

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2010

März
2010

Themen dieser Ausgabe:

- *Gesundheitspolitik*
- *Psychische Störungen zu häufig stationär behandelt*
- *Posttraumatische Belastungsstörung*
- **BPtK-Dialog**
„Soldatentraumata“:
*Interview mit
Christina Alliger-Horn*
- **BPtK-Focus:**
*BPtK-Studie: Gesundheitsreports
der Krankenkassen ausgewertet*
- **BPtK-Inside:**
KJP-Mindestquote

**Gesetz zur Änderung
krankenhausrechtlicher
und anderer Vorschriften
(GKV-Änderungsgesetz)**

Aussichten 2010: Die Gesundheitspolitik kann nicht mehr lange zögern

Das deutsche Gesundheitssystem bleibt auch in dieser Legislaturperiode eine zentrale Baustelle der Bundespolitik. Die ausstehende Reform hat sicherlich eine bessere finanzielle Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu schaffen. Sie kommt aber auch nicht daran vorbei, die ambulante Bedarfsplanung grundlegend zu erneuern. Dabei muss die Versorgung in strukturschwachen Gebieten sichergestellt und die Überversorgung in Ballungsräumen – soweit sie de facto besteht – abgebaut werden. Eine Gesundheitsreform wird auch das Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen ordnen müssen. Insbesondere aber sollte sie eine besser integrierte, auf den Bedarf bestimmter Patientengruppen abgestimmte Versorgung voranbringen.

Psychisch kranke Menschen warten monatelang auf eine Psychotherapie. Sie werden deshalb häufig nicht nur zu spät, sondern auch zu oft als Notfälle im Krankenhaus und zu einseitig medikamentös be-

handelt. All dies ist seit Jahren bekannt. Es müsste sich endlich etwas ändern. Bei körperlichen Erkrankungen wäre die drastische Unterversorgung ein gesundheitspolitischer Skandal. Nach Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fehlen jährlich rund 3,5 Millionen Behandlungsplätze für psychisch kranke Menschen.

Die GKV-Zulassung von Psychotherapeuten erfolgt anhand von Kriterien, die mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf nichts zu tun haben. Sie basieren – anders als bei Ärzten – nicht auf einer Infrastruktur, die über Jahrzehnte gewachsen ist, sondern auf der sehr lückenhaften Versorgung, wie sie beim Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes vor zehn Jahren bestand.

Die generelle Unterversorgung ist aber nur ein Teil des Problems. Ebenso wenig nachvollziehbar ist, warum in ländlichen Gebieten der Versorgungsbedarf neunmal geringer sein sollte als in Ballungsräumen. Die Spreizung zwischen

den verschiedenen Raumordnungstypen ist bei psychischen Erkrankungen deutlich größer als bei körperlichen Erkrankungen. Dafür existiert kein sachlicher Grund.

Eine Reform der Bedarfsplanung müsste ferner berücksichtigen, dass jüngere Menschen besser über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert sind und deshalb im Erkrankungsfall direkt Hilfe bei einem Psychotherapeuten suchen. Dieser Wandel in den Patientenpräferenzen müsste seinen Ausdruck in neu berechneten Verhältniszahlen von Einwohnern zu Psychotherapeuten finden. Zudem führt evidenzbasierte Medizin zu einer wachsenden Bedeutung von Psychotherapie, denn Psychotherapie ist bei psychischen Erkrankungen i. d. R. das Mittel der Wahl. Der Engpass in der ambulanten Versorgung führt schließlich auch dazu, dass sich psychisch kranke Menschen vermehrt an Krankenhäuser wenden müssen.

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Bundesregierung diskutiert dieser Tage über viele grundsätzliche Fragen, auf die die Koalitionspartner keine gemeinsamen Antworten haben. Eines der Themen ist die Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Als sei dies die zentrale gesundheitspolitische Herausforderung.

Was bei dieser Diskussion übersehen wird: Eine Kopfpauschale löst keine Versorgungsprobleme. Der Gesetzgeber muss in dieser Legislaturperiode auch die Weichen für eine grundlegende Reform der ambulanten Bedarfsplanung legen. Wir brauchen eine neue sektorenübergreifende, bedarfsorientierte Versorgungssteuerung. Wichtig für psychisch kranke Menschen ist es, die neue Versorgungsleitlinie Depression in die Praxis umzusetzen. Auch das passiert nicht von alleine.

Der neue Newsletter macht deutlich, wie notwendig Versorgungspolitik ist. Wir rechnen mit Ihrer Unterstützung.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Kleine Anfrage der SPD (BT-Drs. 17/386) sowie Antwort der Bundesregierung (BT-Drs. 17/386):
<http://dipbt.bundestag.de>

Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 17/499) sowie Antwort der Bundesregierung (BT-Drs. 17/691):
<http://dipbt.bundestag.de>

Fortsetzung von Seite 1

Das Bundesministerium für Gesundheit hat nun im Vorfeld der „großen“ Reform einen ersten Aufschlag gemacht. Seit Anfang Februar liegt der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vor. Politisch interessant ist vor allem, dass der Weg für die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V für ein weiteres Jahr freigemacht wird. Bis zum 30. Juni 2011 soll die Vorschrift in § 120 Abs. 6 SGB V verlängert werden, die es dem Hausärzterverband erlaubt, die Abrechnung ambulanter ärztlicher

der Gesamtvergütung laufen weiter, voraussichtlich über den 30. Juni 2010 hinaus – mit den bekannten, sehr empfindlichen Konsequenzen für den einzelnen Arzt, dessen Honorar sich dann nach entsprechend korrigierten Regelleistungsvolumina berechnet, und für die Kassenärztlichen Vereinigungen, denen die Verwaltungseinnahmen wegbrechen.

Ob die Hoffnung des Bundesgesundheitsministeriums auf ein schlankes und schnelles Gesetz noch lange berechtigt ist, scheint fraglich. Die weiter steigenden Ausgaben in der

wie es der GKV-Spitzenverband fordert, lehnt Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler bisher ab. Was der Minister allerdings unter intelligenter Steuerung durch ökonomische Anreize und Wettbewerb versteht, hat er noch nicht konkretisiert. Auf der Einnahmeseite bleibt Rösler bei seiner Forderung nach einem Systemwechsel in der GKV-Finanzierung. Die Krankenkassen sollen sich auf den Ausgleich der Kosten zwischen Gesunden und Kranken beschränken. Der Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen, der bisher durch prozentuale Beiträge erfolgte, soll ins Steuersystem verlagert werden.

Jeder Versicherte zahlt danach zukünftig einen fixen Beitrag von z. B. 140 Euro. Versicherte mit einem Einkommen über 1.800 Euro würden entlastet und Versicherte, die darunter liegen, belastet. Für Versicherte mit niedrigem Einkommen soll ein automatischer Sozialausgleich über das Steuersystem erfolgen. Problem Nummer eins: Der Ausgleich funktioniert nur, wenn alle Bundesbürger eine Steuererklärung abgeben, die entlastet werden sollen, tun dies allerdings meistens nicht. Problem Nummer zwei: Wie werden die Kosten von schätzungsweise 20 bis 35 Milliarden Euro für den Sozialausgleich bei klammen öffentlichen Kassen finanziert? Durch einen Gesundheits soli für Besserverdienende? Das ist schwer vorstellbar bei einer Bundesregierung, die versprochen hat, die Steuern zu senken. Die Zweifel an der Realisierbarkeit des Konzepts werden für viele zur Gewissheit.

Doch egal, ob eine große Gesundheitsreform oder verschiedene Gesetzespakete auf den Weg gebracht werden, die sich über die Legislaturperiode verteilen: Die Gesundheitspolitik kann nicht mehr lange zögern.

Posttraumatische Belastungsstörung

Definition

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zur Gruppe der Angststörungen. Sie kann sich bei Menschen entwickeln, die extreme traumatische Erlebnisse hatten, z. B. im Krieg oder als Opfer oder Zeuge von Verbrechen, Unfällen oder Naturkatastrophen.

Symptome

Die Erkrankten erleben die traumatischen Ereignisse immer wieder und zwar häufig so, als ob sie gerade passierten. Erinnerungen und Gefühle, die damit verbunden sind, kehren tagsüber (Flashbacks) und in Alpträumen zurück. Die Erkrankten vermeiden Situationen, die an das Trauma erinnern. Häufig ist das Interesse an Dingen, die ihnen früher wichtig waren, vermindert. Sie fühlen sich entfremdet, emotional taub und verlieren ihre Zukunftsperspektive. Darüber hinaus leiden die Erkrankten oft an Schlafstörungen, sind reizbar, schreckhaft und können sich schlecht konzentrieren. Die Symptome dauern mindestens einen Monat lang. Sie können sich mit erheblicher Verzögerung nach dem traumatischen Erlebnis entwickeln.

Ursachen

Zentrale Ursache einer PTBS ist das traumatische Erlebnis selbst, das eine potenzielle oder reale Todesangst, eine ernsthafte Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bedeutete. Es kann auch sein, dass diese existenzielle Gefährdung bei anderen nur als Zeuge erlebt wurde. Dauer, Häufigkeit und Intensität des traumatischen Ereignisses beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch daran erkrankt. Dabei führen Gewalttaten, wie Vergewaltigung, Folter und sexueller Missbrauch, besonders häufig zu einer PTBS.

Prävention

Präventiv orientierte Interventionen, wie z. B. das psychologische „Debriefing“ direkt nach einem traumatischen Ereignis, oder breiter angelegte Mehrkomponentenprogramme, wie das „Critical Incident Stress Management“, haben sich bislang nicht als wirksam erwiesen.

Behandlung

Nach aktuellen Leitlinien sind traumafokussierte psychotherapeutische Verfahren die Behandlungsmethode der Wahl. Ihre Wirksamkeit ist gut belegt. Sie helfen den Patienten, die Erinnerungen an das Trauma zu verarbeiten und mit den belastenden Gedanken und Gefühlen fertigzuwerden. Patienten werden in die Lage versetzt, ihr Leben wieder zurückzuerobern und sich nicht länger durch die Erinnerungen an das Trauma überwältigen zu lassen. Eine ausschließliche Pharmakotherapie, zumeist mit einem Antidepressivum, ist eingeschränkt sowie oft nur für die Dauer der Medikamenteneinnahme wirksam und kann daher nicht als Methode der ersten Wahl empfohlen werden.

Leistungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern über das eigene Rechenzentrum des Hausärzterverbandes abzuwickeln. Das heißt aber auch: Die Bereinigungen

gesetzlichen Krankenversicherung und die zu erwartenden Zusatzbeiträge bei der Mehrheit der Kassen setzen die Gesundheitspolitik unter Druck. Ein Einfrieren der Ausgaben,

Soldatentraumata

Interview mit Christina Alliger-Horn

Wie viele Soldaten haben Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)? Im Jahre 2008 waren nach Auslandseinsätzen 245 Soldaten an PTBS erkrankt. Für das Jahr 2009 liegen uns nach dem ISAF-Einsatz 418 PTBS-Fälle vor.

Bereiten Sie die Soldaten psychologisch auf den Einsatz in Afghanistan vor? Die Bundeswehr verfügt über ein umfassendes Präventionskonzept, dessen zentrale Säule das „Medizinisch psychologische Stresskonzept der Bundeswehr“ ist. Das Stresskonzept regelt die Einsatzvorbereitung, die -begleitung und die -nachbereitung. Die primäre Ebene des Konzepts regelt die so genannte Selbst- und Kameradenhilfe, die Unterstützung durch Vorgesetzte und Peers. Danach setzt die Unterstützung durch den Truppenarzt, den Truppenpsychologen, den Sozialarbeiter, den Militärseelsorger und wiederum die Peers ein. Die dritte Ebene ist die psychotherapeutische Behandlungsebene. Die Einsatzvorbereitung unserer Soldaten beginnt bei der gezielten Personalauswahl. Der zweite Schwerpunkt ist die Ausbildung unserer Soldaten. Neben der Schulung von allgemeinen Fähigkeiten zur Selbst- und Kameradenhilfe werden den Soldaten auch Inhalte zur Erkennung von Stressreaktionen und einfache Stressbewältigungstechniken vermittelt.

Gibt es eine psychotherapeutische Versorgung von Soldaten in Afghanistan? Eine psychotherapeutische Behandlung am Einsatzort ist wenig sinnvoll und nicht indiziert. Nach so genannten „Critical Incidents“, wie z. B. Anschlägen oder Minenunfällen, werden im Einsatz u. a. akute Kriseninterventionen i. S. v. modifizierten Debriefings als Gruppengespräche mit dem Truppenpsychologen und den Peers durchgeführt.

Werden Soldaten systematisch nach Anschlägen und Gefechten

betreut? Die Einsatznachbereitung regelt die dritte Phase des „Medizinisch psychologischen Stresskonzeptes“. Hier geht es zentral um die Erkennung von Folgeschäden bzw. deren Behandlung. Jeder Soldat nimmt verpflichtend an einem Rückkehrerseminar teil und wird vom Truppenarzt nachuntersucht. Der PTSS-10-Fragebogen wird als Screening flächendeckend eingesetzt. Die truppenärztliche Untersuchung bestimmt die weiteren Maßnahmen, z. B. die Zuweisung an eine Ambulanz des Bundeswehrkrankenhauses. Dort wird der Soldat fachpsychologisch und fachärztlich untersucht und eine eventuell notwendige Traumatherapie eingeleitet.

Wie viele Psychiater oder Psychotherapeuten der Bundeswehr sind in Afghanistan tätig? Aktuell sind in Afghanistan zwei Truppenpsychologen im Einsatz, auch Allgemeinmediziner bzw. Militärpsychiater und zwei Seelsorger sowie eine Reihe von Peers.

Welche psychotherapeutischen Konzepte setzen Sie in Deutschland ein? Die traumatherapeutische Behandlung erfolgt in Berlin nach den Richtlinien der entsprechenden Fachgesellschaften. Die bekannten Phasen der Traumatherapie, d. h. Stabilisierung, Verarbeitung und Integration, sind Standard. In Berlin werden verschiedene Verfahren der Traumatherapie eingesetzt. Ich nutze als Verhaltenstherapeutin neben Expositionsverfahren auch kognitiv-behaviorale Verfahren. EMDR gehört zu meinen Standardverfahren und wird seit Jahren im Krankenhaus eingesetzt. Bisher wurde mit Soldaten hauptsächlich im Einzelsetting gearbeitet. Seit Kurzem bieten wir hier in Berlin ein „Kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm mit Ressourcenstärkung für einsatzbedingte Störungen“ an. Das ist das erste strukturierte verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm für Soldaten mit traumatherapeutischem

Schwerpunkt. Meine bisherigen Erfahrungen zeigen eine sehr positive Resonanz bei unseren Soldaten. Im Fokus dieser Gruppentherapie steht besonders die Arbeit an spezifischen soldatischen Kognitionen, die vor allen Dingen mit einer Verleugnung der eigenen Hilflosigkeit und des eigenen Verletzt-Seins nach einem Trauma einhergehen. Die Verbesserung der sozialen Kompetenzen nach Einsatzerlebnissen stellt einen wichtigen Teil des Gruppenkonzeptes dar.

Wie sind Ihre Erfahrungen mit EMDR? Ich nutze seit Jahren diese Methode, bei der Augenbewegungen genutzt werden, um traumatische Erlebnisse zu verarbeiten und besser im Gedächtnis zu integrieren, erfolgreich bei Soldaten. Die Arbeit zur Ressourcenaktivierung und Stabilisierung unter Nutzung von EMDR nimmt einen großen Anteil in meiner traumatherapeutischen Arbeit ein. Als Verhaltenstherapeutin kombiniere ich aber auch die kognitiv-behaviorale Traumatherapie mit EMDR und habe damit gute Erfahrungen gemacht. Um dem steigenden Bedarf unserer traumatisierten Soldaten an Diagnostik und Psychotherapie allerdings gerecht zu werden, ist es aus meiner Sicht perspektivisch unumgänglich, gerade im Bereich der Traumatherapie zusätzliche Dienstposten für Psychologische Psychotherapeuten zu schaffen.

Was ist die Aufgabe des Psychosozialen Forschungszentrums der Bundeswehr in Berlin, das im Mai 2009 die Arbeit aufgenommen hat?

Die Aufgabe besteht in der psychosozialen Forschung zu Grundlagen der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Soldaten. Die Forschungsthemen werden in Zusammenarbeit mit zivilen Einrichtungen und Forschungsträgern angegangen. Aktuell läuft gerade eine Dunkelzifferstudie an.

BPtK-Dialog



Christina Alliger-Horn
Leitende Psychologin am
Bundeswehrkrankenhaus
in Berlin

BPTK-Studie: Gesundheitsreports der Krankenkassen ausgewertet

Der Trend ist ungebrochen: Deutsche Arbeitnehmer sind immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig. Dieser Trend besteht bei allen gesetzlichen Krankenkassen seit den 1980er Jahren. Seit 1990 haben sich die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt.

Dies ergab eine Übersichtsstudie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die die Gesundheitsreports der gesetzlichen Krankenkassen auswertete. Danach war im Jahr 2008 jeder sechste bis zwölfte Arbeitneh-

mer in Deutschland aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig (Tabelle 1). Dies verursachte überdurchschnittlich lange Fehlzeiten in den Betrieben: bei AOK-Versicherten durchschnittlich ca. drei Wochen, bei DAK-Versicherten vier Wochen und bei BARMER-Versicherten sogar 39,1 Tage pro Krankschreibung. Der Ausfall am Arbeitsplatz aufgrund einer Atemwegserkrankung dauerte dagegen durchschnittlich nur rund sechs Tage.

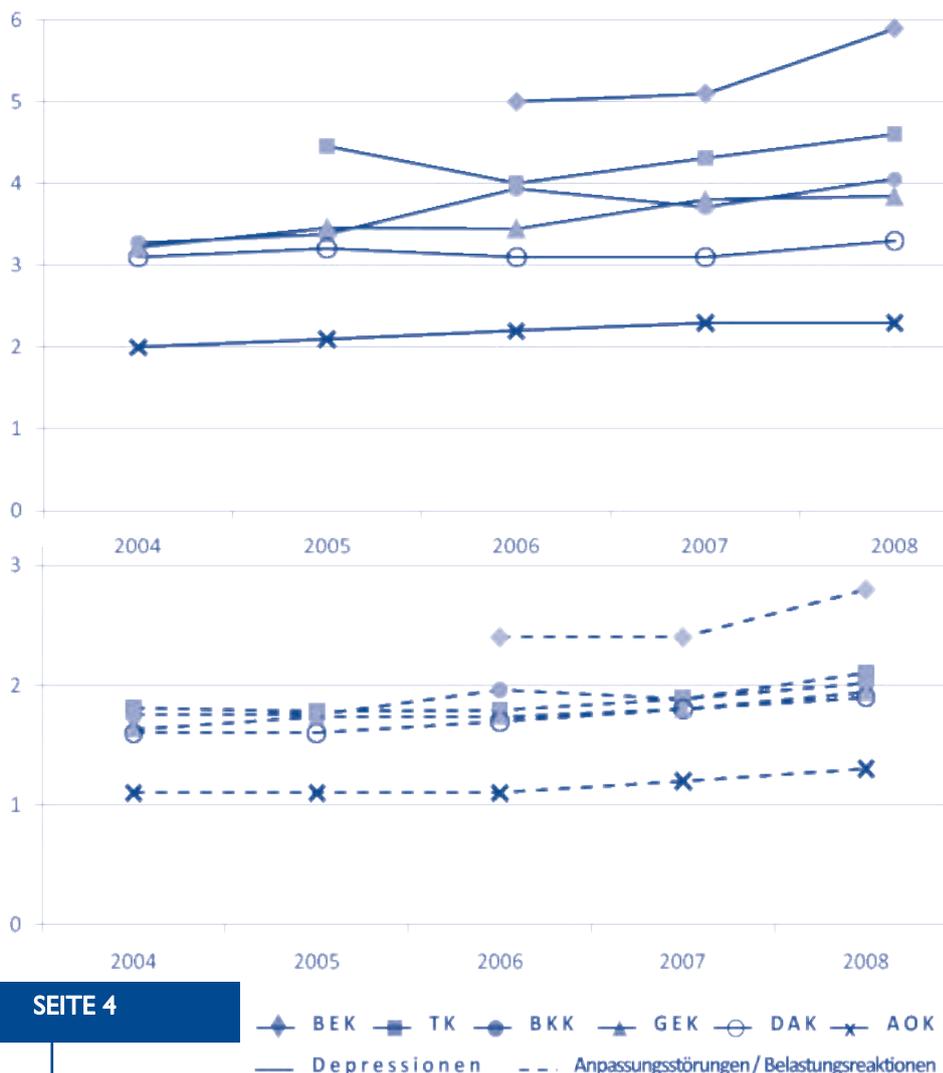
Die ständig steigende Zahl der Tage, die Arbeitnehmer aufgrund psychischer Krankheiten

arbeitsunfähig sind, belegt erneut die tatsächliche Dimension psychischer Erkrankungen. Diese werden noch zu oft als „leichtes Unwohlsein“ abgetan. Die Gesundheitsreports der gesetzlichen Krankenkassen belegen dagegen nachdrücklich, wie gravierend psychische Krankheiten tatsächlich sein können.

Aus dem BARMER-GEK Report 2010 geht hervor, dass rund 30 Prozent der deutschen Bevölkerung psychisch erkrankt sind. Diese Zahl ist vergleichbar mit Ergebnissen von wissenschaftlich-epidemiologischen Studien. Deshalb ist der wachsende Anteil von Arbeitnehmern, die aufgrund einer seelischen Störung arbeitsunfähig sind, nicht überraschend. Der geringere Anteil in früheren Jahren kann darauf zurückgeführt werden, dass Symptome für psychische Krankheiten jahrzehntelang übersehen oder nicht richtig diagnostiziert wurden. Ob insgesamt heute mehr Menschen als früher psychisch erkranken, ist wissenschaftlich für Deutschland noch nicht zu beurteilen, weil entsprechende Studien fehlen. Studien in angelsächsischen Ländern lassen allerdings vermuten, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen konstant ist oder nur geringfügig steigt.

Deutsche Arbeitnehmer erkranken am häufigsten an Depressionen, gefolgt von psychischen Erkrankungen, die durch belastende oder traumatische Lebensereignisse hervorgerufen werden („Belastungsreaktionen“ oder „Anpassungsstörungen“, siehe Abbildung 1). Danach folgen unspezifisch-neurotische Diagnosen und somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden, die keine organische Ursache haben. Der hohe Anteil der unspezifisch-neurotischen Diagnosen ist ein Anzeichen dafür, dass Ärzte bei psychischen Erkrankungen immer noch recht unsicher diagnostizieren.

Abb. 1: Anteil der AU-Tage an allen AU-Tagen: Depressive Erkrankungen und Anpassungsstörungen in Prozent (Quelle: eigene Auswertungen)





Tab. 1: Anteil der AU-Tage durch psychische Erkrankungen an allen AU-Tagen in Prozent

	2004	2005	2006	2007	2008
BEK	13,0	13,8	14,4	15,8	16,8
TK	13,7	13,9	12,3	12,8	13,4
BKK	9,2	9,4	9,8	10,1	10,9
GEK	11,0	10,8	10,6	11,2	11,9
DAK	9,8	10,0	10,0	10,2	10,6
AOK	7,8	7,7	7,9	8,2	8,3

Depressionen verursachen deutlich längere Krankschreibungen als Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. (Abbildung 2). Ein depressiv Erkrankter fehlt durchschnittlich 35 bis 50 Tage an seinem Arbeitsplatz. Eine Analyse der BARMER (2009) ergab, dass manche depressiv kranke Menschen sogar 13 Wochen ausfallen. Depressionen verursachen dadurch hohe Kosten für Unternehmen, die sechs Wochen lang den Lohn fortzahlen, und Krankenkassen, die danach das Krankengeld finanzieren.

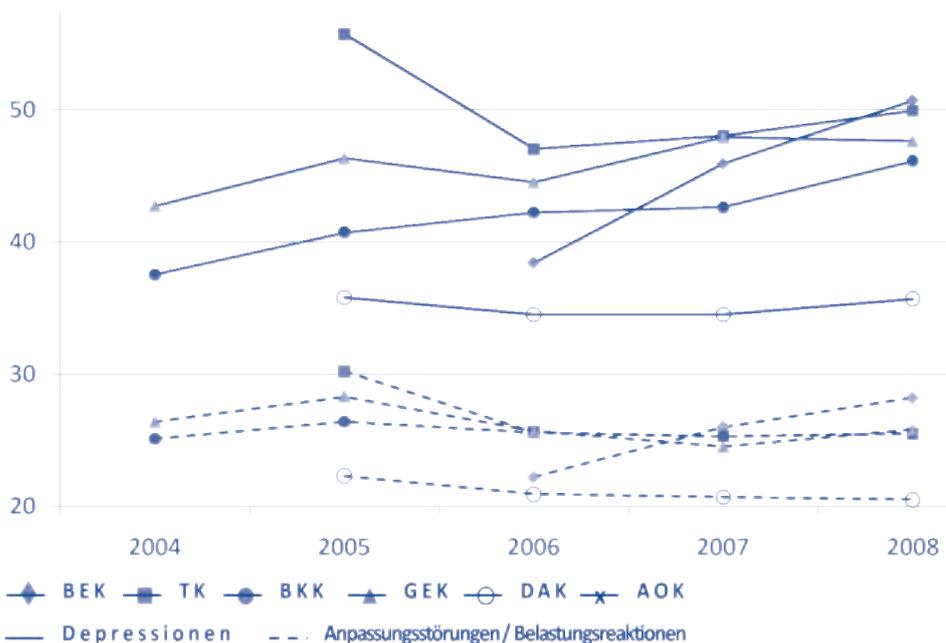
Die gesetzlichen Krankenkassen setzen vor allem auf betriebliche Gesundheitsförderung und präsentieren Projekte zur Förderung von Stress- und Ressourcenmanagement. Dies ist grundsätzlich richtig, reicht zur Prävention von Depressionen jedoch nicht aus. Depressionen haben ihre Ursachen oft auch außerhalb der Berufswelt. Nötig sind deshalb umfassendere Versorgungskonzepte, die sowohl die Diagnostik als auch die langfristige Behandlung verbessern. Depressionen werden immer noch zu häufig gar nicht oder zu spät erkannt und einseitig, unzureichend medikamentös behandelt. Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression betont, dass Psychotherapie vielfach die wirksamste Behandlungsoption ist. Die besondere Stärke der Psychotherapie ist, dass sie anhaltend und längerfristig wirkt. Psychotherapie vermag auch das Rückfallrisiko von Patienten zu senken. Unbehandelte Depressionen entwickeln sich oft zu langwierigen und chronischen Erkrankungen, bei denen nicht selten wieder-

holte stationäre Behandlungen erforderlich sind.

Verbesserte Behandlungskonzepte für Depressionen setzen deshalb stärker auf eine ambulante Therapie. Durch eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung kann eine schwerere und chronische Erkrankung vermieden werden. Aktuell führt beispielsweise die Universität Mainz in Kooperation mit den Ersatzkassen ein Modell-

Seelische Erkrankungen sind ein besonderes Merkmal von Angestelltenberufen. Alle Krankenkassen verzeichneten, z. B. bei den Beschäftigten in öffentlichen Verwaltungen, deutlich mehr Fehltage aufgrund psychischer Störungen als in klassischen Arbeiterberufen. Ihre Ausfallzeiten waren um ein Drittel bis die Hälfte höher als im Bundesdurchschnitt. BKK (2009) und DAK (2002) stellten auch für Angestellte im Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich viele Krankheitstage aufgrund psychischer Störungen fest. Der BKK-Gesundheitsreport 2009 berichtet im Sozialwesen von einem fast doppelt so hohen Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankungen wie im Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus sind Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen in Telekommuni-

Abb. 2: Dauer einer Krankschreibung bei Depressionen und Anpassungsstörungen in Tagen (Quelle: eigene Auswertungen)



projekt durch, in dem Patienten sowohl in der Bewältigung von Arbeitsplatzkonflikten geschult werden als auch eine störungsspezifische Behandlung erhalten.

Bei leichten und mittelschweren Depressionen wird Psychotherapie empfohlen, bei schweren und chronischen Depressionen sind oft multimodale Behandlungen erforderlich.

kation sowie Erziehungs- und Unterrichtswesen überdurchschnittlich häufig.

Dagegen sind Krankschreibungen aufgrund seelischer Erkrankungen in klassischen Arbeiterberufen deutlich seltener. Arbeiter im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft fallen längst nicht so oft auf-

Fortsetzung auf Seite 6

Fortsetzung von Seite 5

grund psychischer Störungen aus. Ihre Fehltageliegen bei diesen Erkrankungen um 35 bis 50 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt.

Die BKK berichtet 2009 über einen außerordentlich hohen Krankenstand aufgrund psychischer Diagnosen bei Telefonisten/-innen. Sie fehlten 333 Tage pro 100 Versicherte im Vergleich zu 134 Tagen im Bundesdurchschnitt. Ähnlich hohe Fehlzeiten finden sich bei Wächtern/Ausehern (245), Helfern in der Krankenpflege (267) oder Kontrolleuren (273). Die Fehlzeiten in der Zeitarbeitsbranche sind ebenfalls leicht erhöht. Die TK berichtet in ihrem Gesund-

heitsreport 2009 über Unzufriedenheit der Zeitarbeitsangestellten mit ihrem Einkommen, der Arbeitsplatzsicherheit und den beruflichen Aufstiegschancen.

Dramatisch ist jedoch die Situation bei Arbeitslosen. Ihre Krankentage aufgrund psychischer Störungen sind drei bis viermal so hoch wie bei Erwerbstätigen. Darüber hinaus berichten GEK und BKK, dass Arbeitslose besonders häufig aufgrund von Alkoholproblemen und Depressionen in Krankenhäusern behandelt werden müssen.

Aus dem Gesundheitsreport der BARMER 2009 geht hervor, dass die gleichen psychischen

Erkrankungen in unterschiedlichen Berufen zu unterschiedlich langen Krankschreibungen führen (Tabelle 2). Bisher fehlen dafür Erklärungen. Dafür wären weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen zur Begründung dieser Differenzen erforderlich. Die Analyse zeigt jedoch, wie sinnvoll versorgungspolitische Detailanalysen von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken sein können, die aktuell in den Gesundheitsreporten noch recht selten durchgeführt werden.

Deutsche Arbeitnehmer lassen sich insgesamt selten krank schreiben. Die Gesamtzahl der Tage, die sie arbeitsunfähig sind, liegt trotz eines leichten Anstiegs in den letzten Jahren immer noch auf der Hälfte des Niveaus der 1970er und 1980er Jahre. Dies bedeutet aber nicht, dass die deutschen Arbeitnehmer auch gesünder geworden sind. Nach einer Umfrage der AOK 2009 sind knapp 30 Prozent der Beschäftigten gegen den Rat des Arztes zur Arbeit gegangen.

Tab. 2: Fehltageliegen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Berufsgruppen (Barmer Gesundheitsreport 2009)

	Sozialarbeiter/innen	Krankenpflegepersonal	Verkäufer/innen	Bürokräfte	Bankfachleute
Depressionen	53,5	50,7	51,4	44,3	40,8
Anpassungsstörungen/ Belastungsreaktionen	31,2	28,0	27,1	23,6	23,1
Störungen durch Alkohol	36,1	53,3	k. A.	37,3	29,2

Psychische Störungen zu häufig stationär behandelt

Psychisch kranke Menschen werden immer häufiger stationär behandelt. Die Ausgaben für die stationäre und teilstationäre Behandlung psychischer Erkrankungen betragen im Jahr 2006 rund 16 Mrd. Euro, also rund 17,7 Prozent der stationären Kosten. Dieser Ausgabenanteil war damit fast dreimal so hoch wie im ambulanten Sektor (6,4 Prozent). Die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen verursacht wesentlich höhere Kosten als die ambulante, obwohl die durchschnittliche Dauer einer Krankenhausbehandlung je Patient von durchschnittlich 36 Tagen 1997 auf „nur“ noch 25,5 Tage 2007 gesunken ist.

Epidemiologische Studien zeigen keine gestiegene Morbidität, die eine häufigere stationäre Behandlung von psychisch Erkrankten erklären könnte. Die Häufigkeit, mit der psychisch kranke Menschen in psychiatri-

schen und psychosomatischen Kliniken behandelt werden, schwankt zwischen den einzelnen Bundesländern. Betrachtet man die Belegungstage, d. h. das Produkt aus Fällen und Verweildauer, liegt Bremen für die Erwachsenenpsychiatrie mit 2.619 Tagen je 10.000 Einwohner an der Spitze. Die niedrigste Rate hat Mecklenburg-Vorpommern, hier sind es nur 1.876 Tage je 10.000 Einwohner. Das wirft die Frage auf, inwieweit Angebotsstrukturen und krankenhausinterne Faktoren die Verweildauer maßgeblich mitbeeinflussen.

Das Krankenhaus ist bei psychischen Krisen oft die einzige schnell verfügbare Behandlungsmöglichkeit. Zum Beispiel aufgrund monatelanger Wartelisten bei niedergelassenen Psychotherapeuten werden psychische Krankheiten oft zu spät behandelt oder führen zu schnell zu Einweisungen in Krankenhäuser.

Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fehlt es an einer ausreichenden ambulanten Nachsorge. Es kommt zu Therapieunterbrechungen bzw. -abbrüchen und in der Folge zu wiederholten Krankenhauseinweisungen. Zum Teil sind die hohen Verweildauern in den Krankenhäusern nicht primär therapeutisch, sondern sozial bedingt.

Notwendig ist ein multiprofessionelles, gut koordiniertes Vorgehen über die Sektorengrenzen hinweg. Daher soll bei der Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auch geprüft werden, inwieweit Komponenten einer sektorenübergreifenden Versorgung in das neue Entgeltsystem integriert werden können. Das Gesetz (KHRG) enthält einen entsprechenden Prüfauftrag.

KJP-Mindestquote: BMG muss für eindeutige und einheitliche Regelungen sorgen

Abgeordnete der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen fragten die Bundesregierung in einer Kleinen Anfrage, welche Folgen der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur 20-Prozent-Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben wird. In ihrer Antwort (BT-Drs. 17/250) zeigte sich die Bundesregierung optimistisch, dass es trotz der vom Gesetz abweichenden G-BA-Regelungen flächendeckend zu einer spürbaren Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt.

Der G-BA hatte beschlossen, dass nicht nur Psychotherapeuten, die „ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen“, auf die Mindestquote angerechnet werden, sondern auch „Kinder-

Jugendlichenpsychotherapeut“ auf die Quote angerechnet. Offen ist aber, ob diese Psychotherapeuten in ihren Praxen überhaupt Kinder und Jugendliche behandeln.

Die Bundesregierung rechnet in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage mit 322 Doppelzulassungen. Diese Zahl wird aber nur erreicht, wenn neben Doppelzugelassenen auch Doppelapprobierte mitgezählt werden. Offenbar ist die Berechnung der KJP-Mindestquote in der Bedarfsplanungs-Richtlinie so unklar, dass auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine eigenwillige Rechtsinterpretation beisteuern kann, denn wer approbiert ist, hat damit nicht zwangsläufig einen Versorgungsauftrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die BPtK hält es für

angerechnet werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln bzw. aufgrund einer Teilzulassung einen Auftrag zur häftigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben.

Die Bundesregierung hält auch die zusätzliche Mindestquote von zehn Prozent, die der G-BA in seine Richtlinie eingebaut hat, für sachgerecht, damit sich Psychotherapeuten zunächst in besonders unterversorgten Regionen niederlassen. Nach dieser Regelung darf die 20-Prozent-Mindestquote in einer KV solange nicht umgesetzt werden, bis in jedem einzelnen Planungsbereich mindestens zehn Prozent der Psychotherapeuten ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Die Bundespsychotherapeu-



Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 17/250):
www.bundestag.de

Rechtswidrige Umsetzung der Mindestquote geplant

Nach der Fußnote zu § 5 Abs. 6a der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind auf den Anteil der Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologische Psychotherapeuten“ mit einem Faktor von 0,5 anzurechnen. Die ersten Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass Zulassungsausschüsse diese Vorgabe des G-BA sehr eigenwillig interpretieren. In einigen Zulassungsbezirken wie in Westfalen-Lippe (KVWL) werden neben Teilzulassungen auch so genannte „Doppelzulassungen“ mit dem Faktor 0,5 als Versorgungskapazität für Kinder und Jugendliche gezählt.

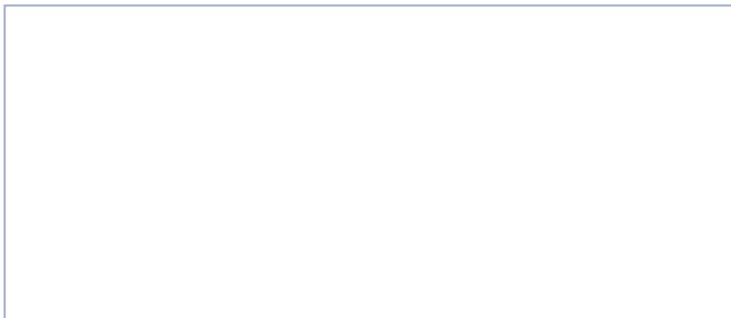
Die BPtK hat gegenüber dem G-BA und dem BMG klargestellt, dass es sich bei Doppelzulassungen rechtlich um keine zwei Zulassungen mit häftigem Versorgungsauftrag handelt, sondern vielmehr um „eine Zulassung für zwei Fachgebiete“. Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe, die über eine Zulassung für zwei Fachgebiete verfügen, haben diese Zulassung z. B. regelmäßig zunächst als Psychologischer Psychotherapeut erhalten. Diese Zulassung wurde danach auf das zweite Fachgebiet Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erweitert. Bei der Zulassung für zwei Fachgebiete in Westfalen-Lippe handelt es sich daher um eine Zulassung, die die Bezeichnungen „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ umfasst.

Die Auslegungen der KVen zur Berücksichtigung von Doppelzulassungen sind bundesweit uneinheitlich und führen z. B. in Nordrhein-Westfalen dazu, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nur in einem Landesteil substantziell verbessert werden kann. Im Gegensatz zur KV Westfalen-Lippe hat es in der KV Nordrhein nie so genannte Doppelzulassungen gegeben. Daher können in Nordrhein rund 160 neue Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entstehen, in Westfalen-Lippe dagegen nur 40 bis 50 – bei etwa gleicher Anzahl von Einwohnern.

und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologische Psychotherapeuten“. Die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben daraufhin z. B. in Westfalen-Lippe alle „Psychologischen Psychotherapeuten mit einer erweiterten Zulassung als Kinder- und

wahrscheinlich, dass das BMG die tatsächlichen Verbesserungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche bei Weitem überschätzt. In einer Stellungnahme forderte die BPtK das Ministerium deshalb auf, für eindeutige und einheitliche rechtliche Regelungen zu sorgen. Auf die Mindestquote sollen nur Leistungserbringer

tenkammer hatte G-BA und BMG wiederholt darauf hingewiesen, dass diese Stufenregelung massiv fehlsteuert, weil sie die bereits vergleichsweise gut versorgten städtischen Regionen weiter bevorzugt. Die Zahlen der Bundesregierung bestätigen nun diese Fehlsteuerung für die alten Bundesländer.



KBV verhandelt desaströse Honorare im Basistarif der privaten Krankenversicherung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat für Psychotherapeuten ein desaströses Honorar für Leistungen im Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV) verhandelt. Psychotherapeuten sollen künftig nur etwa die Hälfte der Honorare in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten.

Der PKV-Basistarif ist ein branchenweit einheitlicher Tarif, den private Krankenversicherungen seit dem 1. Januar 2009 anbieten müssen. In diesem Tarif erhält der Versicherte Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Im PKV-Basistarif müssen die privaten Krankenversicherungen außerdem auf eine Gesundheitsprüfung verzichten. Damit können sich Menschen, die keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben und bisher keine adäquate private Krankenversicherung abschließen konnten, erstmals ausreichend für ihr Krankheitsrisiko absichern. Privat Krankenversicherte haben keinen generellen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung. Viele private Krankenversicherungen muten ihren Versicherten empfindliche Einschränkungen zu, die häufig nur im Kleingedruckten zu finden sind. Dazu gehören:

- Ausschluss von Psychotherapie in so genannten Spartarifen,
- Höchstgrenzen für Behandlungsstunden im Jahr, Gesamthonorar im Jahr oder Stundenhonorar,
- Ausschluss von „Psychologischen Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“, die die weit überwiegende Mehrheit der approbierten Leistungserbringer für psychotherapeutische Behandlungen darstellen,
- Fehlen eines transparenten und formalisierten Widerspruchsverfahrens, wenn dem Versicherten Leistungen verweigert werden,
- problematischer Datenschutz bei Gutachten.

Für den PKV-Basistarif vereinbarte die KBV mit dem PKV-Verband jetzt den 1,2fachen Gebührensatz der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte). Für eine Sitzung tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie erhält ein Psychotherapeut danach 48,26 Euro, für eine Sitzung Verhaltenstherapie 52,46 Euro. In der GKV sind rund 80 Euro bundesweiter Standard und in der PKV werden normalerweise 92,50 bzw. 100,55 Euro gezahlt.

Nutzen von Reboxetin nicht nachgewiesen

Für das Antidepressivum Reboxetin ist wissenschaftlich ein Nutzen nicht nachzuweisen. Zu diesem Ergebnis kommt ein Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Auswertungen zeigten, dass es weder für die Akuttherapie noch für die Rückfallprävention einen ausreichenden Beleg für einen Nutzen gibt. Zugleich fanden sich Belege für einen höheren Schaden, da die Patienten die Therapie mit Reboxetin im Vergleich zu Placebo oder einem SSRI (Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) häufiger wegen unerwünschter Nebenwirkungen abbrechen.

Der IQWiG-Bericht machte Schlagzeilen, weil der Hersteller Pfizer erst auf öffentlichen Druck hin bereit war, zuvor unter Verschluss gehaltene Daten offenzulegen. Es gab Hinweise dafür, dass der Hersteller knapp zwei Drittel aller bislang in Studien erhobenen Daten unter Verschluss hielt. Die BPTK schließt sich deshalb der Forderung nach einer gesetzlichen Regelung an, dass alle klinischen Studien bei Beginn registriert und ihre Ergebnisse nach Abschluss veröffentlicht werden müssen.

EU: Prävention von Depression und Suizid

Am 10. und 11. Dezember 2009 fand in Budapest die zweite Konferenz zur Umsetzung des EU-Pakts für seelische Gesundheit statt, der im Juni 2008 in Brüssel geschlossen worden war. Auf der Tagung, an der BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter als Vertreter der deutschen Psychotherapeuten teilnahm, wurden konkrete Maßnahmen zur Prävention von Depression und Suizid diskutiert.

Eines der grundlegenden Ziele des EU-Pakts ist es, der Prävention im Gesundheitswesen Priorität einzuräumen. Dazu soll auch in Zukunft die Vernetzung der Projektbeteiligten und die Sammlung, Dokumentation und Verbreitung von Modellen guter Praxis in Europa gefördert werden. Bereits im September 2009 widmete sich in Stockholm eine Themenkonferenz der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In diesem Jahr folgen Konferenzen zur psychischen Gesundheit im Alter und am Arbeitsplatz sowie zur Antistigmatisierung psychisch kranker Menschen.

Europäische Kommission:

www.ec.europa.eu/health/mental_health/events/

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK

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

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.
Erscheinungsweise: viermal jährlich

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