen bzw. eines Krisendienstes für eine psychotherapeutische Intervention, um lange Ausfallzeiten und Chronifizierung zu vermeiden. Dies kann durch ein erhöhtes Angebot von Kurzzeitinterventionen durch angestellte oder anzustellende Psychologen in Sozialpsychiatrischen Diensten und psychiatrischen Institutsambulanzen (Berufsverband Deutscher Nervenärzte) oder die Einführung von mehr niedrigschwelligen Angeboten zu ambulanter Psychotherapie, z.B. in Form von Seminaren zu Psychoedukation, Burnout und Depression stattfinden (Fachgruppe betriebliche Sozialarbeit). Dafür sollte auch der Behandlerkreis auf Therapeuten mit sogenannter ‚systemischer Weiterbildung‘

erweitert werden (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Auch die Zusammenarbeit innerhalb des ambulanten Sektors zwischen Beratungsstellen, Psychotherapeuten und Psychiatern sollte intensiviert werden, um gegebenenfalls medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen zu verknüpfen (Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen). Dabei könnte den Gemeindepsychiatrischen Verbänden die Vernetzung obliegen (AOK). Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen rät zu einer flexibleren Dauer der Psychotherapie abhängig vom Behandlungsbedarf. Für eine bessere Abschätzung des weiteren Handlungsbedarfes sollten Zwischenberichte für den Hausarzt angefertigt werden, da nicht immer alle bewilligten Therapiesitzungen notwendig sind (AOK). Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover schlägt die Verlagerung von Behandlungsaufträgen mit definierten Zielvorgaben in den ambulanten Bereich vor.

Therapieplätze

Zu Therapieplätzen haben sechs Institutionen Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen (ÄKN, AOK, Barmer GEK, Fachgruppe betriebliche Sozialberatung, Kassenärztli-

che Vereinigung Niedersachsen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Zur Vereinfachung des Zugangsverfahrens zur ambulanten Psychotherapie empfehlen die Ärztekammer Niedersachsen, die AOK, die Barmer GEK und die Fachgruppe betriebliche Sozialberatung die zentrale Sammlung freier Therapieplätze z.B. durch eine Koordinierungsstelle oder die Schaffung einer tagesaktuellen Datenbank. Die Ärztekammer Niedersachsen empfiehlt eine Koordinierungs- und Vermittlungsstelle, die anstelle des bisherigen Antragsverfahrens von den Kostenträgern eingerichtet werden sollte. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen befürwortet ebenfalls die Einrichtung einer Clearingstelle zur Abklärung, ob es überhaupt einer Psychotherapie bedarf und welches Versorgungsangebot das richtige ist, sowie eine telefonische Auskunft- und Vermittlungsstelle für Patienten. Auch die Ärztekammer Niedersachsen rät zur Einrichtung einer Internetplattform über die Indikation zur Psychotherapie und der Aufklärung über die verschiedenen Therapieverfahren. Die vorhandenen Behandlungskontingente sollten vermehrt Patienten mit schwerwiegenden Störungen zu kommen (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover). Dies müsste durch eine Änderung der Richtlinie zur Gewährung von Psychotherapie geschehen.

Psychotherapeuten

Bezüglich der Psychotherapeuten haben drei Teilnehmer Vorschläge gemacht (Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen). Der Verband Deutscher Nervenärzte wünscht sich mehr Kooperationsbereitschaft seitens der Psychotherapeuten. Für eine vollständigere Auslastung zur Verfügung stehender Behandlungsstunden sprechen sich die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover und die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen aus. Dies könnte durch die Schaffung flexibler Arbeitsstrukturen beispielsweise durch Teilzulassungen ermöglicht werden.

Forschung

Die Fachgruppe betriebliche Sozialberatung und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen haben sich zum Thema Forschung geäußert und empfehlen, den Bedarf realistisch zu erheben (Fachgruppe betriebliche Sozialberatung) und ein systematisches Review durchzuführen, um typische Krankheitsverläufe zu analysieren, damit wiederholten stationären Aufenthalten entgegengewirkt werden kann (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen).

Sonstiges

Schließlich gibt es noch Lösungsansätze von vier Teilnehmern, die wir unter dem Merkmal ‚Sonstiges‘ hier zusammenfassen (Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen). Die Deutsche Rentenversicherung empfiehlt die Schaffung von strengeren Zugangskriterien für die psychosomatische Rehabilitation zur Senkung des Ressourcenbedarfes und der Gesamtfallkosten. Außerdem wünschen sie die Verfügbarkeit von umfassenden Informationen

zur Beurteilung eines Antrages zur medizinischen Rehabilitation, um sicher entscheiden zu können, ob die medizinisch-psychosomatische Rehabilitation die angemessene Behandlung ist, um das primäre Ziel der Rehabilitation zu erreichen. Die Einrichtung eines Landesausschusses, um regionalen oder quantitativen Sonderbedarf für Psychotherapie festzustellen, wünscht sich die Psychotherapeutenkammer. Darüber hinaus rät sie zur Schaffung einer flächendeckenden präventiven Versorgung. Mehr Vermittlung von Konfliktlösungsstrategien im Vorfeld einer Behandlung in den Beratungsstellen im Vorfeld einer Behandlung, um damit Krisensituationen zu entspannen, schlägt der Berufsverband Deutscher Nervenärzte vor. Schließlich empfiehlt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Arbeitsbedingungen im Alltag der Menschen darauf hin zu untersuchen, inwieweit sie für das Auftreten von Burnout-Situationen (mit)verantwortlich sind.

Das Aufgabenspektrum des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Das Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist im Wandel. Wurden bisher vorwiegend fallbezogenen Leistungen, wie beispielsweise amtsärztliche Gutachten, Trinkwasserkontrollen oder individuelle Impfberatungen durchgeführt, sind heute zusätzlich gruppen- und lebensraumbezogene Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderlich, um den Anforderungen der Bevölkerungsmedizin in den Bereichen wie Umweltmedizin oder Gesundheitsförderung gerecht werden zu können. Die Gesundheitsberichterstattung liefert dazu einen wichtigen Beitrag.

Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Gesundheitsberichte sollen einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in der Region geben. Sie können maßgebliche Probleme benennen und Gesundheitsziele, wie auch Handlungsmöglichkeiten, vor allem hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung aufzeigen. Sie liefern damit eine Grundlage für ein gemeinsames Handeln der relevan-

ten Akteure. Darüber hinaus bietet die Gesundheitsberichterstattung eine Aufklärungs- und Transparenzfunktion für die Bürgerinnen und Bürger.

Öffentliche Daseinsvorsorge in der Region Hannover

Die Region Hannover ist die zuständige Behörde der örtlichen Gesundheitsaufsicht und hat ein Interesse an der Daseinsgestaltung für und im Sinne ihrer Bürgerinnen und Bürger. Der Fachbereich Gesundheit hat bereits im Jahr 2011 einen umfassenden Gesundheitsbericht zu den Perspektiven der ambulanten ärztlichen Versorgung in den Kommunen der Region Hannover verfasst und führt nun mit diesem Bericht zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgungslage in der Region Hannover die Gesundheitsberichterstattung als zielgerichtetes Handlungsinstrument im Sinne der Daseinsvorsorge fort.

Der Weg zum Ziel

Mit diesem Bericht haben sich erstmalig verschiedene Institutionen und Fachgruppen aus der Region Hannover anhand eines strukturierten Leitfadens zur aktuellen Situation der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung geäußert. So ist hier eine innovative und vielschichtige Zusammenfassung der einzelnen Beiträge durch den Fachbereich Gesundheit in der neutralen Rolle, im Sinne der Gesundheit der Bevölkerung in der Region Hannover, möglich geworden. Die Region Hannover hat mit dieser Arbeit den relevanten Akteuren des regionalen Gesundheitswesens im Bereich der Psychotherapie so eine Plattform geschaffen, um gemeinsam eine Problemwahrnehmung und -beschreibung, wie auch Ansätze für Lösungsmöglichkeiten zu thematisieren. Die Zusammenfassung der Einzelbeiträge wurde vor der Fertigstellung des Berichtes mit allen Autoren abgestimmt. Es fand sich erstaunlich wenig Dissens oder Schuldzuweisungen zwischen den Teilnehmern. Die Problemwahrnehmung, dass es Schwierigkeiten in der ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gibt, führte in weiten Teilen zu gemeinsamen Darstellungen.

Die folgenden Erörterungen haben zu berücksichtigen, dass aus der ‚Vogelperspektive‘ der Betrachtung aller Krankheiten, sich die Rolle der Psychischen Erkrankungen zumindest etwas relativiert. Jacobi beschreibt in seinem Artikel ‚Der Hype um die kranke Seele‘ (2012), dass bei genauerer Betrachtung der gesamten AU-Tage über alle Krankheiten ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen ist. Angesichts der heutigen Arbeitsumwelt und dem einhergehenden Zuwachs an Aufgaben und dem immer weiteren Verschwimmen von Arbeit und Freizeit, sind wir heute nicht kränker, sondern anders krank. Denn quasi parallel zu dem Anstieg der psychischen Erkrankungen, zeigt sich ein Abfall im Bereich der muskulo-skelettalen Erkrankungen, bzw. Frühberentungen. Und nicht zuletzt verfügt Deutschland laut Bericht des Robert Koch-Institutes (Schulz et al., 2008) im internationalen Vergleich sowohl im stationären, als auch im teilstationären und ambulanten Bereich über ein besonders dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung, was fachlich und auch im Interesse der Patienten, die damit häufig in ihrem Lebensumfeld bleiben, zu begrüßen ist. In anderen Ländern werden Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen häufig stationär in psychiatrischen Krankenhäusern versorgt. Dennoch ist die Versorgungslage in Deutschland im Bereich der psy-

chotherapeutischen offensichtlich defizitär und soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Versorgungslage an ambulanter Psychotherapie

Da den in den 90'er Jahren berechneten Versorgungsgraden keine wissenschaftliche Bedarfsfeststellung vorausgegangen ist, kann auch in Regionen, die einen hohen Versorgungsgrad aufweisen, nicht pauschal eine reale Unterversorgung ausgeschlossen werden. Die Region Hannover ist in beiden Planungsbezirken per Definitionem überversorgt. Dennoch haben nahezu alle beteiligten Institutionen eine Unterversorgung wahrgenommen. Es wurde daher mehrfach der Wunsch geäußert, den Bedarf wissenschaftlich zu erheben.

Der tatsächliche Bedarf an (ambulanter) Psychotherapie ist schwer zu ermitteln, da verschiedene Behandlungsmethoden für psychische Erkrankungen von verschiedenen Gruppen von Leistungserbringern auch in Kombination möglich wie auch angemessen sein können (Walendzik et al., 2010). Dazu hat es sich bislang als schwierig erwiesen, die Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen, z.B. aufgrund des Diagnosever-

haltens der Ärzte, etc. realistisch zu erheben. Hinzu kommt, dass nicht alle, die die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen, auch aktiv eine Behandlung aufsuchen. Es gibt also eine Verzerrung in der Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes. Dabei sind die diagnostischen Instrumente, wie beispielsweise strukturierte Interviewleitfäden - obwohl es in der Regel keine ‚objektiven‘ Laborparameter gibt - durchaus zuverlässig (Jacobi, 2012).

Da das Burnout-Syndrom bislang keine anerkannte Behandlungsdiagnose ist, sondern lediglich eine Zusatzbeschreibung ist, taucht sie nicht in den Statistiken der F-Diagnosen auf. Dadurch kann es zu einer Unterschätzung des Bedarfes kommen, da Menschen aufgrund der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auch mit der alleinigen Diagnose ‚Burnout-Syndrom‘ krankgeschrieben werden können. Der aktuelle DEGS (Kurth 2012) könnte hier vielleicht erste reelle Zahlen liefern. Zukünftig ist aufgrund demografischer Veränderungen mit einem weiteren Anstieg der Demenzerkrankungen zu rechnen, da diese mit steigendem Alter gehäuft auftreten.

Ökonomische Folgen

Es werden hier vorrangig die Versorgungsprobleme der Betroffenen dargestellt – es sollte jedoch nicht aus dem Auge verloren werden, dass neben der Krankheitslast, nicht selten auch ökonomische Folgen von den Patienten getragen werden müssen.

Im Vergleich zur Gesamtentwicklung haben insbesondere die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen in ihrer Bedeutung als Grund für eine Erwerbsminderungsrente zugenommen. Mit einer frühen Berentung aufgrund von psychischen, wie auch körperlichen Erkrankungen, steigt also das Armutsrisiko für die Betroffenen. Ursächlich sind hierbei die oft geringen Rentenbeiträge, die im Laufe des häufig instabilen und prekären Erwerbslebens eingezahlt wurden (Bäcker, 2012). Für Bezieher/Innen des Arbeitslosengeldes II werden seit dem 01.10.2010 keine Rentenversicherungsbeiträge mehr vom Jobcenter gezahlt. Bis zum 31.12.2009 wurde hier ein prozentualer Anteil der Regelleistungen an den Rentenversicherungsträger abgeführt. Damit sind Langzeitarbeitslose, die insgesamt noch deutlich häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind, noch stärker von der Altersarmut bedroht.

Dies zeigt sich unter anderem bei der Grundsicherung nach dem SGB XII. Wer über 64 Jahre ist oder im Alter von 18 bis 64 Jahren eine volle Erwerbsminderung hat, erhält auf Antrag die ‚Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung‘. Insgesamt ist in beiden Altersgruppen ein Anstieg zu beobachten. In der Region Hannover ist dabei der Anteil der 18 bis 64-jährigen, die diese Grundsicherung beziehen und nicht in einer Einrichtung leben von 31,75% im Jahr 2007 auf 35,16% im Jahr 2012 gestiegen. Es handelt sich also um einen tatsächlichen Anstieg in der Gruppe der Menschen mit voller Erwerbsminderung. Es muss hier allerdings berücksichtigt werden, dass die medizinische Ursache für die festgestellte Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe- bzw. Grundsicherungsstatistik nicht erfasst wird. Damit kann der Zusammenhang zwischen dem steigenden Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen und dem gleichzeitigen Anstieg der Personen mit Grundsicherung bei Erwerbsminderung nicht eindeutig belegt, sondern nur angenommen werden.

Versorgungsprobleme

Die Versorgungsprobleme, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird, fächern sich in verschiedene Merkmale auf.

Transparenz des Angebotes der ambulanten Psychotherapie

Wie aus amtsärztlicher Sicht erwartet wurde, zeigt es sich, dass das Feld der psychotherapeutischen Versorgung nicht leicht zu überblicken ist. Es nehmen viele verschiedene ambulante und auch stationäre Akteure (s. Kapitel ‚Psychotherapeuten‘ und ‚Psychotherapieverfahren‘) mit jeweils unterschiedlichen Beiträgen teil. Für einen psychisch Kranken ist dieses recht unübersichtliche System verständlicherweise schwer handhabbar, wenn selbst die Leistungserbringer nicht immer in der Lage sind, die vollständige Situation den Tatsachen entsprechend darzustellen.

Die Patienten sind bei der Auswahl und Suche des für sie richtigen Hilfsangebotes häufig überfordert und benötigen die Hilfe Dritter bei der Therapieplatzsuche. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Patienten, Patienten mit Suchtproblemen und älteren Menschen.

Hier sind Informationen, die im Internet zugänglich sind, nicht ausreichend, sondern teilweise sogar verwirrend. Notwendig wäre hier eine persönliche umfassende Beratung und Hilfestellung durch Fachkräfte. Im Interesse der Transparenz der Angebotsstrukturen hat der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover (2012) für betroffene Menschen eine umfangreiche Liste der Angebotsformen / Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover herausgegeben, die über die Geschäftsstelle bezogen werden kann. Die individuelle Verfügbarkeit dieser Hilfemöglichkeiten ist damit aber weiterhin klärungsbedürftig im Sinne der obengenannten Unterstützung.

Verfügbarkeit des Angebotes der ambulanten Psychotherapie

Aufgrund der bislang bestehenden langen Wartezeiten geht die Deutsche Rentenversicherung Hannover Braunschweig davon aus, dass ein großer Teil der Krankenbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgt, da bei mangelhafter vorhergehender psychotherapeutischer Versorgung die Ablehnung einer stationären psychosomatischen Rehabilitation die weitere Erwerbsfähigkeit gefährdet. Durch eine Nichtbehandlung erhöht sich das Risiko einer mögli-

chen Berentung wegen Erwerbsminderung. Hier entsteht aus diesen Gründen für die Rentenversicherer ein größerer Zahlungsdruck, als für die gesetzlichen Krankenkassen, damit ihren Versicherten die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit ermöglicht wird. Eine Reduktion der teils mehrmonatigen Zeitverluste im Vorfeld der Beurteilung, ob bei dem Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme durch den Rentenversicherer oder eine ambulante Maßnahme durch den Krankenversicherer durchgeführt werden soll, ist sehr wünschenswert. Dazu bedarf es eindeutiger Richtlinien, die die Kostenübernahme durch den jeweiligen Träger definieren. Hier gibt es durchaus erfreuliche Veränderungen ab dem 1. Januar 2013, wodurch die komplette psychotherapeutische Versorgung nun extrabudgetär⁴ vergütet wird. Bislang wurde die psychotherapeutische Versorgung aus der budgetierten Gesamtvergütung bezahlt, damit wurde ein festgelegter Anteil der Vergütung für die psychotherapeutische Versorgung bereit gestellt. Wurden mehr Leistungen erbracht, konnten sie ggf. nur abgestaffelt vergütet werden. Durch die extrabudgetäre Vergütung erfolgt nun eine Vergütung in Höhe der tatsächlich erbrachten Leistungen, ohne

⁴ ohne Budgetierung = wird in der tatsächlich angefallenen Höhe vergütet

dass eine Budgetierung der Vergütung erfolgt. Darüber hinaus verhandelt die AOK mit der Kassenärztlichen Vereinigung aktuell einen Sondervertrag zur Behandlung von Depression und Burnout, der auch Vergütungsanreize für Kurzzeitinterventionen beinhaltet. Fachlich ist es durchaus erwägenswert, Kurzzeittherapien einer Langzeittherapie vorzuziehen, um mit geringerem Aufwand, einem größeren Personenkreis zu helfen und damit mehr positive Ergebnisse zu erzielen. Dieses System der Vergütungsanreize für Kurzzeittherapien könnte hier die richtigen Rahmenbedingungen setzen. Dadurch könnten sich auch die Wartezeiten auf einen Therapieplatz reduzieren. Durch einen verkürzten Zeitraum bis zum Therapiebeginn, verringert sich das Risiko der Verschlimmerung oder sogar Chronifizierung der Erkrankung und die weitere Erwerbsfähigkeit ist weniger gefährdet.

Ein weiterer Mangel ist auch, dass „einfachere Patienten“ in der Behandlung bevorzugt werden und schwere Fälle nicht oder nicht ausreichend behandelt werden. Hier könnte ebenfalls mittels Vergütungsanreizen eine Gradation der Erkrankung mit der Gradation der Bezahlung verknüpft werden.

Bedarfsplanung

Mit der Anpassung der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 wird es auch eine Anpassung der Planungsbezirke geben, die für eine bessere Verteilung sorgen soll. Für die Region Hannover bleibt es allerdings bei den bisherigen zwei Planungsbereichen mit der Landeshauptstadt Hannover bzw. den 20 umliegenden Städten und Gemeinden. Durch die Neuanpassung werden bundesweit über 1.000 neue Therapeutesitze dazu kommen, für Niedersachsen wird mit etwa 80 neuen Stellen gerechnet. Es bleibt aber abzuwarten, ob es überhaupt so viele zulassungswillige Therapeuten gibt, die in die Versorgung gehen wollen. Sowohl die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wie auch die Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen rechnen nicht mit einer spürbaren Veränderung für die Region Hannover, da in den ländlichen Gegenden Niedersachsens, wie im Ergebnisteil beschrieben, noch größere Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen. Eine entsprechende Erhöhung der Behandlungskapazitäten erscheint insbesondere in ländlichen Räumen daher unverzichtbar, wird sich für die Region Hannover aber vermutlich aus den oben genannten Gründen dennoch nicht positiv auswirken.

Fazit

In dieser Studie wurden erstmals Erfahrungen und Sichtweisen von direkt oder indirekt an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten regionalen Akteure zusammengeführt. Bei der Beschreibung von Unzulänglichkeiten in der Versorgung zeigt sich weitgehende Übereinstimmung. In den Beiträgen wurde von vielen Teilnehmern konstruktive Ansätze für Lösungen skizziert. Diese können als Grundlage für eine optimierte Versorgung in der ambulanten Psychotherapie dienen. Die Region Hannover wird diesen Prozess weiterhin beobachten und fördern.

Bäcker G. Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Altersübergangsreport 2012-03. Forschungsnetzwerk Alterssicherung; Universität Duisburg Essen; Institut Arbeit und Qualifikation; Hans-Böckler Stiftung.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Gesundheitsreport Bayern. Psychische Gesundheit – Update 2011. Gesundheitsreport Bayern 1/2011; 2011.

Berth H, Balck F, Albani C, Förster P, Stöbel-Richter Y, Brähler E. Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Hrsg. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2008.

BKK Bundesverband. BKK Faktenspiegel. Schwerpunktthema Gesundheit in der Krise. BKK Faktenspiegel Ausgabe Dezember 2009.

BKK Bundesverband. BKK Faktenspiegel Seelische Gesundheit. BKK Faktenspiegel Ausgabe 05/2012.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Unfallverhütungsbericht Arbeit. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012.

Bundespsychotherapeutenkammer. Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPTK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt. Pressekonferenz der Bundespsychotherapeutenkammer am 23. März 2010.

Bundespsychotherapeutenkammer. Wartezeiten in der Psychotherapie. Psychisch kranke Menschen suchen vergeblich einen Psychotherapeuten. BPTK Studie: Behandlungskapazitäten erheblich unter dem Bedarf. BPTK-Spezial; Ausgabe Juni 2011.

Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit, Psychische Erkrankungen und Burnout. BPTK, 2012.

Bundesministerium für Gesundheit. ICD-10-GM Version 2013 Systematisches Verzeichnis (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification - ; Herausgeber: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2012.

Health Education Authority (HEA). Community Action for Mental Health. London: Health Education Authority; 1999.

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGBV. 2006; Bundesanzeiger Nummer 241; 356

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). In der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2012 B7).

Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004 (47); 736-744; 2004

Jacobi F, Harfst T. Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. Reportpsychologie (36); 3 / 2011.

Jacobi F. Der Hype um die kranke Seele. Gesundheit und Gesellschaft 5/12, 15. Jahrgang; 23-27; 2012.

Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Modediagnose Burnout. Deutsches Ärzteblatt 46 / 2011; 781-787.

Kurth BM. Erste Ergebnisse aus der Studie ‚Zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland‘ (DEGS). Bundesgesundheitsblatt 2012; DOI 10.1007/s00103-011-1504-5; © Springer-Verlag 2012.

Melchinger H. Ist der Beruf des niedergelassenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie noch zu retten? Vortrag am Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, 20.06.2012.

Melchinger H. Psychotherapie: Unter- oder Fehlversorgung? Psychosoziale Umschau; 27. Jahrgang; 03/2012; 4-6.

Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-Analysis. Journal of Vocational Behaviour 2009; 74; 264-282.

Razum O, Breckenkamp J, Brzoska P. Epidemiologie für Dummies. 2009 Wiley-Vch Verlag GmbH & Co KGaA, Weinheim.

Schneider F, Falkai P, Nessler J, Amlacher J. Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Informationen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Stand November 2009.

Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Obsan Bericht 52, 2012.

Schulz H, Barghaab D, Harfst T, Koch U. Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin, 2008

Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover. Liste der Angebotsformen / Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover. 2012

Statistisches Bundesamt (Destatis). Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12; Reihe 7.2; Wiesbaden 2010

Sturny I, Schuler D. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2009 (korrigierte Version, März 2012). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Dezember 2010.

Van Santen E, Seckinger M. Von der Schwierigkeit Hilfe zu bekommen. ZSR 54 (2008), Heft 4; 343-362

Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R. Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.

WHO. The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WHO. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Psychische Gesundheit: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. EUR/04/5047810/7, 2005.

WHO. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Weltgesundheitsorganisation, 2006.

Internetquellen

www.destatis.de

www.g-ba.de

Links

Krankheitskosten pro Kopf / Destatis:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Tabellen/KrankheitsklassenAlter.html>

Psychotherapieverfahren Gemeinsamer Bundesausschuss

<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/psychotherapie/verfahren/>

Anhang

Ärztékammer Niedersachsen

1) Wer sind wir?

Die Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen betreut als Unterorganisation der Ärztekammer Niedersachsen 10.000 Ärztinnen und Ärzte der Region Hannover. Hierunter befinden sich:

3.900 Krankenhausärzte

2.700 niedergelassene Ärzte, davon 1.015 Hausärzte

150 ärztliche Psychotherapeuten

2.100 nicht tätige Ärztinnen und Ärzte

2) Was ist mein/unser Auftrag?

Die Gremien der Ärztekammer arbeiten für eine optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eng mit den anderen Heilberufskammern (der Apotheker, Zahnärzte, Psychotherapeuten) zusammen. Die Ärztekammer garantiert und überprüft die Qualität einer modernen und vollständigen Facharztweiterbildung sowie die kontinuierliche Fortbildung ihrer Fachärzte und ärztlicher Psychotherapeuten. Bei Defiziten in der medizinischen Versorgung sucht sie innerhalb der Ärzteschaft und im politischen Rahmen neue Lösungen und sorgt für Abhilfe.

3) Wie nimmt die Ärztekammer die aktuelle Versorgungslage wahr?

Die Ärztekammer sieht eine zunehmende Nachfrage nach Psychotherapie durch Patienten. Diese beklagen lange Wartezeiten auf Erstgespräch und Therapiebeginn und die nicht gebahnte oder unkoordinierte Suche nach einem Psychotherapeuten. Nach Ansicht der Ärztekammer, Bezirksstelle Hannover gibt es eine ausreichende Anzahl von Psychotherapeuten (Ärzte wie psychologische Psychotherapeuten), nämlich rund 500 gegenüber rund 1000 Hausärzten in der Bezirksstelle Hannover. Probleme sind die regionale Verteilung (die zugelassenen Psychotherapeuten arbeiten meist in Hannover und den größeren Orten der Region, so dass es zu Engpässen in der Fläche kommt), die reduzierten Arbeitszeiten der Psychotherapeuten (die zum Teil nur geringe Stundenkontingente anbieten), die völlig unregelmäßige Suche und Kontaktaufnahme von Patienten zu Psychotherapeuten (die dazu führt, dass es dem Zufall überlassen bleibt, welcher Therapeut mit welchem Verfahren schließlich eine Therapie anbietet und beginnt). Darüber hinaus haben die Honorarverteilungsmechanismen der Kassenärztlichen Vereinigung dazu geführt, dass Hausärzte mit Psychotherapieausbildung nur einen Bruchteil des

Honorars anderer Fachgruppen erhalten und diese Gruppe deswegen derzeit kaum noch Patienten annimmt. Eigene Daten hat die Ärztekammer nicht, sie greift auf die der Kassenärztlichen Vereinigung zurück.

4) Welche Lösungsmöglichkeiten sehen wir?

1. Einheitliche Honorare nach EBM für alle Psychotherapeutengruppen gewährleisten (KVN).
2. Schaffen einer Koordinierungs- und Vermittlungsstelle für Patienten mit Psychotherapiewunsch. Hier sollten erfahrene Psychotherapeuten Probestunden anbieten und passgenau an andere Psychotherapeuten mit dem richtigen Behandlungsverfahren weiter vermitteln. Diese Stelle sollte/könnte von den Kostenträgern eingerichtet und statt des bisherigen Antragsverfahrens etabliert werden.
3. Neubesetzung von Psychotherapiepraxen nur in unterversorgten Regionen.
4. Einrichten einer Informationsplattform (Internet) über Indikation für Psychotherapie, verschiedene Therapieverfahren, Zugang hierzu für Patienten etc. (Kammern und Kassenärztliche Vereinigung).

Alle diese Vorschläge könnte das Plenum aufgreifen und bei den Verantwortlichen einfordern.

Dr. med. Cornelia Goesmann

Ärztékammer Niedersachsen - Bezirksstelle Hannover
Berliner Allee 20 | 30175 Hannover

Telefon 0511/380-2620 | Fax 0511/380-2629

E-Mail:

brigitte.bartels@aekn.de | Internet: www.aekn.de

Gesundheitsberichtserstattung „Psychotherapeutische Versorgung in der Region Hannover“

Zentrale Frage des Gesundheitsberichtes:

Gibt es einen Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung?

1. Wer bin Ich? (Vorstellung unserer Institution)

Wir, die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen sind rein rechtlich eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wir sehen und verstehen uns als ein modernes Dienstleistungsunternehmen, das sich als größter Krankenversicherer in Niedersachsen für seine Versicherten für eine optimale, qualitativ hochwertige Versorgung auf dem neuesten Stand der medizinischen Forschung stark macht. Jeder dritte Niedersachse ist bei der AOK versichert. Mit insgesamt 2,4 Millionen Versicherten ist sie damit Marktführer zwischen Nordsee und Harz. 6870 Beschäftigte betreuen die Kunden, die AOK arbeitet mit 155.000 Arbeitgebern und rund 40.000 Leistungserbringern zusammen. Das Haushaltsvolumen beträgt 8,22 Milliarden Euro – davon 6,99 Milliarden

Euro in der Krankenversicherung sowie 1,23 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung.

Herr Dr. Jürgen Peter ist Vorstandsvorsitzender der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen. Wir sind flächendeckend an 120 Standorten in Niedersachsen vertreten. Die AOK wird in der Region Hannover von Regionaldirektor Herrn Carsten Hammler geleitet. In seiner Verantwortung liegt die Betreuung von über 227.000 Versicherten und 24.000 Arbeitgebern. An sieben Standorten bieten 347 Beschäftigte den Kunden der Gesundheitskasse einen kompetenten, umfassenden Service. Neben einer Studentengeschäftsstelle in direkter Nähe zur Universität und einer City-Geschäftsstelle am Hauptbahnhof werden die Hannoveraner in der Hans-Böckler-Allee 13 betreut. In der Innenstadt (Herrenstraße) gibt es außerdem ein AOK-Gesundheitszentrum mit einem umfassenden Präventionskursangebot. Im Umland stehen die Geschäftsstellen Langenhagen, Springe und Barsinghausen allen Kunden offen.

Als größter Krankenversicherer in Niedersachsen ist die Gesundheitskasse ein wichtiger Ansprechpartner nicht nur für Versicherte und Arbeitgeber, sondern auch für Politik, Ärzteschaft, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtun-

gen und alle anderen Leistungserbringer. Gemeinsam mit ihren Partnern entwickelt die Gesundheitskasse innovative Versorgungsformen und nutzt vorhandene Einsparpotenziale zu Gunsten der Versichertengemeinschaft. Die AOK gestaltet das Gesundheitswesen aktiv mit und setzt sich dabei für die Belange der Beitragszahler ein.

2. Was ist mein Auftrag?

Beinahe täglich werden wir von unseren Versicherten kontaktiert, wenn es um die Kostenübernahme oder die Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten oder einem Therapieplatz geht. Hier ist unser Auftrag, unserem ratsuchenden Versicherten weiterzuhelfen, indem wir ihm eine geeignete Psychotherapie als Sachleistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (d.h. die Leistung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechen) zur Verfügung stellen.

In der Regel händigen wir unserem Versicherten eine Liste der zugelassenen Psychotherapeuten aus, in der Praxissitz, Therapieart, Sprechzeiten und die Erreichbar-

keit des Therapeuten angegeben sind. Oftmals erwartet der Versicherte auch von uns, dass wir für ihn einen Therapieplatz suchen. Da von den Psychotherapeuten eine gewisse Eigeninitiative der Patienten erwartet wird, bitten wir unsere Versicherten, sich grds. selbst um einen geeigneten Therapieplatz zu kümmern. Sofern unser Versicherter trotz intensiver Bemühungen keinen Therapieplatz finden kann, sind wir selbstverständlich bereit, ihn bei der Suche so gut wie möglich zu unterstützen.

Es ist außerdem unsere Aufgabe, eingehende Kostenübernahmeanträge auf Psychotherapie zu bearbeiten (Kostenzusagen erteilen oder evtl. ablehnende Bescheide erteilen) und dabei zu prüfen, ob es sich beim Behandler um einen zugelassenen Psychotherapeuten und um eine Therapieform nach dem Richtlinienverfahren handelt (d.h. ob die Form Psychotherapie als Kassenleistung anerkannt ist). In einigen Fällen ist auch ein Gutachterverfahren einzuleiten.

Als einen speziellen Auftrag verstehen wir die Betreuung unserer arbeitsunfähig psychisch erkrankten Versicherten, um ihnen eine möglichst schnelle Genesung und eine reibungslose Rückkehr ins Erwerbsleben zu ermöglichen.

Der Bürger nimmt uns gegenüber folgende Rollen ein: Er tritt uns als Versicherter und Beitragszahler, Ratsuchender, Hilfebedürftiger und zu Beratender mit der Erwartungshaltung eines Behandlungsangebotes gegenüber.

3. Wie nehme ich die aktuelle Versorgungslage wahr?

Immer wieder treten unsere Versicherten an uns heran und beklagen, dass sie kurzfristig keinen geeigneten Psychotherapeuten finden und zu lange Wartezeiten von bis zu 4-6 Monaten, selbst auch für probatorische Sitzungen, in Kauf nehmen müssen. Dies wird auch von vielen Therapeuten bestätigt und wir selbst haben derartige Erfahrungen sammeln müssen, wenn wir versucht haben, für unsere Versicherten einen Therapieplatz zu finden. Hauptsächlich haben unsere Versicherte erhebliche Schwierigkeiten, einen zugelassenen Therapeuten für Verhaltenstherapie in angemessener Zeit zu finden.

Rein rechtlich obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die besondere Aufgabe der Sicherstellung

der psychotherapeutischen Versorgung. Das bedeutet, dass die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet ist, allen Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und flächendeckende Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen zur Verfügung zu stellen. Bei der Sicherstellung der Leistung wird mit der sogenannten Bedarfsplanung und den Bedarfsplanungszahlen gearbeitet. Grundlage für diese Bedarfsplanung ist der bedarfsgerechte Versorgungsgrad, der erstmals 1999 für die Fachgruppe der Psychotherapeuten (setzt sich aus den ärztlichen und den nichtärztlichen Psychotherapeuten zusammen) festgestellt wurde. Diese 1999 entwickelten Verhältniszahlen (Verhältnis der Einwohnerzahl in einem bestimmten Planungsbereich zur Anzahl der Psychotherapeuten) bestehen noch bis heute fort. Inwiefern diese Bedarfsplanung (Verhältniszahlen) noch dem derzeitigen Stand bzw. Bedarf entspricht, ist fraglich.

Rein nach diesen Bedarfsplanungszahlen (aktuellster Stand: 3. Quartal 2012) besteht für Stadt Hannover (Versorgungsgrad 118,8 %) und Land Hannover (Versorgungsgrad 149,7 %) eine Überversorgung an Psychotherapeuten, d.h. zur Zeit können hier keine weiteren Psychotherapeuten zugelassen werden. Obwohl rein rechnerisch nach diesen Zahlen eine Über-

versorgung besteht, wird in der Realität oftmals eine Unterversorgung oder Fehlversorgung empfunden. Ein Problem der derzeitigen Bedarfsplanung ist, dass sie nicht auf unterschiedliche Therapieverfahren abstellt, es also regional zu sehr unterschiedlichen Anteilen an den verschiedenen Richtlinienverfahren kommen kann.

Wir begrüßen, dass zum 01.01.2013 eine Neuanpassung der Bedarfsplanung durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt, was sich auch auf die psychotherapeutische Versorgung verbessernd auswirken soll. Derzeit existieren jedoch noch keine genauen Angaben zur Umsetzung der neuen Bedarfsplanung. Die Wirkung auf die psychotherapeutische Versorgungslage kann zur Zeit noch nicht abschließend beurteilt werden und bleibt vorerst abzuwarten.

Vermeehrt mussten wir feststellen, dass nicht alle Psychotherapeuten ihrem Versorgungsauftrag im vollem Umfang nachkommen, d.h. es sind einige Psychotherapeuten nicht im Umfang einer vollen Zulassung, sondern eher im Umfang einer Halbtagsbeschäftigung tätig, obwohl sie eine volle Zulassung innehaben. Aufgrund dieser Tatsache entspricht der festgestellte Ver-

sorgungsgrad nicht unbedingt den tatsächlichen Verhältnissen.

Zudem ist zu beobachten, dass der allgemeine Bedarf an Psychotherapien in den letzten Jahren erheblich gestiegen ist. Verschiedene Ursachen werden diesbezüglich diskutiert, unter anderem eine gewandelte (positivere) Wahrnehmung von psychischer Krankheit in der Öffentlichkeit, mit der eine höhere Bereitschaft bei Betroffenen einhergehen könnte, eine Psychotherapie zu beginnen. Im Einzelfall kann dies dazu führen, dass auch Versicherte eine Psychotherapie erhalten, bei denen bereits andere, niedrigschwelligere Angebote, wie der Kontakt zu anderen Menschen in Gesprächen, bei Veranstaltungen, in Sportvereinen oder in Selbsthilfegruppen, ausreichen würden. Ferner werden gesellschaftliche Hintergründe diskutiert, wie etwa ein Wandel in der Kommunikationskultur, in Familienverbänden und wachsende Belastungen im Beruf. Daher sollten auch gezielte Vorsorgemaßnahmen, wie z.B. betriebliche Prävention, stärker forciert werden, um Probleme bereits im Vorfeld abzumildern. Durch den Mangel an gesundheitsökonomischen Studien und Kosten-Nutzen-Nachweisen von Psychotherapien kann keine verwertbare Aussage zu einem objektiven Bedarf an Psychotherapie gemacht werden.

Viele Probleme ergeben sich wahrscheinlich auch durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten für die psychotherapeutische Versorgung. Als mögliche Kostenträger kommen z.B. die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitsverwaltung, die Pflegeversicherung, die öffentliche Hand, Eigenmittel der Einrichtungsträger, Stiftungen, Vereine u.a. in Betracht.

Dabei sind die Zuständigkeiten überwiegend historisch gewachsen und nicht unbedingt fachlich begründet. Aufgrund der unterschiedlichen und nicht immer eindeutigen Zuständigkeiten sind auch die organisatorischen und finanziellen Aspekte nicht überschaubar. Dadurch sowie durch die unterschiedlichen Interessenslagen der beteiligten Akteure wird die Umsetzung eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes in der psychotherapeutischen Versorgung erschwert (sh. auch Expertise Strukturfrage der ambulanten psychiatrischen Versorgung, Heiner Melchinger, MHH – Zentrum für psychologische Medizin).

Es gibt unnötige Zeitverluste, z.B. bei der Beurteilung, ob eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme des Rentenversicherungsträgers angezeigt ist oder im Vorfeld eine ambulante Therapie sinnvoller ist. In der Regel wird eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme

durch den Rentenversicherungsträger nur genehmigt, wenn zuvor alle ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wurden. In bestimmten Fällen wäre dem Versicherten aber schneller und erfolgreicher mit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme geholfen. Die AOK Niedersachsen setzt hier inzwischen besondere Fallmanager ein, die in direktem Kontakt mit dem Rentenversicherungsträger die weiteren Maßnahmen klären.

Oftmals klagen unsere Versicherten auch über Versorgungslücken im Anschluss an eine stationäre Behandlung. In der stationären Einrichtung wird jeder Patient rund um die Uhr betreut und muss sich dann nach seiner Entlassung wieder selbst organisieren und einen ambulanten Therapieplatz finden. Das stellt viele Betroffene vor eine schwierige Aufgabe. Eine rechtzeitige Vernetzung der stationären und der ambulanten Leistungen wäre ratsam.

Als ein weiteres Problem sehen wir die Wahl der geeigneten Psychotherapie an. Durch die Vielzahl der unterschiedlich zuständigen Kostenträger (s.o.) und der unterschiedlichen Leistungserbringer ist für den Laien nur schwer erkennbar, welcher Leistungserbringer und welche Therapieart für ihn das Richtige ist. Als Leis-

tungserbringer für psychotherapeutische Leistungen kommen z.B. folgende Leistungserbringer in Betracht:

- niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten,
- Fachärzte für Nervenheilkunde, für Psychiatrie und Neurologie,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Hausärzte,
- sozialpsychiatrische Dienste,
- psychiatrische Institutsambulanzen,
- psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen,
- ambulant betreutes Wohnen,
- spezielle Hilfen für Suchtkranke, für alte Menschen, für Kinder und Jugendliche etc.

Nicht nur für den Versicherten bzw. Patienten ist es schwierig, hier den für ihn „richtigen“ Leistungserbringer zu ermitteln, selbst andere Anlaufstellen (wie z.B. der Hausarzt) des Versicherten sind damit oftmals überfordert. Die Krankenkasse des betroffenen Versicherten kann hier auch oft nicht weiterhelfen, da sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keine detaillierten Informationen der behandelnden Ärzte zu dem Krankheitsbild des Versicherten erhält. Hinzu kommt, dass nur wenige Versicherte ihre Krankenkasse im Vorfeld

einer Psychotherapie kontaktieren und um Unterstützung bitten. Meistens entscheidet eher der Zufall, an wen sich der Versicherte zuerst wendet und welchen Leistungserbringer für ambulante Psychotherapie er in Anspruch nimmt. Die Art der Therapie (als anerkannte Psychotherapieverfahren und somit als Kassenleistung existieren die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie jeweils in Einzel- oder Gruppensitzungen, getrennt für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche), die letztendlich durchgeführt wird, muss nicht immer diejenige sein, die für den Patienten die sinnvollste wäre. Weiterhin ist es schwierig für bestimmte Therapieformen, wie z.B. für die Trauma-Therapie, zugelassenen Psychotherapeuten zu finden, da diese Therapieform nicht gesondert ausgewiesen wird und eigentlich Bestandteil der o.g. Therapien nach dem Richtlinienverfahren ist.

Bei einigen Krankheitsbildern kann die Erkrankung sowohl somatische als auch psychische Ursachen haben. In diesen Fällen wäre eine psychiatrische Mitbehandlung oder Abklärung sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Psychotherapeuten und dem Psychiater sinnvoll. Leider fehlt es oft an dieser Zusammenarbeit, sodass z.B. einige Versicherte Psychotherapien erfolg-

los durchführen, weil ihnen eine erforderliche medikamentöse Therapie fehlt. Psychotherapeuten dürfen im Rahmen ihrer Zulassung keine Arzneimittel verordnen.

Insgesamt haben wir festgestellt, dass es bestimmte Patienten / Versicherte besonders schwer haben, in angemessener Zeit einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Hierbei handelt es sich um vermeintlich „schwierige Patienten“, die z.B. aufgrund ihres komplexen Krankheitsbildes, ihrer Bildung, ihrer Sprache, ihres sozialen Umfeldes oder ihres kulturellen Hintergrundes oftmals keinen Therapieplatz finden können. Auch aus verschiedenen Veröffentlichungen (u.a. Dr. Bock, Psychoseambulanz Uni Eppendorf) ergibt sich, dass es leichter ist, für vermeintlich leichtere Störungsbilder wie z.B. Erschöpfungssyndrome Therapieplätze zu finden als für komplexere Krankheitsbilder.

Als ein weiteres Problem sehen wir, dass immer mehr Versicherte sich einen Psychotherapeuten suchen oder von ihrem Arzt an einen Therapeuten verwiesen werden, der nicht zugelassen ist und damit nicht über die Krankenversicherungskarte abrechnen kann. Der Versicherte versucht dann eine Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Leistung gegenüber uns (seiner Krankenkasse) zu erwirken. Grundsätzlich haben

Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Die Versicherten argumentieren insofern damit, dass sie keinen Therapieplatz bei einem zugelassenen Psychotherapeuten finden konnten und nun bereits Vertrauen zu dem außervertraglichen Therapeuten gefasst hätten. Für die Krankenkasse ist es jedoch schwierig, einen entsprechenden Nachweis dafür zu erlangen, dass der Versicherte tatsächlich keinen Therapieplatz bei einem zugelassenen Psychotherapeuten in angemessener Zeit finden konnte und dass die Leistung unaufschiebbar ist.

Problematisch ist auch die Abgrenzung inwiefern die Psychotherapie unaufschiebbar ist und welche maximale Wartezeit dem Versicherten zuzumuten wäre. Diese Beurteilung kann nur vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) getroffen werden. Hierzu bezieht der MDK immer häufiger den allgemeinen Standpunkt, dass es keine sofort notwendige unaufschiebbare ambulante Psychotherapie gibt. Wäre die Therapie tatsächlich unaufschiebbar, müsste der Patient evtl. stationär untergebracht und behandelt werden.

Wenn nun Versicherten, die meinen, dass sie sofortiger Therapie bedürfen, an uns herantreten und nicht bereit sind, auf einen Platz bei einem zugelassenen Therapeuten zu warten, ist es für einen sozialversicherungsrechtlich ausgebildeten Mitarbeiter bei der Krankenkasse kaum möglich zu ermitteln, wie dringlich die Therapie tatsächlich ist. Diese Abschätzung bedarf fachmännischer Abklärung, die durch uns (die Krankenkasse) nicht zu leisten ist.

Die Vergütung der vertragsärztlichen (und damit auch der psychotherapeutischen) Versorgung erfolgt durch die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung, die im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages diese Gelder verwaltet und daraus unter anderem die Kosten für die psychotherapeutische Versorgung an die zugelassenen Therapeuten erstattet.

Eine allgemeine Kostenerstattung für eine Vielzahl von Versicherten würde dazu führen, dass erhebliche zusätzliche Kosten auf die Solidargemeinschaft der Beitragszahler zukämen. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber Kostenerstattungen nur in einem eng definierten Rahmen zulässt. Insofern kann weder eine pauschale Genehmigung noch eine pauschale Ablehnung aller Anträge eine Lösung sein.

4. Welche Lösungsmöglichkeiten sehe ich?

Um die oben schon skizzierten Probleme anzugehen, wäre aus unserer Sicht eine Koordinierungsstelle (z.B. beim Gesundheitsamt) wünschenswert, die dem Versicherten/ Bürger als Lotse zur Verfügung steht.

Diese Koordinierungsstelle sollte neutral sein und sich fachlich sowohl auf dem Gebiet der Psychotherapie als auch in der Psychiatrie auskennen. Sie sollte als Anlaufstelle für alle hilfeschuchenden Versicherten bzw. Patienten oder Angehörigen, aber auch für andere Leistungserbringer wie z.B. Ärzte dienen.

Evtl. könne man Anreize für Psychotherapeuten schaffen, auch „schwierige Fälle“ anzunehmen, wobei es natürlich schwierig ist, die Rahmenbedingungen vorzugeben, um sicherzustellen, dass die richtigen Fälle im Rahmen eines solchen Anreizsystems erfasst werden (z.B. bestimmte Diagnosen oder Kombinationen von Diagnosen).

Die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen entwickelt schon seit einiger Zeit Versorgungskonzepte, die es ermöglichen, die Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung enger miteinander zu ver-

knüpfen und Barrieren in der Versorgungskette abzubauen. So wäre es z.B. sinnvoll, bereits während einer stationären Maßnahme einen Therapieplatz für einen Patienten zu suchen. Möglicherweise wird dadurch die stationäre Behandlung verkürzt und der Übergang in die ambulante Behandlung erleichtert.

Grundsätzlich obliegt den in allen Regionen eingerichteten Gemeindepsychiatrischen Verbänden die Aufgabe, die Vielfalt der vorhandenen Leistungserbringer zu vernetzen, eine enge Kooperation der Leistungserbringer zu gewährleisten, eine freiwillige Versorgung der ambulanten komplementären Dienste und Einrichtungen zu erreichen, die Bedarfsgerechtigkeit der vorhandenen Angebote zu prüfen und Vorschläge für eine Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems zu entwickeln. Man sollte auch niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten in diese Verbundarbeit einbinden und die Zusammenarbeit im allgemeinen weiter intensivieren, fördern und beleben.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat festgestellt, dass der Erfolg der Psychotherapie in den ersten ca. 10 Sitzungen am größten ist und danach stark abnimmt oder zumindest stagniert. Auch nähme die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit nach

der 10. Sitzung stark ab. In einigen Fällen wären die insgesamt bewilligten Therapiesitzungen von z.B. 80 Therapieeinheiten medizinisch nicht notwendig, weil das Therapieziel evtl. schon vorher erreicht wurde. Es erfolgt aber äußerst selten eine Beendigung der Therapie vor Ablauf der zugesagten Therapieeinheiten.

Unseres Erachtens wäre es sinnvoll, wenn z.B. der behandelnde Hausarzt bereits nach kürzeren Frequenzen einen Zwischenbericht vom Therapeuten anfordern würde, um die weitere Notwendigkeit und den weiteren Handlungsbedarf abschätzen zu können. Hierdurch könnte man auch noch andere Therapieangebote ansetzen, die zu dem Zeitpunkt möglicherweise angemessener sind. In einigen Fällen wäre auch eine frühzeitige Kombination verschiedener Angebote hilfreich.

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Behandlung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen beabsichtigen wir - die AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen - auch neue Wege zu gehen, in dem wir - in einem ersten Schritt - Sonderverträge für die Behandlung der Schizophrenie und der Depressionen entwickeln.

Fazit:

Gern möchten wir abschließend die zentrale Frage des Gesundheitsberichtes „Gibt es einen Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung?“ beantworten:

Wir stellen nicht unerhebliche Mängel in der bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung fest, die nur gemeinsam mit allen Akteuren in der psychotherapeutischen Versorgung gelöst werden können. Ein erster Schritt hierzu ist Ihre Initiative hinsichtlich der Gesundheitsberichtserstattung zur Situation der psychotherapeutischen Versorgung, die sicherlich auch von den anderen Beteiligten noch weitere Ansätze und Ideen zur Verbesserung der Versorgungssituation bündelt und zur Diskussion stellt.

Wir wünschen und hoffen, dass möglichst viele Ideen und Anregungen aufgegriffen werden können und damit die Versorgung der Patienten mit psychotherapeutischen Leistungen verbessert werden kann.

Weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit!

Barmer GEK

1. + 2. Wer bin ich? / Was ist mein Auftrag?

Die BARMER GEK ist Deutschlands größte bundesweite Kranken- und Pflegekasse mit rund 800.000 Versicherten in Niedersachsen und Bremen. Entsprechend unserem gesetzlichen Auftrag finanzieren wir die psychotherapeutische Versorgung unserer Versicherten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

3. Wie nehme ich die aktuelle Versorgungslage wahr?

Es wird eine zunehmende Anzahl von Anträgen auf Psychotherapie und Verhaltenstherapie festgestellt.

Überwiegend erfolgt die Behandlung durch Vertragsärzte bzw. Vertragstherapeuten. Welche Wartezeiten die Patienten vor Beginn der Behandlung haben, ist uns nicht bekannt. Einen kurzfristigen freien Therapieplatz zu bekommen, ist jedoch eher selten. Vor allem im Bereich der Verhaltenstherapie ist es schwierig, freie Therapieplätze in Hannover oder der näheren Umgebung zu finden.

Wendet sich der Patient nach erfolgloser Suche direkt an uns als Krankenkasse, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Vermittlung eines freien Therapieplatzes mittels Online-Auskunft der KVN oder Zusendung einer Liste von Vertragstherapeuten möglich ist. Hierbei weisen wir auch darauf hin, dass nach einem Erstgespräch mit dem Therapeuten eine angemessene Wartezeit bis zum Therapiebeginn in der Regel zumutbar ist.

Es kommt jedoch eher vor, dass der Patient vom Arzt an einen Nicht-Vertragstherapeuten verwiesen wird oder er bereits einen gefunden hat. Hier ist vom Patienten oft keine Bereitschaft mehr zu einer weiteren Suche nach einem Vertragstherapeuten vorhanden.

Da in diesem Fall die Bemühungen regelmäßig nur noch von der Krankenkasse ausgehen, verringert dies den Erfolg der Suche. Die Online-Auskunft der KV hilft dabei, jedoch sind die Zeitfenster der Therapeuten für telefonische Behandlungsanfragen so eng gesetzt, dass eine telefonische Erreichbarkeit kaum möglich ist. Teilweise haben die Therapeuten nur 2x wöchentlich eine Telefonsprechstunde von je 30 Minuten.

Valide Daten liegen uns hierzu nicht vor.

4. Welche Lösungsmöglichkeiten sehe ich?

Die Beantwortung dieser Frage sehen wir als schwierig an.

Erkennt ein Patient seine psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit, will er seine Therapie verständlicherweise umgehend beginnen. Die Therapieplatzsuche über Internet wäre auch für Patienten mittels einer (tages)aktuellen Datenbank wünschenswert, in der Therapeuten freie Plätze schnellstmöglich einpflegen aber auch herausnehmen müssten. Grundsätzlich erwarten wir eine deutliche Entspannung bei der Therapieplatzsuche, da rund 1.000 neue Vertragstherapeuten bundesweit zugelassen werden.

Ich hoffe, wir konnten Ihnen mit diesen Informationen weiterhelfen. Über weitere Informationen zum Fortgang der Gesundheitsberichterstattung würde ich mich sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Leif Weinel
Politikreferent
BARMER GEK Niedersachsen/Bremen
Landesgeschäftsstelle
Vahrenwalder Str. 133
30165 Hannover

Telefon 08 00 33 20 60 56-30 55 *)
Telefax 08 00 33 20 60 56-32 91 *)
leif.weinel@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

*) Anrufe aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz sind für Sie kostenfrei.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

1. Der BVDN - Lv. Niedersachsen vertritt die Interessen der niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater, und Neurologen. In erster Linie ist dies eine Interessenvertretung gegenüber den Gremien und Körperschaften der Ärzte und Psychotherapeuten KV und Ärztekammer, in zweiter Linie auch gegenüber Kostenträgern, Politik, Gremien des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Vertretungsarbeit wird von den Landesvorständlern neben ihrer eigentlichen Praxistätigkeit ausgeübt und durch den Verband mit einer Aufwandsentschädigung vergütet. Derzeit sind in Niedersachsen 204 Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie niedergelassen, wovon etwas mehr als die Hälfte nahezu ausschließlich psychotherapeutisch (Anteil der Psychotherapie am Leistungsspektrum >90%) tätig sind. Diese Kollegen fühlen sich eher von den psychotherapeutischen Berufsverbänden vertreten und finden sich kaum unter den Mitgliedern des BVDN. 63 niedergelassene Psychiater arbeiten in Niedersachsen primär psychiatrisch und versorgen im Durchschnitt jeweils 550 Patienten im Quartal, gegenüber 30-40 Patienten, die von den Psychotherapeuten betreut

werden. Die übrigen derzeit 35 Kollegen arbeiten mit einem Anteil von über 30% psychotherapeutisch. Die Verhältniszahlen im Land entsprechen der Verteilung in etwa auch der in der Region Hannover. Von den derzeit noch 200 Nervenärzten im Land arbeiten einige wenige überwiegend psychotherapeutisch. Der überwiegende Anteil arbeitet mit unterschiedlichem Schwerpunkt entweder mehr in der Psychiatrie oder in der Neurologie. Diese Kollegen versorgen im Durchschnitt 800 Patienten im Quartal.

2. Als niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut bin ich in der Basisversorgung von Menschen mit jeglichen psychischen und hirnorganischen Erkrankungen tätig. Dies umfasst auch die Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren chronischen Störungen, geistigen Behinderungen, demenziellen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen. Unser Behandlungskonzept umfasst die Verordnung von Psychopharmaka, psychotherapeutische Interventionen, wie auch das gesamte Spektrum der Psychotherapie, Kriseninterventionen, Langzeitbetreuung, psychosoziale Interventionen, Begutachtungen, Verordnung von Ergotherapie, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, die Kooperation mit

Hausärzten, Kliniken, komplementären Diensten, wie der ambulanten psychiatrischen Pflege und der Wohnassistenz sowie die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer.

3. Die psychotherapeutische Versorgung ist in der Region Hannover, wie auch im übrigen Land sowohl durch eine Unter-, wie auch einer Fehlversorgung gekennzeichnet.

Patienten, die gut integriert sind, über einen höheren Schulabschluss verfügen, leichtere Störungsbilder aufweisen, gute soziale Kompetenzen haben finden in der Regel innerhalb von 2-4 Monaten einen Therapieplatz. Menschen mit tiefgreifenderen Störungen, schlechteren sozialen Kompetenzen, chronischen Krankheitsbildern finden oft dagegen nur schwer überhaupt einen Therapieplatz.

Das führt dazu, dass der größere Teil der zur Verfügung stehenden Ressourcen den eher leichter psychisch Erkrankten zukommen, während die schwerer psychisch Leidenden Probleme haben, adäquat behandelt zu werden (Inverse Care Law).

Gemessen an den bestehenden Bedarfsplänen ist die psychotherapeutische Versorgungssituation in Hannover und der Region weit überdurchschnittlich gut.

Es gibt bisher allerdings keine halbwegs validen Zahlen für den Bedarf an Psychotherapeuten.

Die Erfahrungen zeigen aber auch, dass ein größeres Angebot zu einer größeren Nachfrage führt.

Die Hoffnungen, die von allen Beteiligten (Patienten, Hausärzten, einer breiten Öffentlichkeit) in Psychotherapien gesetzt werden, sind oft unrealistisch und weit überzogen und können von den Therapeuten gar nicht bedient werden. Leider werden von den verschiedensten Protagonisten unterschiedlicher Schulen überzogene Heilserwartungen aber auch weiterhin suggeriert.

Die Auswahl eines Psychotherapeuten erfolgt oft rein zufällig. Eine Abklärung der Indikation und des geeigneten Verfahrens findet vorab nur selten statt. Der Therapeut selbst setzt den Fokus seiner Behandlung entsprechend seiner erlernten Verfahren. Menschen in Krisensituationen bedürfen oftmals nicht unbedingt einer Psychotherapie von 25 bis 80 Stunden, sondern gezielte konfliktzentrierte und lösungsorientierte Interventionen.

Menschen die eine Psychotherapie suchen machen nach monatelangen Warten häufig, die kränkende Erfahrung nach einigen Erstgesprächen von den Therapeuten abgelehnt zu werden, was ihren Zustand dann nochmals verschlechtert.

Das Ende einer Therapie ist häufiger von der Anzahl der genehmigten Stunden abhängig.

Kurzzeittherapeutische Ansätze werden kaum verfolgt.

Psychotherapeuten haben kaum Valenzen für Kriseninterventionen oder Notfallbehandlungen.

Psychotherapeuten kooperieren in der Regel leider wenig mit Fachärzten oder Hausärzten, empfehlen oft eher eine nicht wirklich notwendige stationäre psychotherapeutisch orientierte Behandlung anstatt eine psychiatrische ambulante Weiter- bzw. Mitbehandlung.

Seitens vieler Psychotherapeuten bestehen weiterhin Vorbehalte gegenüber pharmakologischen Behandlungen, Psychiatern und Nervenärzten, die oft auf Unkenntnissen und Vorurteilen beruhen.

Die Psychotherapie, der/die PsychotherapeutIn wird für viele ein Ersatz für Zuwendung, Aufmerksamkeit und Partnerschaft.

Ihrem eigentlichen Auftrag, die Autonomie ihrer Patienten zu fördern werden viele Psychotherapeuten nur unzureichend gerecht. Abhängigkeiten werden geschaffen, die immer wieder zu Verlängerungen der Therapien führen.

In unseren psychiatrischen Praxen begegnen uns immer mehr Patienten, die bereits mehrere Lang-

zeitpsychotherapien absolviert haben und dennoch alles unternehmen, um weitere Therapien aufnehmen zu können. Für nicht wenige wird Psychotherapie zu einem festen Bestandteil ihres Daseins.

Aufgrund der aktuellen Vergütungssystematik haben Psychotherapeuten wenig Anlass, sich für strukturelle Veränderungen einzusetzen.

Die KVN Bezirksstelle Hannover hatte eine Zeitlang versucht, eine Meldestelle für freie Therapieplätze einzurichten. Dorthin konnten sich dann suchende Patienten wenden. Dies wurde aufgegeben, da zu wenige Psychotherapeuten dorthin freie Plätze meldeten.

4. Lösungsansätze

Es müssten für Psychiater und Psychotherapeuten Vergütungsanreize geschaffen werden, um psychotherapeutische Kurzzeitinterventionen auch erbringen zu können. Solange die antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie besser vergütet wird als die psychiatrische, psychotherapeutische Intervention, wird letztere Leistung nicht weiter erbracht werden. Dies liegt allerdings letztlich in der Verantwortung der ärztlich/psychotherapeutischen Selbstverwaltung.

Im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung könnten jedoch auch regionale Versorgungsmodelle erprobt werden, sollte ein Interesse und eine Bereitschaft der Krankenkassen bestehen.

Als Psychiater wünschte ich mir mehr Kooperationsbereitschaft von den Psychotherapeuten.

Auch die psychosozialen Beratungsstellen könnten ggf. im Vorfeld einer Behandlung mehr versuchen ihren Klienten Konfliktlösungsstrategien zu vermitteln. In vielen Fällen sind ja 1 bis 3 Gespräche ausreichend, um zunächst eine Situation zu entspannen. In anderen Fällen können bis zum Beginn einer Psychotherapie überbrückend unterstützende Gespräche hilfreich sein.

Beratungsstellen könnten auch mit Psychiatern und Nervenärzten kooperieren, Patienten/Klienten dorthin weiterempfehlen.

Ebenso könnte durch angestellte (anzustellende) Psychologen bei den sozialpsychiatrischen Diensten und den psychiatrischen Institutsambulanzen in einem größerem Umfang Kurzzeitinterventionen angeboten werden.

Dr. N. Mayer-Amberg

1. Wer sind wir?

Wir sind die Fachgruppe von professionellen Sozialberaterinnen und Sozialberatern in Betrieben und im öffentlichen Dienst in der Region Hannover.

Folgende Unternehmen sind in der Fachgruppe vertreten:

aha Abfallwirtschaft GmbH, Continental AG, Bundespolizei, Deutsche Bahn AG, Bosch-Blaupunkt AG, Landeskriminalamt, Leibniz Universität Hannover, Medizinische Hochschule Hannover, Nord LB, Region Hannover, Polizeidirektion Hannover, Stadtverwaltung Hannover, Stadtwerke Hannover AG, Telekom AG, TUI, Üstra und WABCO

Wir treffen uns seit vielen Jahren regelmäßig einmal pro Monat um uns fachlich auszutauschen und zu vernetzen. Dazu laden wir auch regelmäßig andere regionale Institutionen wie Beratungsstellen, Kliniken oder andere Gesundheitsdienstleister in unsere Gruppe ein oder besichtigen diese.

1. Was ist unser Auftrag?

Wir haben intern unter anderem die Aufgabe, Beschäftigte zu beraten und zu unterstützen. Die Arbeitgeber kommen damit ihrer Fürsorgepflicht nach. Den Beschäftigten wird ein Beratungsangebot gemacht, dass sie persönlich unterstützen soll und zur dauerhaften Gesundheits- und Leistungsfähigkeit beitragen soll. Hier sind wir fachlich weisungsfrei und die Gespräche sind vertraulich. Zudem sind wir oft in konzeptionelle Ausarbeitungen eingebunden, wenn es um Themen wie psychische Gesundheit, Konflikte und psychosoziale Belastungen geht. Vor einigen Jahren lag unser Schwerpunkt dabei oft noch auf dem Thema Umgang mit suchterkrankten MitarbeiterInnen, heute stehen allgemein die psychischen Erkrankungen, allen voran Depressionen, bei vielen von uns im Vordergrund. Auch Konfliktberatungen nehmen an Häufigkeit zu.

In der Beratungsarbeit sind wir oft erste Anlaufstelle für MitarbeiterInnen mit psychischen Auffälligkeiten, die einen Zugang zum Hilfesystem wünschen oder zumindest darüber nachdenken möchten. Wir informieren dann über die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgung, und unterstützen wenn nötig dabei, den Kontakt zu möglichen BehandlerInnen

aufzunehmen. Manche MitarbeiterInnen begleiten wir über einen längeren Zeitraum bei der Suche nach Hilfe und bei der Behandlung dieses Themas an ihrem Arbeitsplatz sowie einer Wiedereingliederung, falls sie längere Zeit krankheitsbedingt gefehlt haben.

Auch Vorgesetzte suchen häufig den Kontakt zu uns, wenn sie sich um MitarbeiterInnen sorgen. So beraten wir dann die Vorgesetzten, wie diese die Gespräche führen können, um MitarbeiterInnen für ihre möglichen Erkrankungen zu sensibilisieren und den Weg ins Hilfesystem zu erleichtern.

So erhalten wir einen differenzierten Einblick in die Probleme, die psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt verursachen und welche Faktoren hilfreich, beziehungsweise verschlimmernd wirken.

2. Wie nehme ich die aktuelle Versorgungslage wahr?

In unserer Beratungsarbeit nehmen die Fälle psychischer Erkrankungen deutlich zu. Das deckt sich mit den Erhebungen der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Dabei wurde deutlich, dass die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in der Region Hannover

aus unserer Sicht bei Weitem nicht ausreichend gewährleistet ist.

Um diesen Eindruck zu untermauern haben wir von Oktober 2009 bis März 2010 beispielhaft eine Erhebung über die Schwierigkeiten, ambulante Therapie in Anspruch zu nehmen, durchgeführt.

Die Klienten, für die eine ambulante Psychotherapie dringend angezeigt war, hatten als Mitarbeiter/innen im o. g. Zeitraum Kontakt mit der betrieblichen Sozialberatung.

Als Stichprobe haben wir die Daten von insgesamt 40 Klienten aus acht verschiedenen Betrieben in Hannover erhoben und ausgewertet.

Die Ergebnisse möchten wir Ihnen hier auszugsweise vorstellen:

Über die Hälfte der Fälle (19) wartete weitaus länger als zwei Monate auf ein Erstgespräch. Mit einem Erstgespräch ist aber noch lange kein Therapiebeginn gegeben. Auch dieser verzögert sich oft noch um weitere Wochen und Monate.

Erschreckend ist auch die Anzahl der Kontaktversuche, bis es zu einem Erstgespräch kam.

Fast die Hälfte der Klienten (17) benötigte mehr als zehn Versuche. Dabei handelt es sich mehrheitlich um akut an Depressionen erkrankte Beschäftigte, denen es häufig besonders schwer fällt, die Ener-

gie für eine Kontaktaufnahme aufzubringen und die zudem Angst vor negativen Reaktionen am Arbeitsplatz haben.

Aus unserer Sicht sind hier aber neben der krankheitsbedingten Hürde bei der Kontaktaufnahme noch weitere Ursachen maßgeblich für diese Ergebnisse:

- Oft sind die telefonischen Sprechzeiten bzw. Erreichbarkeit der Psychotherapeuten sehr eingeschränkt, nur zwei Stunden pro Woche ist keine Seltenheit. Nachrichten auf dem Anrufbeantworter werden manchmal nicht beantwortet
- Die Arbeitszeiten und -bedingungen machen eine Kontaktaufnahme schwierig, insbesondere für Produktions- und Dienstleistermitarbeiter die keine Einzelbüroarbeitsplätze und sehr eingeschränkte Pausenzeiten haben.
- Das Antragsverfahren ist für viele Beschäftigte kompliziert und unübersichtlich.

Diese Situation führt fast automatisch zu Chronifizierung und Demotivation bei den Betroffenen und zu langen Ausfallzeiten, da sie als akut Kranke meistens von ihren Hausärzten krankgeschrieben werden. Für die Unternehmen bzw. den Öffentli-

chen Dienst bedeutet das einen hohen Verlust an Arbeitsleistungen und die Notwendigkeit, diese kompensieren zu müssen.

Für die Betroffenen, die durch ihren Arbeitsplatz sozial gut integriert sind, ist damit der Verlust eines wichtigen sozialen Netzes und ihrer Tagesstruktur verbunden. Arbeitsplätze wirken aus unserer Sicht bei psychischen Erkrankungen oft stabilisierend.

Somit ist der Schaden sowohl aus betriebswirtschaftlicher Sicht durch viele Krankheitstage und Präsentismus enorm, als auch volkswirtschaftlich. Denn durch die langen Wartezeiten erhöht sich beides und vor allem auch die erforderliche Zeit der Behandlung. Dies ist zumindest das, was wir alle in den Betrieben und Verwaltungen beobachten können. Letztlich verlieren dadurch alle.

Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Berentungen wegen Erwerbsminderung hat sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 35,6 Prozent im Jahr 2008 mehr als verdoppelt. Aber nicht einmal jeder zweite depressiv Erkrankte, der sich aktiv um eine Behandlung bemüht erhält sie auch umgehend.

Es gibt keine plausiblen Kriterien nach denen die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie festgelegt wird. Das heißt auch, es gibt aus unserer Sicht

keine am tatsächlichen Bedarf orientierte Planung. Wir setzen uns deswegen für einen Ausbau der ambulanten Angebote für psychisch kranke Menschen in der Region Hannover ein und fordern von den politisch dafür Verantwortlichen dringend eine bedarfsgerechte Versorgung sehr rasch und nachhaltig wirksam sicher zu stellen.

3. Welche Lösungsmöglichkeiten sehen wir?

Zunächst erachten wir es deshalb für wichtig, die Planung am tatsächlichen Bedarf zu orientieren, und hierfür Instrumente zu entwickeln, wie der Bedarf realistisch erhoben werden kann.

Aus unserer Sicht führt kein Weg daran vorbei, die Zahl ambulanter Psychotherapieplätze zu erhöhen. Wir haben in unserer Erhebung auch festgestellt, dass es selten gute Übergangslösungen oder Alternativen für die betroffenen Beschäftigten gibt. Dies ist jedoch besonders wichtig, um lange Ausfallzeiten und eine damit einhergehende Chronifizierung zu verhindern,

Wir setzen uns deswegen für einen niedrigschweligen Zugang zu ambulanter Psychotherapie ein. Hier könnte die Palette erweitert werden. Einige

Krankenkassen bieten inzwischen für ihre PatientInnen Seminare mit Psychoedukation zu Burn Out und Depression an. Solche Angebote könnten ausgebaut werden. Zudem könnten Gruppenangebote für Burnout und leichte Depressionen (ähnlich wie das Gruppenangebot bei Dr. Unger in Hamburg Harburg) regional in Hannover ausgebaut werden. Auch könnten Beratungsstellen ähnlich den Modellen bei Suchterkrankungen ergänzende Angebote bereitstellen.

Wichtig erscheint uns auch die Vernetzung aller Angebote wie zum Beispiel ambulante und stationäre Psychotherapie, psychosomatische Rehabilitation und Ergotherapie, Selbsthilfe und Beratungsstellen, um die Nachhaltigkeit zu verbessern sowie die Schaffung von guten Übergangslösungen von einem Therapieschritt zum nächsten, damit auch Menschen mit Erkrankungen, die ihre Kontaktfähigkeit einschränken, nicht während der Behandlung „verlorengehen“.

Zudem regen wir eine Vereinfachung des Zugangsverfahrens an sowie die zentrale Sammlung freier Psychotherapieplätze, um zu verhindern, dass erkrankte Menschen vor dem Zustandekommen eines ersten Kontaktes ihren Versuch, Hilfe zu erhalten, aufgeben.

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover

Psychotherapeutische Vorbehandlung als wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche psychosomatische Rehabilitation

PD Dr. Axel Kobelt, Jan Miede
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover

Korrespondenzadresse
PD Dr. Axel Kobelt
Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig – Hannover
Abt. Rehastrategie - Psychosomatik
Lange Weihe 2
30875 Laatzen
email: axel.kobelt@drv-bsh.de

2. Die medizinische Rehabilitation unter der Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung hat das Ziel, rehabilitationsbedürftige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, durch einen multiprofessionellen und multidimensionalen Ansatz dabei zu unterstützen, die Erwerbsfähigkeit zu

erhalten oder zu verbessern und somit die Teilhabe an der Arbeitswelt und der Gesellschaft zu sichern. Durch die medizinische Behandlung, die entweder ganztags ambulant oder stationär durchgeführt werden kann, sollen Krankheitsfolgen so weit minimiert werden, dass eine Wiedereingliederung des Patienten auf dem Arbeitsmarkt erreicht werden kann.

3. Die psychosomatische Rehabilitation ist wirksam und effektiv. Durch die medizinische Heilbehandlung werden beeindruckende Erfolge bei der Senkung des Beschwerdedrucks im Allgemeinen und der Reduktion der Depressions- und Angstsymptome im Besonderen erreicht. Etwa 70% der Rehabilitanden, die sich einer medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation unterziehen, kehren an ihren Arbeitsplatz zurück und sind auch noch ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung in ihren Arbeitsplatz integriert.

30% der Rehabilitanden werden jedoch arbeitsunfähig aus der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation entlassen, wobei der Übergang in die Arbeitstätigkeit vor allem Rehabilitanden mit Arbeitsunfähigkeitszeiten von über 3 Monaten im Jahr vor der Heilbehandlung, Rentenbegehren und

Rentantragstellern, Arbeitslosen und Patienten mit einer klinisch relevanten Erkrankungsschwere sowie Migranten selten gelingt.

Die medizinische Rehabilitation versteht sich als ein Teilbereich eines Gesamtbehandlungsplans. Der Rehabilitationserfolg ist entscheidend davon abhängig, dass alle beteiligten Leistungsträger und Leistungserbringer bezogen auf ihre Zuständigkeiten und Behandlungsmöglichkeiten optimal aufeinander abgestimmt sind, um Chronifizierungstendenzen entgegenwirken zu können. Die psychosomatische Rehabilitation muss daher möglichst auf ambulante Vorbehandlungen aufbauen können. Die bisherige Datenlage zeigt, dass Patienten mit psychotherapeutischer Vorerfahrung deutlich besser von der stationären medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation profitieren, allerdings die Art der Behandlung keinen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis hat. Nach 8 Behandlungsstunden ambulanter Psychotherapie können bis zu 50% der Psychotherapiepatienten deutlich gebessert werden. Nach 26 Psychotherapiestunden kann man bei 75% der Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptomatik feststellen. Dabei gilt die Zeitdauer der Behandlung nicht als Prädiktor eines Therapie-

erfolgs. Vielmehr wird eine Kombination aus Therapiedosis und Behandlungsdauer empfohlen.

Es ist daher nachvollziehbar, dass die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie im Vorfeld psychosomatischer Rehabilitation die Effektivität der Heilbehandlung steigert. Ein vorzeitiger Abbruch der psychosomatischen Rehabilitation ist dagegen signifikant mit geringerer psychotherapeutischer Vorerfahrung verbunden.

Dennoch führt die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie im Vorfeld einer stationären Rehabilitation nicht zwangsläufig zu einer Verkürzung der Rehabilitationsleistung. Vielmehr zeigt sich eine Interaktion zwischen der Inanspruchnahme und der Erkrankungsschwere, da schwerer Erkrankte häufiger in ambulanter Psychotherapie sind als mildere Fälle. Außerdem gilt, dass eine Erkrankung eine um so längere Behandlungszeit mit einer entsprechenden Therapiedosis benötigt, je schwerer die Erkrankung ist und je weiter der Chronifizierungsgrad fortgeschritten ist.

Eine Verlängerung stationärer Behandlung führt daher also auch nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung des Ergebnisses, wenn nicht gleichzeitig neue Behandlungselemente oder Behandlungsziele in den Therapieplan integriert werden, da der

Zuwachs an Besserung in der ersten Behandlungsphase höher ist und dann nur noch langsam mit zunehmenden Behandlungsstunden wächst.

Etwa 70% aller Anträge auf medizinische Rehabilitation werden bewilligt, wobei Ablehnungen von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation häufig damit begründet werden, dass eine ambulante kassenärztliche bzw. kassenpsychotherapeutische Behandlung ausreiche.

Die Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung oder die Krankenversicherung sowie die Unterscheidung von Kranken – und Rehabilitationsbehandlung ist schwierig, aber von erheblicher praktischer Relevanz. In der täglichen Praxis sind immer wieder Anträge auf medizinische Rehabilitation zu finden, bei denen keine oder keine ausreichende fachärztliche Vorbehandlung vorgefunden wird. In diesen Fällen ist aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung die Rehabilitationsbedürftigkeit als eine der notwendigen Voraussetzungen nicht nachgewiesen.

Nach einer aktuellen Studie der Bundespsychotherapeutenkammer liegt jedoch die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten bei ungefähr 12,5 Wochen, wobei sich die Wartezeiten aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsdichte

je nach Region und Bundesland erheblich unterscheiden. Nur jeder Vierte bekommt ein Erstgespräch angeboten, etwa die Hälfte davon beginnt dann auch eine Psychotherapie. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur psychotherapeutischen Versorgung gibt eine durchschnittliche Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz für Kassenpatienten mit 5,6 Monaten an. Bei einer durchschnittlichen Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in Städten und Regionen von 30% besteht die berechtigte Sorge, dass Erkrankungen aufgrund fehlender rechtzeitiger Behandlung chronifizieren, weil die Hilfebedürftigen mangels Erfolg den Versuch, eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung zu erhalten, aufgeben.

Als Konsequenz bringen etwa 30 bis 70% der Rehabilitanden keine psychotherapeutische Vorerfahrung für die medizinisch-psychosomatische Heilbehandlung mit, wobei deutliche Geschlechter-, Alters- und Schichteffekte zu erkennen sind. Wesentlich mehr Frauen (64,8%) als Männer (52,4) haben psychotherapeutische Vorerfahrungen. Neben Geschlechtereffekten zeigt sich, dass vor allem jüngere Rehabilitanden bereits in ambulanter Psychotherapie sind oder waren. Je älter die Rehabilitanden sind, desto weniger psychotherapeutische

Vorerfahrung kann erwartet werden. Auch die Diagnose hat einen Einfluss darauf, ob Psychotherapie im Vorfeld in Anspruch genommen wird. Nur etwa 37 % der Patienten mit somatoformen Störungen nehmen eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Rehabilitanden, die einen niedrigeren Schulabschluss haben, haben deutlich weniger psychotherapeutische Vorerfahrungen und lehnen gleichzeitig auch häufiger eine weitere psychotherapeutische Behandlung für sich ab.

Vor dem Hintergrund der langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und einer Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe von etwa 40 – 50% der Unterstützungsbedürftigen muss daher davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der Krankenbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgt und aus gesundheitsethischen Gründen auch erfolgen muss, da bei mangelhafter psychotherapeutischer Versorgung die Ablehnung einer stationären psychosomatischen Heilbehandlung zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt, so dass die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und das Risiko einer möglichen Berentung wegen Erwerbsminderung erhöht wird. Gleichzeitig sollte jedoch das sozialmedizinische Verantwortungsgefühl nicht dazu führen, dass

Mängel in der Behandlungskette überdeckt werden.

Die Kompensation von kassenpsychotherapeutischen Versorgungsdefiziten durch medizinisch-psychosomatische Rehabilitationsleistungen verschleiert daher möglicherweise die unzureichende Versorgung, gerade in ländlichen Regionen, und hilft dadurch den Mangel zu perpetuieren.

4. Je nachdem wie schnell die zuständige Krankenkasse den Betroffenen als Problempatienten und damit als Fallmanagementfall erkennt, können konsekutive Auswirkungen der psychischen Belastung auf den Arbeitsplatz mit den Mitteln der ambulanten Psychotherapie verhindert werden. Je länger jedoch mit der Betreuung und Behandlung des Versicherten gewartet wird, desto eher wird die Desintegration vorangetrieben, so dass es in der Folge zu ernstzunehmenden Arbeitsplatzproblemen kommen kann. Erst zu diesem Zeitpunkt kommt es zu einer negativen Konkordanz zwischen der Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit und der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben und damit zu einem für die medizinische Rehabilitation relevanten Problem. Dass nach eigener Datenlage bei mehr als der Hälfte der Rehabilitanden der Deutschen Rentenversi-

cherung Braunschweig - Hannover keine psychotherapeutischen Vorerfahrungen vorhanden sind, weist darauf hin, dass ein Teil der notwendigen Krankenbehandlung von der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation übernommen wird. Dabei muss gerade bei psychischen Erkrankungen zwingend berücksichtigt werden, ob ein Versicherter vor dem Hintergrund der psychischen Erkrankung in der Lage ist, das anstrengende Rehabilitationsprogramm in einer Klinik zu bewältigen (Rehabilitationsfähigkeit). Schwere Antriebsminderung, auffällige soziale Ängste mit Rückzugsverhalten, dissoziative Symptome oder Flashbacks bei sozialen Interaktionen, die als Trigger bedrohliche und belastende Schemata hervorrufen und eine akutpsychiatrische Behandlung erforderlich machen könnten, müssen in ihrer Auswirkung auf den Rehabilitationsverlauf und bei der Entscheidung, einen Rehabilitationsantrag zu bewilligen, berücksichtigt werden.

Es sind daher strengere Zugangskriterien für psychosomatische Rehabilitation notwendig, um den Ressourcenverbrauch nicht über das erlassene Budget zu belasten. Gleichzeitig müssen mehr Behandlungsaufträge in die ambulante Versorgung verlagert und mit definierten Zielvorgaben versehen werden, da die differenzielle Zuweisung zu

spezifischen Behandlungssettings bei guter Patientenselektion und Vorbereitung die Effektivität einer stationären Rehabilitationsbehandlung verbessert. Die Erhöhung der ambulanten psychotherapeutischen Dichte stellt eine bessere und auch ökonomischere Lösung zur Steigerung der Behandlungseffektivität dar, als Verlängerungen von stationären Behandlungen, da sich die Gesamtfallkosten insgesamt mutmaßlich verringern.

Darüber hinaus müssen die zur Verfügung stehenden Informationen zur Beurteilung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausführlicher sein, um sicher entscheiden zu können, ob die medizinisch – psychosomatische Rehabilitation die angemessene Behandlung ist, um das primäre Ziel der Rehabilitation zu erreichen. Aufgrund der ambulanten Versorgungsdefizite kann gar nicht mehr darüber befunden werden, wie der Antragsteller am besten zu behandeln ist oder ob die medizinische Rehabilitation als posteriore Maßnahme einer vorangegangenen Krankenbehandlung folgt, sondern nur noch, dass ein Behandlungsbedarf dringend besteht, unabhängig von der Behandlungsform oder bezüglich der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger.

Das Argument, dass die zur Linderung der Symptomatik für erforderlich gehaltene Psychotherapie ein wichtiger Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation sei, ist zwar richtig. Diese Auffassung ignoriert dabei, dass die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nicht erreicht werden kann, wenn die Erkrankung zu schwer ist. Symptome wie Angst, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsprobleme und Antriebsverminderung wirken sich unmittelbar auf die Behandlungs- und Rückkehrmotivation aus.

Fazit

Die Effektivität medizinisch-psychosomatischer Rehabilitation ist in hohem Maß von der psychotherapeutischen Vor- und Nachbereitung abhängig. Eine nahtlose Behandlungskette, die aus einer ausreichenden psychotherapeutischen Vorbehandlung, medizinisch-psychosomatischer Rehabilitation und psychotherapeutischer Nachbehandlung besteht, ist nicht selbstverständlich und führt zu einer Verschiebung der Behandlungsziele innerhalb des medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem. Eine gleichzeitige gesundheitliche Verbesserung ist für die Patienten damit nicht ver-

bunden. Um eine ausreichende fachgerechte psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten, sollten bestehende Versorgungsmängel bspw. durch eine vollständigere Auslastung ideell zur Verfügung stehender Behandlungsstunden (Halbtags- und Vollzeitzulassungen) oder durch Integrierte Versorgungsmodelle geschlossen werden. Erst dann besteht für das System der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation die Möglichkeit, das Ziel der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben konsequent zu verfolgen.

Jobcenter

1. Wer bin ich?

Die Jobcenter Region Hannover betreuen seit Januar 2005 die Bezieher von Arbeitslosengeld II in der Region Hannover. Fast 1.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in 17 Jobcentern Ansprechpartner für die Kunden in den rd. 61.000 Bedarfsgemeinschaften der Region.

Aufgabe und Ziel der Jobcenter Region Hannover ist die Integration von Jugendlichen und langzeitarbeitslosen Erwachsenen in den 1. Arbeitsmarkt. Erreicht wird dies auch durch individuelle Qualifizierung, Förderung und spezielle Eingliederungsprogramme. Gleichzeitig sichern die Jobcenter Region Hannover die Grundsicherung für rd. 115.000 Menschen in der Region Hannover.

2. Was ist mein Auftrag?

Unser Auftrag definiert sich aus dem Sozialgesetzbuch II. Die psychotherapeutische Versorgung gehört nicht zu unserem gesetzlichen Auftrag, gleich-

zeitig sind unter unseren Leistungsbeziehern auch Menschen mit psychischen Erkrankungen oder einem Bedarf an psychotherapeutischen Hilfen. Gesetzlich stehen uns die kommunalen Eingliederungsleistungen gem. § 16 a SGB II zur Verfügung, zu denen unter der Nr. 3 auch die psychosoziale Betreuung gehört.

Hier ein Auszug dazu aus der entsprechenden Arbeitshilfe mit Bezug zur psychotherapeutischen Versorgung:

In besonders gelagerten Einzelfällen kann nach der Basisbetreuung (max. 3 Fachleistungsstunden) und der weiteren Betreuung (max. 10 Fachleistungsstunden) eine darüber hinausgehende Betreuung angezeigt sein und ist in solchen Einzelfällen grundsätzlich zulässig. Diese weitergehende Betreuung ist auf maximal 10 Fachleistungsstunden zu begrenzen und sollte nur mit Zustimmung des zuständigen Teamleiters erfolgen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass spätestens im Rahmen dieser weitergehenden Betreuung aufgrund der dann offenbaren Erforderlichkeit einer umfassenden Betreuung/therapeutischen Begleitung die entsprechenden Maßnahmen (z.B. Inanspruchnahme **kassenärztlicher Leistungen in Form einer ambulanten oder stationären Psychotherapie**) eingeleitet werden.

3. Wie nehme ich die aktuelle Versorgungslage wahr?

Eine valide Einschätzung zur Versorgungslage ist uns nicht möglich, da wir standardisiert keine Daten über psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erheben dürfen. In den Fällen, in denen darüber Kenntnis besteht, nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter eine Unterversorgung wahr. Die Dauer der Wartezeiten, insbesondere bei fachspezifischem Bedarf, z.B. aufgrund besonderer Krankheitsbilder, werden als problematisch und symptomverstärkend eingeschätzt.

4. Welche Lösungsmöglichkeiten sehe ich?

Über eine Verstärkung von Netzwerkarbeit sollte eine größere Transparenz hergestellt werden. Zudem wäre ein Krisendienst für eine psychotherapeutische (nicht psychiatrische) Intervention sinnvoll.

Ich hoffe, mit diesen Ausführungen einen adäquaten Beitrag zu Ihrer Abfrage geleistet zu haben.

Mit freundlichen Grüßen
Heike Müller-Indorf
Referentin der Geschäftsführung
Bereich Markt und Integration

JobCenterRegion Hannover
Marktstraße 45 - 30159 Hannover
Tel: 0511 / 26277 - 310
Fax: 0511 / 26277 - 111
E-Mail: Heike.Mueller-Indorf@jobcenter-ge.de
_BA-Jobcenter Region Hannover-FU-Markt-und
Integration

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

1. Wer sind wir?

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Der Unternehmensbereich Bezirksstelle Hannover erfasst die Region Hannover sowie die Landkreise Hameln-Pyrmont, Schaumburg und Celle mit insgesamt rund 1.626.000 Einwohnern. Die KVN Bezirksstelle Hannover betreut 2.336 zugelassene und 364 ermächtigte Ärzte, 348 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 404 angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung.

2. Was ist unser Auftrag?

Die KVN gewährleistet die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten flächendeckend für ca. 8 Millionen Einwohner in Niedersachsen und rechnet die vertragsärztlichen Leistungen mit den Vertragsärzten und -psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen ab. Sie vertritt die Interessen der rund 13.500 niedergelassenen Vertragsärzte und Ver-

tragspsychotherapeuten in Niedersachsen gegenüber den Krankenkassen. Durch die Qualitätssicherung sorgt sie für einen hohen Leistungsstand der ambulanten Medizin. Zur Sicherung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung gehört auch die Organisation eines Bereitschaftsdienstes zu den sprechstundenfreien Zeiten.

3. Wie nehmen wir die aktuelle Versorgungslage wahr?

Psychotherapie als Kassenleistung

Vorab zur Abgrenzung: Psychotherapie kann als Kassenleistung erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Sie ist keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dies gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen (Psychotherapie-

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen). Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben (§ 1 Abs. 3 Satz 3 Psychotherapeutengesetz).

In der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung sind folgende Verfahren anerkannt: Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung

Hat der Therapeut - ggf. nach Durchführung probatorischer Sitzungen - eine entsprechende Indikation gestellt, muss der Patient die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie bei seiner Krankenkasse beantragen. Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen den Bericht eines Konsiliararztes beifügen. Je nach Indikationsstellung ist vom Therapeuten festzulegen und zu begründen, ob ein Antrag auf Kurzzeittherapie (bis zu 25 Sitzungen à 50 Minuten) oder Langzeittherapie gestellt werden soll. Die Therapie bedarf grundsätzlich der Bewilligung der Krankenkasse. In einem Gutach-

terverfahren bei der Krankenkasse wird geprüft, ob die Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind, insbesondere, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.

Aktuelle Bedarfsplanungs- und Versorgungssituation

Über die Zulassung und Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung entscheidet ein paritätisch mit Ärzten und Krankenkassenvertretern besetzter Zulassungsausschuss, wobei in Angelegenheiten der Psychotherapie Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl vertreten sind.

Wo sich Ärzte und Psychotherapeuten niederlassen können, hängt von der Bedarfsplanung ab (§§ 99 ff. SGB V; Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen). Ein Problem der bisherigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist, dass sie sich nicht am regionalen Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung, sondern in erster Linie an der Einwohnerzahl in den Stadt- und Landkreisen orientierte. Mit dem am 01.01.2012 in Kraft

getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber vorgegeben, die Bedarfsplanung in Richtung einer flexibleren Versorgungssteuerung weiterzuentwickeln. Dazu ist die maßgebliche Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2013 neu gefasst worden. Ziel ist eine bessere Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten, u. a. durch eine differenzierte Regelung der Planungsbereiche (kleinere Regionen für Hausärzte, größere Regionen für die verschiedenen Facharztgruppen je nach Spezialisierungsgrad) sowie Berücksichtigung von Mitversorgerereffekten und demografischen Entwicklungen. Die Umsetzung über die Gremien auf Landesebene steht jetzt an. Regionale Besonderheiten können noch berücksichtigt werden. Der tatsächliche Versorgungsbedarf, insbesondere im Bereich der Psychotherapie, lässt sich freilich nicht aus einer neuen Richtlinie ablesen.

Die Landeshauptstadt Hannover sowie die 20 Kommunen der Region Hannover um die Landeshauptstadt herum (ehemaliger Landkreis) bilden derzeit zwei getrennte Planungsbereiche. Das ist für die Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, zu denen die Psychotherapeuten gehören, auch nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie so vorgesehen. Damit soll einer bei kreisscharfer Planung befürchteten Abwanderung der Ärzte und Psychotherapeuten aus dem

ehemaligen Landkreis in die Landeshauptstadt entgegengewirkt werden.

Zur Fachgruppe der Psychotherapeuten gehören die Ärztlichen Psychotherapeuten, die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dabei sind 25 Prozent der rechnerisch erforderlichen Sitze für Ärztliche Psychotherapeuten und 20 Prozent für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu reservieren.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten bestehen aktuell in den beiden Planungsbereichen des ehemaligen Landkreises und der Landeshauptstadt Hannover Zulassungsbeschränkungen. Der rechnerische Versorgungsgrad betrug nach der letzten Berechnung der bisherigen Bedarfsplanung in der Stadt Hannover 118,8 Prozent und im Umland 149,7 Prozent. Die psychotherapeutische Versorgungssituation in der Region Hannover stellte sich nach den letzten Feststellungen der alten Bedarfsplanung (Stand: 17.09.2012, Fortschreibung 3/2012) im Einzelnen wie folgt dar:

	Planungsbereich	
	Allg. Verhältniszahl PT – Einwohner / Einwohnerzahl	
	Region Hannover/ ohne Stadtkreis 10.139 / 610.135	Stadtkreis Hannover/ Landeshauptstadt 2.577 / 526.296
Ärztl. Psychotherapeuten	20,6	79,7
Psychol. Psychotherapeuten	38,5	118,0
Ki.&Jug. Psychotherapeuten	31,0	45,0
Summe Psychotherapeuten	90,1	242,7
Versorgungsgrad in Prozent	149,7	118,8

Zum Vergleich: Die Summe der vertragsärztlich tätigen Hausärzte beträgt in der Stadt Hannover 364,45 und im Umland (Region Hannover ohne Stadtkreis) 376,5.

Die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung auf die Versorgungsstrukturen stehen noch nicht fest. Bundesweit wird mit ca. 1.000 neuen Psychotherapeutensitzen gerechnet, davon geschätzt ca. 80 in Niedersachsen. Die allgemeine Verhältniszahl für Psychotherapeuten (ein Psychotherapeut je Einwohnerzahl) beträgt nach neuer Bedarfsplanung für den ehemaligen Landkreis Hannover 9.103 (alt: 10.139), für die Landeshauptstadt 3.079 (alt: 2.577) und ist im Vergleich zu den übri-

gen Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eher niedrig. In beiden Planungsbereichen ist nicht damit zu rechnen, dass aktuell neue Psychotherapeutensitze frei werden.

Die Verteilung der psychotherapeutischen Ausrichtungen stellt sich wie folgt dar (Stand: Juli 2012; Abweichungen zur vorstehenden Tabelle beruhen darauf, dass einige Leistungserbringer mehrere Verfahren anbieten (i.d.R. VT und TP)):

	Region Hannover/ ohne Stadtkreis	Landeshauptstadt Hannover	Gesamt
Verhaltenstherapie	32	76	108
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	38	101	139
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	32	95	127
Gesamt	102	272	374

Das Durchschnittsalter aller Psychotherapeuten in der Stadt Hannover liegt bei 55 bzw. im Umland bei 54 Jahren. In der Stadt sind etwa 30 Prozent der Psychotherapeuten älter als 60 Jahre, im Umland ca. 24 Prozent. Die letzten Planzahlen weisen für die beiden Planungsbereiche der Region Hannover eine rechnerische Überversorgung aus. Die Versorgungsrealität wird jedoch vielfach anders wahrgenommen. Auffällig ist die unterschiedliche Dichte der Psychotherapeuten in der Stadt Hannover und im Umland der Region, die sich auch in der allgemeinen Verhältniszahl widerspiegelt, wie auch die unterschiedliche Verteilung der psychotherapeutischen Ausrichtungen. Einem breiten und differenzierten Angebot in der Stadt Hannover stehen deutlich weniger Angebote im Umland, insbesondere auf dem Lande gegenüber. Psychotherapeutische Pati-

enten bevorzugen jedoch auch häufig die Anonymität der Stadt.

Jährlich erkranken 25 bis 30 Prozent der Bevölkerung an psychischen und psychosomatischen Störungen. Das stellt das Versorgungssystem vor große Herausforderungen. In einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegebenen Studie zur ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung werden die verschiedenen Formen der Versorgung und ihre Effizienz analysiert (Kruse/Herzog; Gutachten (Zwischenbericht) Januar 2012): Für psychisch Kranke gibt es in Deutschland ein umfangreiches und differenziertes ambulantes Versorgungsangebot. Die drei Säulen der psychotherapeutischen Versorgung – die ärztlich-psychosomatische, die ärzt-

lich-psychiatrische und die psychologische – leisten je einen spezifischen Beitrag. Ein großer Teil der Patienten wird in der psychosomatischen Grundversorgung behandelt. Der Hausarzt ist oft auch bei psychischen und psychosomatischen Störungen zentraler Ansprechpartner. Häufigste Behandlungsanlässe sind depressive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen. Das Krankheitsspektrum wandelt sich. Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf von körperlich erkrankten und älteren Menschen wird bislang wenig berücksichtigt. Überwiegend ausgeführte Therapieform ist die Einzeltherapie. Um der Herausforderung gerecht zu werden, sind die Versorgungsstrukturen auszubauen, inhaltlich weiterzuentwickeln und die Schnittstellen zwischen den Behandlergruppen zu definieren. Primär muss es darum gehen, Patienten zeitnah auf entsprechenden diagnostischen Pfaden zu versorgen.

Zu begrüßen ist, dass Ärzte und Krankenkassen sich 2012 darauf verständigen konnten, die Psychotherapie aus der mengenbegrenzten Gesamtvergütung herauszunehmen (zunächst für 4 Jahre).

Wartezeiten in der Psychotherapie

Wartezeiten werden oftmals als Indikator für die Beurteilung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung herangezogen. Eine bundesweite Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit psychischen Beschwerden durchschnittlich 3 Monate auf ein Erstgespräch warten. Bei über 70% der Praxen können die Patienten aufgrund von mangelnden Kapazitäten erst nach mindestens 3 Wochen ein erstes Beratungsgespräch in Anspruch nehmen, bei mehr als 30% der Patienten beträgt die Wartezeit sogar mehr als 3 Monate. Dabei ergeben sich in den Bundesländern wie auch in ländlichen und städtischen Regionen Unterschiede. In Niedersachsen beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf ein erstes therapeutisches Gespräch für einen Patienten 13 Wochen. Niedersachsen liegt damit im „guten“ Mittelfeld. In den städtischen Gebieten wurde eine durchschnittliche Wartezeit von 2 bis 3 Monaten auf ein Erstgespräch ermittelt, in ländlichen Regionen von fast 4 Monaten. Dies wird zum Teil durch die Mitversorgungseffekte von Ballungszentren kompensiert.

Die Länge der Wartezeiten korrespondiert nicht unbedingt mit der Versorgungsdichte. So weist z. B. Hessen mit einer durchschnittlichen Wartezeit von fast 14 Wochen auf ein Erstgespräch gleichzeitig einen deutlich höheren Versorgungsgrad (34,5 Psychotherapeuten/100.000 Einwohner) auf als Niedersachsen (21,3 Psychotherapeuten/100.000 Einwohner). Die Ursachen können einerseits in der Qualität der erhobenen Daten, andererseits in einer erhöhten Inanspruchnahme der Bevölkerung liegen. Laut Bundespsychotherapeutenkammer liegen jedoch die Anfragen nach psychotherapeutischen Erstgesprächen pro Monat in Hessen mit knapp 16 deutlich unter denen in Niedersachsen (ca. 19 Anfragen pro Monat). Das spricht dafür, dass durch eine höhere Versorgungsdichte nur bedingt eine bessere psychotherapeutische Versorgung für die Betroffenen erreicht wird. Zu prüfen wäre weiterhin, inwieweit psychosoziale Beratungsstellen in den Bundesländern ausgebaut sind und die Erkrankten betreuen bzw. Versorgungsdefizite auffangen können.

Arzt- und Psychotherapeutenauskunft sowie Psychotherapieplatzauskunft Niedersachsen im Internet

Unter der Adresse: www.arztauskunft-niedersachsen.de ist der gemeinsam von der KVN und der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) eingerichtete flächendeckende Arzt-Such-Service im Internet abrufbar. Er ermöglicht eine Auswahl aus rund 9.500 zugelassenen Kassenärzten, 1.300 ermächtigten Krankenhausärzten, 500 privatärztlich tätigen Ärzten und 1.000 Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Niedersachsen, die zur Behandlung seines individuellen Gesundheitsproblems in Frage kommen.

Ebenso bieten die norddeutschen Psychotherapeutenkammern unter www.psych-info.de ein Psychotherapeuten-Suchprogramm zu Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

In einer Datenbank der KVN können Therapeuten mit Kassenzulassung auf freie Therapieplätze und Beratungsgespräche im Internet hinweisen. Patienten haben die Möglichkeit, diese unter der Adresse www.psychotherapieplatzauskunft-nds.de bzw. der Home-

page der KVN (www.kvn.de) niedersachsenweit nach Therapieformen und Postleitzahlen abzurufen. Die freien Therapieplätze werden in den Therapieformen ‚Verhaltenstherapie‘, ‚tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie‘ sowie ‚analytische Psychotherapie‘ getrennt nach Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen angeboten. Die Zahl der eingestellten freien Plätze entspricht jedoch bei Weitem nicht der tatsächlichen Nachfrage.

Die Nachfrage nach Psychotherapieplätzen ist ausgesprochen hoch. Dies spiegelt auch die Statistik der telefonischen Patientenfragen bei der KVN wieder. Im monatlichen Durchschnitt fragen bei der KVN Bezirksstelle Hannover ca. 150 Patienten nach einem Psychotherapieplatz. Häufig wird berichtet, dass sich viele Patienten mehrfach bei unterschiedlichen Therapeuten auf die Warteliste setzen lassen. Viele Patienten sind bei der Auswahl und Suche des für sie richtigen Hilfsangebotes überfordert und benötigen die Hilfe Dritter bei der Therapieplatzsuche. Verhaltenstherapie wird hauptsächlich von Psychologischen Psychotherapeuten erbracht und selten für Kinder und Jugendliche angeboten. Psychiatrische Patienten und Patienten mit Suchtproblemen haben besondere Schwierigkeiten, eine adäquate Versorgung zu finden. Erwachsene Patienten mit psychischen Störungen suchen ihren Be-

handler eher außerhalb des unmittelbaren Wohn- und Arbeitsumfeldes.

4. Welche Lösungsmöglichkeiten sehen wir?

1. Das Problem ist - unabhängig vom Faktor der angebotsinduzierten Nachfrage - **nicht** mit der schlichten Forderung nach mehr Psychotherapeuten zu lösen. Treffend schreibt die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Frau Dr. Geduldig-Jacki, Hildesheim (Leserbrief HAZ vom 17.12.2011 „Mensch und Arbeit passen nicht“ zum Pressebericht vom 13.12.2011 „Jedes Jahr 7000 Frührentner wegen psychischer Probleme“):

„Zu wenig Psychotherapeuten? Mag sein. Aber was schreibt der Autor dieser Berufsgruppe für eine Allmacht zu? Dass die psychischen Störungen (vorwiegend Depressionen, Angsterkrankungen und psychosomatische Störungen) zur Nummer eins der Gründe für Frühverrentung avancierten - liegt das denn wirklich daran, dass wir ein schwächeres Nervenkostüm bekommen haben? „Wohin“ soll ich jemanden therapieren? Dass er ein Stahlkorsett bekommt? Unberührbar wird gegen Überforderung,

aber auch gegen alles andere? Nein, wir sind so stark, wie wir immer waren. Aber Mensch und heutige Arbeitswelt passen nicht mehr zusammen. Wir sind ausgerüstet dazu, in Gemeinschaft zu leben, den Prozess dessen, was wir tun, zu überschauen und ihn nach unseren Möglichkeiten zu beeinflussen, uns damit zu identifizieren und zu spüren, dass das, was wir tun, sinnvoll ist und anerkannt wird. All das bietet die Arbeitswelt heute nicht mehr. ... Die „psychischen Frührentner“ werden nur weniger, wenn wir uns politisch für wieder menschliche Arbeitsbedingungen einsetzen. Die „Störung“ liegt nicht im Individuum.“

Ebenso kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in einem Positionspapier zum Thema Burnout vom 07.03.2012 die öffentliche Debatte. Burnout, das Gefühl des Ausgebranntseins, sei keine Krankheit, sondern ein Problem der Überforderung im Beruf.

2. Die Bedarfsplanung für Psychotherapeuten sollte zielgerichtet unter Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten erfolgen. Die Versorgungsforschung hat den tatsächlichen Bedarf und die Schnittstellen in einem ganzheitlichen Ver-

sorgungskonzept bislang aber noch nicht plausibel definiert.

3. Durch verbesserte Information und Aufklärung sollte mangelnder Kenntnis und Motivation der Patienten und Stigmatisierungsangst im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung begegnet werden. Informationen über Indikationen und Leistungsangebot könnten eine zielgenaue Zuweisung der Patienten gemäß den Psychotherapieverfahren unterstützen.
4. Zur zielgerichteten Versorgung der Patienten und besseren Verzahnung bedarf es eines vernetzten Versorgungsangebotes und niedrigschwelliger Therapieangebote.

Die Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen den verschiedenen Fachrichtungen der Psychotherapie sind zu optimieren.

5. Die Einrichtung einer „Clearingstelle“ könnte helfen, die Versorgungsbedürftigkeit zu filtern und die Versorgung im Rahmen der vorhandenen Versorgungsangebote besser zu steuern. Bedarf es immer einer Psychotherapie?

Eine telefonische Auskunft- und Vermittlungsstelle für Patienten könnte koordinierend wirken.

6. Vereinbarungen über die Durchführung einer frühzeitigen und gezielten psychodiagnostischen Abklärung und psychotherapeutischen Akutbehandlung, wie sie in Niedersachsen beispielsweise zwischen der KVN, der BKK RWE und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV) auf der Grundlage des § 73c SGB V getroffen worden sind oder in einem neuen Versorgungsvertrag zwischen der KVN, den Hausärzterverbänden Niedersachsen und Braunschweig sowie der AOKN für Patienten mit Burn out-Syndrom und Depressionen vorgesehen sind, sollten breitere Anwendung finden.
7. Präventive Maßnahmen sind gefordert. Eine systematische Analyse typischer Krankheitsverläufe könnte helfen, einem Kreislauf wiederholter stationärer Aufenthalte entgegenzuwirken. Einschränkungen im Bereich psychosozialer Beratungsstellen ist entgegenzuwirken.
8. Die Dauer von Psychotherapie sollte sich unabhängig von vorgeplanten Kontingenten flexibel am (fort-)bestehenden Behandlungsbedarf orientieren.

Bei welcher Behandlungsdauer ergibt sich die größte Effizienz?

9. Angebot und Bewilligung von Gruppentherapie sollten gegenüber der Einzeltherapie stärker berücksichtigt werden.
10. Der Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung ist durch die gesetzliche Krankenversicherung dauerhaft extrabudgetär angemessen zu vergüten.

Das Gesundheitsplenum könnte einzelne Aspekte aufgreifen und sich für eine Umsetzung in der Region Hannover einsetzen.

Hannover, den 15.01.2013

Dr. Bernhard Specker
Geschäftsführer
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Unternehmensbereich Bezirksstelle Hannover

1. Wer bin ich?

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen: KdÖR

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat die Aufgabe sich dafür einzusetzen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie in einer qualitativ guten Weise und flächendeckend in den Regionen stattfindet. Das bedeutet, sie setzt sich dafür ein, dass es genügend und qualitativ gute Psychotherapeutische Angebote gibt. Fachliche Erfordernisse, eine differenzierte Diagnostik und vielfältige Psychotherapien sollen die Bedarfe der Patientinnen und Patienten einbeziehen und auch Besonderheiten berücksichtigen.

Pflichtmitglieder in der Kammer sind alle approbierten Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie alle Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Wohnsitz und/oder Arbeitsstelle Pflichtmitglieder.

Ebenso sind dies alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA), die sich in der fachpraktischen Ausbildung, das heißt psychotherapeutische Behandlungen unter Supervision befinden.

Die Mitglieder arbeiten in verschiedenen Bereichen. In der Region Hannover und Stadt Hannover arbeiten als Niedergelassene mit einer Zulassung zur Behandlung von gesetzlich Versicherten. Daneben gibt es Privatpraxen.

Ein großer Teil der PP/KJP arbeiten angestellt in Kliniken, Beratungsstellen, bei der Jugendhilfe, als Schulpsychologen und in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Eine zentrale Aufgabe der Kammer ist es, die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder nach außen zu vertreten und den Berufsstand als Ganzem zu fördern. Dies geschieht in enger Kooperation mit den anderen Heilberufekammern und der kassenärztlichen Vereinigung in Niedersachsen. Die niedergelassenen PP/KJP bilden 15 % der Mitglieder der KVN, sie gehören dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung an.

2. Was ist mein Auftrag?

Die PKN hat die Berufsaufsicht aller Mitglieder. Sie regelt die Weiterbildung, die Fortbildung, Qualitätssicherung und die Einhaltung der Berufsordnung der Kammermitglieder. Sie hat Schlichtungsstelle und Berufsgeschicht. Sie berät Mitglieder in allen Fragen der Berufsausübung und ist Vertretung des Berufsstandes in Politik und Gesellschaft.

Die PKN unterhält gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen und der Zahnärztekammer den Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung NIZZA.

3. Wie nehme ich die aktuelle Versorgungslage wahr?

In der Stadt Hannover haben 224,9 ärztliche, Psychologische und Kinder -und Jugendlichenpsychotherapeutinnen eine Niederlassung in einer Praxis der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen.

In der Region beträgt diese Zahl 83,9 Sitze.

Die Versorgungslage im Bereich der Psychotherapie ist bei einem immensen Anstieg der Nachfrage in den vergangenen Jahren zunehmend schlechter geworden, weil nicht in ausreichendem Maße Behandlungskapazitäten hinzugekommen sind. Entgegen der Vorstellung, die Praxen seien nicht ausgelastet, arbeiten nach neueren Erhebungen die PP/KJP im Durchschnitt 27 Stunden im Rahmen eines vollen Kassensitzes im Bereich der GKV Versorgung. Dies entspricht einer Arbeitszeit von ca 40-45 Stunden pro Woche. Richtlinienpsychotherapien durchlaufen ein differenziertes

Antragsverfahren und sind immer auf den jeweiligen Psychotherapeuten abgestellt. Zeiten für Telefonsprechstunden, Konsiliarische Erörterungen, Supervision und schriftliche Dokumentationen werden gar nicht oder gering vergütet, sind aber zeitintensiv.

Die Vergütung entspricht insgesamt nicht einem gut und lange ausgebildeten und eigenverantwortlich arbeitendem akademischen Heilberuf.

Die von den PP/KJP behandelten Patientinnen und Patienten leiden unter eine Vielzahl verschiedener Erkrankungen. Sie sind nachweislich nicht „geringer erkrankt“ als in den Bereichen der rein somatischen Behandlungen und bilden das ganze Spektrum der psychischen Erkrankungen ab.

Jede Behandlung wird von einer somatischen Erstuntersuchung begleitet, viele PP/KJP arbeiten in enger Kooperation mit den anderen Ärzten des Patienten. In vielen Fällen erhöht die Psychotherapie die Bereitschaft ihrer Patienten, bei medizinisch notwendigen Behandlungen mitzuarbeiten und sich auch anderen psychosozialen Hilfen zu öffnen. Durch einen Ansatz, die Angehörigen in Behandlungen direkt und indirekt einzubinden, werden oft kreative und lebenspraktische Verbesserungen erzielt und langfristig Gesundheitsvorsorge und Prävention gefördert.

Umfrage der PKN zu Wartezeiten

Die Wartezeit auf ein Erstgespräch sollte in der Regel nicht mehr als 14 Tage betragen, ein Behandlungsbeginn in Akutfällen sollte jederzeit möglich sein.

Davon sind wir jedoch weit entfernt. Für die Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen ist die Bedarfsplanung zuständig.

Der reale Bedarf an Psychotherapie ist seit 1999 immer höher als in der Bedarfsplanung ausgerechnet wurde. Dies ist spürbar, in den langen Wartezeiten und der hohen Zahl von Patientinnen und Patienten, die beim Versuch einen Platz zu bekommen, resignieren und zu lange warten, bis sie sich zur Behandlung entschließen. Die Bedarfsplanung wird derzeit neu berechnet, regionale Besonderheiten sollen Gewicht bekommen, dies wird sich jedoch weniger auf die Region und die Stadt Hannover auswirken. Die reale Unterversorgung ist in ländlichen Regionen Niedersachsens größer.

Um eine bessere Schätzung des realen Bedarfs zu erhalten haben die Psychotherapeutenkammern im Jahr 2011 eine umfangreiche Erhebung zu Wartezeiten in den niedergelassenen Praxen erhoben.

Die Wartezeit auf ein Erstgespräch betrug im Mittel 8.7. Wochen in der Stadt und 9.7. Wochen in Region Hannover.

Die Wartezeit auf den Beginn der Behandlung betrug in Hannover Stadt 20.9 Wochen und in der Region 23,6

Wochen (siehe auch Anlagen und Langfassung der Studie unter www.bptk.de).

Rund 30% der in Hannover Stadt arbeitenden und 52% der in der Region arbeitenden Kolleginnen und Kollegen gaben an, keine Warteliste zu führen oder dass ihre Warteliste bereits voll sei, so dass sie die Wartezeit auf die Behandlung gar nicht abschätzen könnten.

Im Jahr 2013 wird eine umfangreiche Datenlage der angestellten PP und KJP erhoben werden. Diese wird in Kürze ein differenziertes Bild der Bereiche zeichnen, in denen die Mitglieder der PKN arbeiten, wie hoch die Arbeitsauslastung und mit welchem Schwerpunkt sie tätig sind.

Besserung der Versorgung seit 2008 durch die Möglichkeit der Ausschreibung halber Sitze

Seit 2008 besteht die Möglichkeit der Abgabe eines halben Praxissitzes und der Übernahme eines halben Praxissitzes durch geeignete BewerberInnen für alle, die ihre Praxis nicht mehr als Vollzeitpraxis führen können oder wollen.

Dies ermöglicht nun, dass dem dringenden Wunsch vieler berufstätiger Mitglieder der PKN Rechnung getragen werden kann, in der Versorgung zu arbeiten und z. B. gleichzeitiger Familienversorgung nachzukommen. Die rechtliche Situation ist nach wie vor so,

dass die Psychotherapeuten sich nicht direkt vertreten können und auch keine AssistentInnen einstellen dürfen (außer in wenigen und sehr begrenzten Ausnahmefällen). Dies schränkt die Flexibilität und damit die Versorgung ein.

4. Welche Lösungsmöglichkeiten sehe ich?

Die Änderung der Bedarfsplanung sollte den Bedarf nach Psychotherapie gerecht werden.

Es geht darum im Bereich der psychischen Erkrankungen leitliniengerechte Psychotherapie anzubieten, die eine Vernetzung von stationärem und ambulanten Setting ermöglicht.

Medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen sollten in enger Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erfolgen, ein Bezahlung für solche Kooperationen sollte über Fallpauschalen erfolgen.

Bezogen auf die Bedarfsplanung hält die PKN folgende Maßnahmen für sinnvoll:

1. Eine Bedarfsplanung für Erwachsene mit psychischen Krankheiten und für Kinder hat sich als sinnvoll erwiesen und sollte beibehalten werden.
2. Die Planungsbezirke und das große Gefälle in der Dichte der Versorgung, die wir in Niedersachsen vorfinden, muss geändert werden. Es sollen Verhältnisse zwischen Einwohnerzahl, Morbidität und

Erreichbarkeit für die Patienten ermittelt werden und in die Planung des Bedarfs einfließen.

3. Schaffung von flexibleren Arbeitsstrukturen: In Praxen mit Jobsharing sollte es möglich sein, das volle Praxiskontingent auszuschöpfen und nicht auf einem Niveau gedeckelt zu sein, welches zuvor von einem Psychotherapeuten alleine erwirtschaftet wurde. Teilzulassungen sollten möglich sein.
4. Der Demografie-Faktor, die zunehmende Alterung kann als Senkung der Schätzung des Bedarfs für den Bereich der Psychotherapie nicht angewendet werden. Dies würde zu Verschlechterung der Leistungen führen, da zunehmend ältere Menschen Psychotherapie benötigen
5. Es muss auf Landesebene eine Möglichkeit (Landesausschuss) geschaffen werden, um regionalen oder quantitativen Sonderbedarf für Psychotherapie festzustellen. Es kann beispielsweise genügend Praxen für erwachsene Patienten zu wenige aber für Kinder und Jugendliche geben.

Darüber hinaus ist eine flächendeckende präventive Versorgung notwendig.

Hannover den 11.1.2013

Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover

Die psychotherapeutische Versorgung in der Region Hannover aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes

1. Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist eine kommunale Einrichtung der Gebietskörperschaft Region Hannover. Neben einer Zentrale in der Hannoverschen Innenstadt verfügt der Sozialpsychiatrische Dienst noch über insgesamt zwölf Beratungsstellen (davon gehören zwei zum Kooperationspartner MHH). Im Erwachsenenbereich ist das Gebiet der Region Hannover in elf ambulante Versorgungssektoren aufgeteilt, in denen sich jeweils eine zuständige Sozialpsychiatrische Beratungsstelle befindet. Für den Bereich der Kinder und Jugendlichen gibt es eine Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für das gesamte Regionsgebiet.

In allen Beratungsstellen arbeiten Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie (bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie), häufig mit der Zusatzbezeichnung Psy-

chotherapie, außerdem Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, teilweise auch Krankenpflegekräfte und ein Diplom-Psychologe, jeweils unterstützt von Teamassistentinnen. Größtenteils verfügen die Fachkräfte über eine Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und/oder eine Weiterbildung als Systemischer Berater oder Therapeut.

2. Gesetzlicher Auftrag

Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt gemeindenah in seinen Beratungsstellen ambulante Hilfsangebote für psychisch Kranke und deren Angehörige in der Region Hannover zur Verfügung.

Grundlage für diese Hilfsangebote ist das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16.06.1997.

Die Hilfsangebote umfassen neben Beratung, Betreuung und Krisenintervention (insbesondere Teilnahme an der psychiatrischen Notfallversorgung) auch die langfristige Versorgungsplanung für psychisch Kranke, z. B. durch Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes, koordinierende Zusammenarbeit mit Kran-

kenhäusern, Arztpraxen, anderen Anbietern psychosozialer Hilfen sowie Betroffenen- und Angehörigenverbänden.

Die Hilfen sollen dazu beitragen, dass Krankheiten oder Behinderungen rechtzeitig erkannt und ärztlich behandelt bzw. die betreffenden Personen sozialpsychiatrisch betreut werden. Dabei wird das Ziel verfolgt, den betroffenen Personen eine möglichst selbstständige Lebensführung im gewohnten Umfeld zu erhalten oder wieder zu ermöglichen.

Als Hilfen angeboten werden unter anderem Informations- und Beratungsgespräche (z. B. in Form von Einzel-, Paar- oder Familiengesprächen), Überweisung oder Weitervermittlung an andere soziale/medizinische Institutionen, Durchführung von Hilfekonferenzen zur Hilfebedarfsermittlung, Gruppen für Betroffene und Angehörige und bei Bedarf Hausbesuche. Behandlungsgespräche sind in der Regel von einer psychotherapeutischen Grundhaltung geprägt.

Auf dem Gebiet der Landeshauptstadt verfügen fünf Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes über eine vertragsärztliche Behandlungsermächtigung zur Versorgung derjenigen psychisch Kranken, die aufgrund von Behandlungserschwernissen nicht oder nicht ausreichend vom vertragsärztlichen System erreicht werden.

3. Aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage

Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung in der Region Hannover verfügt der Sozialpsychiatrische Dienst über keine gesicherten Zahlen, so dass sich die folgende Einschätzung größtenteils auf die subjektive Wahrnehmung unseres Arbeitsalltags stützt.

Jede Woche kommen psychisch Kranke mit einem Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Behandlung in die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Region Hannover. Einerseits sind es die Hausärzte, die wöchentlich jeweils mehrere Patienten an den Sozialpsychiatrischen Dienst verweisen, damit ihnen dort in Fragen „Psychotherapie“ weitergeholfen wird. Andererseits sind es niedergelassene Psychiater, die für ihre Patienten nicht mehr Zeit als für ein 15-minütiges Erstgespräch haben und ihre Patienten für weitere Gespräche zum Sozialpsychiatrischen Dienst schicken. Außerdem raten psychiatrische Kliniken ihren entlassenen Patienten an, sich zur Vermittlung von Psychotherapie an den Sozialpsychiatrischen Dienst zu wenden. Täglich haben die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen mit Patienten zu tun, denen sie eine ambulante Psychotherapie empfehlen. Die Rückmeldung der Patienten, die sich um einen Psychotherapie-Platz bemühen, sind

ernüchternd. Es dauert neun bis zwölf Monate, bis die notwendige Psychotherapie angetreten werden kann. Bei ambulanter traumazentrierter Psychotherapie ist in der Regel vor einem Jahr kein Platz zu bekommen. Die Patienten berichten, dass sie bei ihren telefonischen Anfragen öfters nur den Anrufbeantworter erreichen (vielfach rufe der Therapeut nicht einmal zurück) oder auf ihre E-Mails keine Reaktion erfolge.

Der Sozialpsychiatrische Dienst führt regelmäßig in seinen Beratungsstellen überbrückend stabilisierende (psychotherapeutische) Gespräche mit Patienten, deren vorrangiger Anspruch auf SGB-V-Leistungen nicht gedeckt werden konnte. Dabei sind die Mitarbeiter bereits deutlich an die Grenzen ihrer zeitlichen Ressourcen gestoßen.

Dass ambulante Psychotherapie-Plätze nicht kurzfristig zur Verfügung stehen, kann z. B. dazu führen, dass Patienten in akuten Krisen, bei denen eine ambulante Psychotherapie ausreichen würde, vom Sozialpsychiatrischen Dienst stattdessen in die psychiatrische Tagesklinik Linden geschickt werden (teilstationär statt ambulant!).

Ansonsten wird vom Sozialpsychiatrischen Dienst versucht, Patienten mit akutem Bedarf an psychotherapeutischen Gesprächen weiterzuvermitteln an Lebensberatungsstellen.

In manchen Fällen hilft Patienten, die Arbeitslosengeld II beziehen, zweckentfremdet ein Beratungsgutschein über 13 Termine psychosoziale Beratung.

Lange Wartezeiten für Psychotherapie gibt es nicht nur im Erwachsenen- sondern ebenfalls im Kinder- und Jugendlichen-Bereich.

Auch in Hilfeforen wird das Problem gesehen, dass Antragsteller auf Eingliederungshilfe vorrangig Bedarf an ambulanter Psychotherapie hätten, jedoch mangels verfügbarer Psychotherapie-Plätze auf andere Hilfearten wie Eingliederungshilfe ausweichen.

Grundsätzlich sieht es so aus, als ob Privatversicherte merklich schneller einen Psychotherapie-Platz bekommen als gesetzlich Versicherte. Nach meinem Eindruck scheint insgesamt die Regel zu gelten: Je leichter die Störung, desto schneller die Chance auf einen Psychotherapie-Platz. Für Menschen mit geistiger Behinderung, die Psychotherapie benötigen, ist es in der Region Hannover offensichtlich am schwierigsten, eine entsprechende Behandlung zu erhalten.

4. Lösungsansätze

Zunächst besteht die Möglichkeit, durch Aufstockung des für psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung stehenden Budgets die Kapazitäten allgemein zu erhöhen. Dazu könnte der Kreis der Behandler, die ambulante vertragsärztliche Leistungen erbringen dürfen, erweitert werden auf Therapeuten, die über eine zertifizierte systemische Weiterbildung verfügen.

Bei der Bemessung der Zahlen vertragsärztlich zugelassener Therapeuten ist zu berücksichtigen, dass viele Therapeuten lediglich halbtags tätig sind und daher nur die Hälfte an psychotherapeutischen Kapazitäten zur Verfügung stellen können.

Es wäre zu erwägen, eine Übergangsregelung einzuführen wie in Salzgitter: die Finanzierung zeitnaher psychotherapeutischer Gespräche durch einen Therapeuten in Ausbildung bis zum Beginn einer regulären Psychotherapie (quasi als „Übergangsgesächspartner“). Als Kostenträger kämen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger infrage.

Mir stellt sich die Frage, ob es sich realisieren ließe, die vorhandenen psychotherapeutischen Behandlungskontingente vermehrt Patienten mit „schwerwiegenden“ psychischen Störungen zugutekommen zu lassen (Änderung der Richtlinien für Gewährung von Psychotherapie?).

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße

Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst

Region Hannover

Weinstr. 2

30171 Hannover

thorsten.suesse@region-hannover.de

Impressum:



Region Hannover

Der Regionspräsident

Fachbereich Gesundheit

Text: Silke Gerdes, Hans-Bernhard Behrends (Region Hannover)

Layout: 17.04 Team Gestaltung

Druck: 17.05 Team Druck und Post

Fotos: © coldwaterman - Fotolia.com (S. 12)

© hati - Fotolia.com (S. 28)

© psdesign1 - Fotolia.com (S. 21)

© shootingankauf - Fotolia.com (S. 13)

© toscana - Fotolia.com (S. 25)

Stand: März 2013