

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2011

Dezember
2011

GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Abbau von Praxissitzen bis 2013 abgewendet

Themen dieser Ausgabe:

- **GKV-Versorgungsstrukturgesetz:**
Abbau von Praxissitzen bis 2013 abgewendet
- **Bahr sagt Reform der Psychotherapeutenausbildung zu**
- **Soldatenentschädigung transparenter gestalten**
- **BPtK-Dialog:**
*„Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen transparenter machen“
Interview mit
Dr. Ilona Köster-Steinebach*
- **BPtK-Fokus:**
TK-Studie: Ambulante Psychotherapie hochwirksam
- **BPtK-Inside:**
Patientenberatung viel zu lückenhaft – BPtK-Umfrage an Krankenhäusern für Psychiatrie in NRW

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde vor seiner Verabschiedung im Deutschen Bundestag am 1. Dezember 2011 so verändert, dass es bis 2013 nicht zu dem befürchteten Abbau von bis zu 2.000 psychotherapeutischen Praxen kommen wird. Auch werden nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern die Zulassungsausschüsse über die Stilllegung von Praxissitzen befinden. Der Gesetzgeber hält ausdrücklich fest: „Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses, mit der die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen abgelehnt wird, kann somit erst auf der Grundlage einer präziseren Bedarfsplanung, die insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich erscheint, getroffen werden.“

Die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung hängt also davon ab, inwieweit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Anpassung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe Psychotherapie adäquate Lösungen findet und inwieweit es auf Landesebene gelingt, diese Vorgaben mit Blick auf den regionalen Versorgungsbedarf anzupassen.

Der Gesetzgeber blieb damit dabei, selbst keine Vorgaben für eine ausreichende Versorgung psychisch kranker Menschen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz zu verankern, sondern die gemeinsame Selbstverwaltung damit zu beauftragen. Die BPtK und die Landespsychotherapeutenkammern hatten während des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder deutlich gemacht, dass es eine eindeutige gesetzliche Vorgabe zur Neubestimmung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe Psychotherapie geben sollte, die die Versorgungsdichte auf ausreichendem Niveau bundesweit vorgibt. Diese stichtagsbezogene Neuberechnung hätte die Verhältniszahlen aus dem Jahre 1999, die nachweislich der flächendeckenden erheblichen Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie grundlegend falsch sind, korrigiert. Nun führt der Weg über den G-BA. Bei den Beratungen könnte es schwierig werden, die spezifischen Regelungen für die psychotherapeutische Versorgung zu erreichen.

Eine uneingeschränkt positive Änderung erfuhr das GKV-

Versorgungsstrukturgesetz zur Beteiligung der BPtK an der Arbeit des G-BA. Künftig wird die BPtK an den Sitzungen des Unterausschusses Qualitätssicherung teilnehmen. Diese Einbeziehung der BPtK kommt zum richtigen Zeitpunkt. Die nächsten Jahre wird der G-BA insbesondere für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Richtlinien zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festlegen sowie Indikatoren zur Beurteilung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität entwickeln.

Auch erhält die BPtK durch den Zugriff auf Leistungsdaten der Krankenkassen neue Möglichkeiten, sich im Bereich der Versorgungsforschung zu engagieren. Per Rechtsverordnung wird der Bund die Aufgabe übernehmen, eine Vertrauens- und Datenaufbereitungsstelle einzurichten, die es künftig u. a. auch den Heilberufskammern ermöglicht, auf die für den Risikostrukturausgleich erhobenen pseudonymisierten Daten zurückzugreifen.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheitspolitik hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband damit beauftragt, neue Vorgaben für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung zu entwickeln. Wir sind gespannt, was dabei herauskommt. Bis dahin sucht die Psychotherapeutenchaft nach Wegen für einzelne Patientengruppen, einen kurzfristigen Zugang zur Psychotherapie zu sichern.

Dank des Engagements der Unabhängigen Beauftragten zur Aufklärung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, soll sich die psychotherapeutische Versorgung für die Opfer verbessern. Dabei bedeutet ein verstärktes Engagement für die eine Patientengruppe auch, die Versorgungsengpässe für andere Patienten weiter zu verschärfen. Egal an welchem Ende wir ziehen, die Decke ist zu kurz. Wir brauchen dringend ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen.

Herzlichst

Ihr Rainer Richter

Bahr sagt Reform der Psychotherapeutenausbildung zu



von rechts: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, Präsident der BPTK Prof. Dr. Rainer Richter

Quelle: BPTK, 2011

Noch in dieser Legislaturperiode soll es eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung geben – das sagte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr den Delegierten des 19. Deutschen Psychotherapeutentages am 12. November 2011 in Offenbach zu. Für die Delegierten war dies eine gute Nachricht, da mittlerweile mindestens neun von 16 Bundesländern Bachelorabsolventen

zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulassen. Damit droht sich ausgerechnet die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen qualitativ zu verschlechtern.

Die deutsche Psychotherapeutenchaft tritt dezidiert dafür ein, dass es gilt, eine Differenzierung des Ausbildungsniveaus zu verhindern

und insgesamt sicherzustellen, dass alle psychisch kranken Menschen eine qualitativ ausreichende Versorgung erhalten. Dies setzt einen Masterabschluss voraus. Außerdem muss die finanzielle Misere der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) beendet werden. PiA werden während der mindestens einjährigen Praktischen Tätigkeit in Einrichtungen der Psychiatrie häufig finanziell ausgenutzt. Die Ausbildungsteilnehmer übernehmen in dieser Zeit umfangreiche Aufgaben von der Diagnostik bis hin zur Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Sie haben ein Recht darauf, dass ihre umfangreichen heilkundlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

Im Laufe des Jahres 2012 soll, so der Minister, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums mit den vorbereitenden Arbeiten beginnen. Die Psychotherapeutenchaft wird ihren Vorschlag für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung, der von der überwältigenden Mehrheit der Profession getragen wird, einbringen.

Soldatenentschädigung transparenter gestalten

Am 28. Oktober 2011 hat der Bundesrat das Einsatzversorgungs-Verbesserungsgesetz einstimmig angenommen. Es sieht Verbesserungen bei der Entschädigung und Weiterbeschäftigung von Soldaten, die bei Auslandseinsätzen einen „Unfall“ erlitten haben, vor. Insbesondere wurde die Grenze für den Anspruch auf Weiterbeschäftigung gesenkt. Zukünftig reicht eine einsatzbedingte Erwerbsminderung von 30 Prozent aus, zuvor waren es 50 Prozent. Voraussetzung für eine Entschädigungszahlung bzw. Weiterbeschäftigung ist nach dem Soldatenversorgungsgesetz ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall im Auslandseinsatz und der Schädigung.

Soldaten berichten, dass bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), „Wehrdienstbeschädigungen“ häufig nicht anerkannt würden. Oft könne der Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und dem Auslandseinsatz nicht nachgewiesen werden. Zudem käme es häufig zu Verfahrensverzögerungen, auch aufgrund sich widersprechender Gutachten.

Bei PTBS ist das verletzende Kriegserlebnis als Ursache verlässlich zu diagnostizieren, weil Soldaten insbesondere darunter leiden, dass sie das lebensbedrohliche Ereignis immer wieder in Flashbacks und Alpträumen erinnern. Bei der Ermittlung des Grades der Schädigung, die individuell erfolgen muss, besteht jedoch eine Schwierigkeit darin, dass bisher differenzierte und allgemein anerkannte Standards im Gutachterverfahren fehlen oder nicht einheitlich angewandt werden, um den Grad der Schädigung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit festzulegen.

Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen transparenter machen – Interview mit Dr. Ilona Köster-Steinebach

Wie können sich Patienten über Krankenhäuser informieren? Patienten können Informationen bekommen von ihrem behandelnden Arzt, etwa dem Hausarzt oder von ihrem Psychotherapeuten und auch durch ihre Bekannten und Verwandten. Diese Informationen sind aber immer auf die Erfahrungen derjenigen begrenzt, die sie selbst gemacht haben. Übersichtlichere, dafür aber weniger persönliche Informationen kann man auch von Informationsangeboten im Internet bekommen. Dabei sollte man darauf achten, dass die Suchmaschinen und Portale auf objektiven Informationen aufbauen und unabhängig sind, vor allem nicht von kommerziellen Interessen bestimmt sind. Ein Portal, das von Patientenorganisationen mitgestaltet wird, ist etwa die Weisse Liste. Diese wird in Zukunft auch versuchen, über standardisierte Befragungen von Patienten einen Eindruck zu geben, welche konkreten Erfahrungen dort bei Krankenhausaufenthalten gemacht wurden. Gerade auf diesem Weg ist noch viel Entwicklungsbedarf. Gerade im Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen fehlen noch viele wichtige Informationen. Vielleicht ergeben sich da Verbesserungen mit Einführung des neuen Entgeltsystems und der geplanten neuen Qualitätssicherungsmaßnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Welche Informationen brauchen Patienten überhaupt, um sich für ein bestimmtes Krankenhaus zu entscheiden? Zwei Arten von Informationen sind wichtig: Das sind einerseits objektive Informationen über Qualität, Leistungsangebot (Welche Therapien werden gemacht?), Personalausstattung, Lage und Zugang (Wann bekomme ich einen Termin?). Man sollte auch schon beachten, ob es eine

gute Anschlussbehandlung, vielleicht auch in Kooperation mit dem Krankenhaus, gibt. Andererseits sollten auch vermeintlich subjektive Informationen einbezogen werden. Es ist wichtig, dass Patienten im Krankenhaus angemessen behandelt werden, dass auf ihre Fragen und Ängste eingegangen wird, dass ihnen mit Respekt begegnet wird und ihre Intimsphäre sowie – bei psychischen Erkrankungen oft besonders wichtig – ihre Selbstbestimmung weitestmöglich gewahrt wird. Diese Faktoren haben einen erstaunlich hohen Einfluss auch auf die Heilung. Leider sind gerade Informationsdienste schwierig zu bekommen und noch schwieriger zwischen Krankenhäusern vergleichbar zu machen.

Was würden Sie einem Patienten bei einer psychischen Erkrankung raten? Ich rate dazu, sich beim eigenen Behandler zu informieren, welche Erfahrungen er oder sie mit den in Frage kommenden Kliniken gemacht hat. Außerdem wäre es gut, sich etwa in einer Selbsthilfegruppe über Erfahrungen Betroffener mit den Einrichtungen zu informieren. Wichtig ist auch, sich vorher, vielleicht auch mit dem Behandler, zu überlegen, welche Behandlungsschwerpunkte die Klinik haben soll, ob der Fokus auf medikamentöser Behandlung oder Psychotherapie liegt und welche Therapierichtungen verfolgt werden. Und idealerweise überlegt man auch, was im Anschluss an den Klinikaufenthalt passieren kann und soll.

Welche Besonderheiten gibt es bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen? Die Frage der Behandlungsverfahren und der Behandlungsansätze – medikamentös oder psychotherapeutisch, welche Therapierichtungen werden angeboten – hat

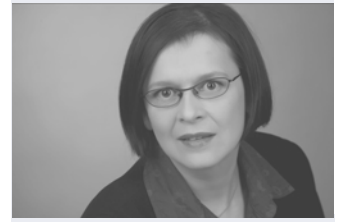
bei psychischen Erkrankungen sicher einen hohen Stellenwert. Eine weitere Frage, die bei psychischen Erkrankungen eine andere Bedeutung hat als bei somatischen, ist die Lage der Klinik. Soll diese möglichst weit weg sein, um Abstand zur Alltags-Problemsituation zu ermöglichen und vielleicht auch die Stigmatisierung bei Bekanntwerden der Krankheit im Lebensumfeld zu vermeiden? Oder soll sie nahe am Wohnort sein, um eine intensive Nachbetreuung und einen allmählichen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu ermöglichen? Und in schweren Erkrankungsfällen ist auch wichtig, ob die Klinik kurzfristig Notfälle betreut bzw. aufnehmen muss.

Welche Schritte wären notwendig, um zu besseren Informationen zu gelangen?

Die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung werden heute zu 60 Prozent der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Meiner Meinung nach wäre es wichtig, hier alle Ergebnisse zu veröffentlichen und auch spezifische Instrumente zu entwickeln, die die Versorgungsqualität und die Patientenerfahrungen in den Behandlungseinrichtungen für psychische Erkrankungen erheben oder wenigstens die Personalausstattung transparenter machen.

Was könnten die Krankenhäuser selber tun und was müsste der Gesetzgeber ändern? Die Krankenhäuser selbst können Patientenforscher einrichten, ihre Patienten (anonym) befragen, ein Beschwerdemanagement einrichten und all das gegenüber der Öffentlichkeit darstellen. Die Stärkung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sollten durch Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss gewährleistet werden.

BPtK-Dialog



Dr. Ilona Köster-Steinebach

Gesundheitsexpertin
beim Verbraucherzentrale
Bundesverband (vzbv)

BPtK-Fokus



Die TK-Studie „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ steht zum Download bereit: www.bptk.de
BPTK-Pressemitteilung vom 9. Juni 2011

TK-Studie: Ambulante Psychotherapie hochwirksam

Ambulante Psychotherapie ist hochwirksam, ihre Patienten sind ähnlich schwer erkrankt wie die Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern, ihre Wirkung ist nachhaltig, selbst ein Jahr nach Abschluss der Behandlung nehmen die seelische Belastungen, die zu einer Psychotherapie führten, noch weiter ab, und ambulante Psychotherapie spart erhebliche Folgekosten: Jeder Euro der für die ambulante Psychotherapie ausgegeben wird, spart zwei bis drei Euro an gesamtgesellschaftlichen Kosten. Das sind die Ergebnisse des BPTK-Symposiums „Wirksamkeit der Psychotherapie – Wege zu einer bedarfsge rechten Versorgung“ am 15. September 2011 in Berlin, an dem rund 120 gesundheitspolitische Experten und Psychotherapeuten teilnahmen.

dem Zeitraum von 2005 bis 2009 begonnenen Therapien die Behandlungserfolge bei 1.708 Patienten in Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden in der Regelversorgung durch knapp 400 Psychotherapeuten.

MALIS-Patienten

Prof. Dr. Wolfgang Lutz (Universität Trier) stellte im Eröffnungsvortrag fest, dass entgegen den Vorurteilen gegenüber der ambulanten Psychotherapie dort insbesondere „MALIS-Patienten“ (Maladaptive, Anxious, Lonely, Impaired, Sad) zu finden sind und nicht „YAVIS-Patienten“ (Young, Attractive, Verbal, Intelligent, and Successful). Auf vielen psychometrischen Skalen war in der TK-Studie die Symptombelastung der Patienten zu Therapiebeginn weitgehend vergleichbar mit der von Pati-

entherapie ausgesprochen günstig ist und Einsparungen von zwei bis drei Euro pro in ambulante Psychotherapie investiertem Euro möglich sind. Beim Vergleich der Effekte des erprobten Qualitätsmonitorings und des bisherigen Gutachterverfahrens in der gesetzlichen Krankenversicherung stellten die Evaluatoren fest, dass – entgegen der Studienhypothese – bei der Ergebnisqualität keine bedeutsamen Unterschiede nachweisbar waren.

Große Effektstärken

Die Ergebnisse der TK-Studie zur Ergebnisqualität der ambulanten Psychotherapie erfuhren durch die von Dr. Irmgard Pfaffinger (KV Bayerns) vorgestellten Auswertungen der QS-PSY-BAY-Studie eine weitere Bestätigung. Auch hier ließen sich für die Patienten der ambulanten Routineversorgung in Bayern deutliche Verminderungen der psychischen Beschwerden von großer Effektstärke zeigen, die auch ein Jahr nach Beendigung der Therapie stabil waren. Die Referentin kam in ihrer Bewertung der Studienergebnisse mit Blick auf die Monitoringmethode zu dem Schluss, dass die QS-PSY-BAY-Systematik zur schulen-, störungs- und praxisübergreifenden Qualitätssicherung im ambulanten Bereich geeignet ist. Im Vergleich zur TK-Studie konnten in der QS-PSY-BAY-Studie einige Hindernisse bei der Implementierung aus dem Weg geräumt und die Praktikabilität erhöht werden, wodurch sich die Akzeptanz des Verfahrens bei den Psychotherapeuten deutlich erhöhte.

Prof. Dr. Werner W. Wittmann (Universität Mannheim) berichtete über die

starke Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie, die sich in der TK-Studie zeigen ließ. Große Effektstärken auf den zentralen Outcomemaßen, die auch zur Katamneseerhebung stabil waren, belegen, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie auch für die ambulante Routineversorgung gilt. Gesundheitsökonomische Modellierungen weisen darauf hin, dass auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis von ambulanter

Psychotherapie ausgesprochen günstig ist und Einsparungen von zwei bis drei Euro pro in ambulante Psychotherapie investiertem Euro möglich sind. Beim Vergleich der Effekte des erprobten Qualitätsmonitorings und des bisherigen Gutachterverfahrens in der gesetzlichen Krankenversicherung stellten die Evaluatoren fest, dass – entgegen der Studienhypothese – bei der Ergebnisqualität keine bedeutsamen Unterschiede nachweisbar waren.



v. l.: Dr. I. Pfaffinger, Prof. Dr. W. Lutz, H.-B. Henkel-Hoving, Prof. Dr. W. Wittmann

Quelle: BPTK, 2011

Gegenstand waren insbesondere die Ergebnisse des Modellprojekts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“, das von der Techniker Krankenkasse (TK) finanziert wurde, und Auswertungen des Projekts „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie Bayern“ (QS-PSY-BAY), das durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns initiiert wurde. Die TK-Studie dokumentierte für die in

BPtK-Fokus

chisch kranken Menschen, wie zurzeit bei der Debatte um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, stellen sie eine wertvolle Argumentationshilfe dar, die noch intensiver genutzt werden kann.

Jeder Dritte psychisch krank

Die herausragende Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Krankheitslast illustrierte Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin und Universität Dresden) in seinem Vortrag anhand der aktuellen Analysen des European Brain Council Projects 2011. Gegenüber der Vorläuferstudie von 2005 deckt der aktuelle Bericht ein noch breiteres Spektrum psychischer und neurologischer Erkrankungen ab. Zwar lassen sich aus den aktuellen Daten keine Hinweise auf eine epidemische Zunahme psychischer Erkrankungen ableiten. Die Daten bestätigen aber, dass circa jeder Dritte im Laufe eines Jahres psychisch erkrankt und mehr als ein Viertel (27 Prozent) der gesellschaftlichen Krankheitslasten auf psychische Erkrankungen zurückgeht. Dies ist insbesondere auf die Schwere der Beeinträchtigung bei psychischen Erkrankungen und deren Chronizität zurückzuführen.

Für Deutschland lässt sich eine Reihe von Indikatoren für Unterversorgung von psychischen Erkrankungen identifizieren, nicht zuletzt die relativ geringen Behandlungsquoten. Dabei zählt die Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen entsprechend evidenzbasierter Leitlinien zu den Behandlungsmethoden der ersten Wahl.

Wege aus der Unterversorgung

Im abschließenden Vortrag erläuterte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter die Probleme auf dem Weg zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit psy-

chischen Erkrankungen. Die bisherigen Verhältniszahlen von Einwohner je Psychotherapeut aus dem Jahre 1999, auf denen die Bedarfsplanung fuße, stehe in keinerlei Zusammenhang mit der tatsächlichen psychischen Morbidität der Bevölkerung. Die extreme Spreizung der Verhältniszahlen zwischen Stadt und Land führe außerdem zu sehr ungleichen Lebensverhältnissen in der Gesundheitsversorgung. Dabei sind lange Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz schon heute ein flächendeckendes Problem in Deutschland, das in ländlichen Regionen noch einmal mit einer besonderen Schärfe auftrete.

Der aktuelle Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes drohe dabei durch den massiven Abbau von bis zu 2.000 Praxissitzen schon im kommenden Jahre die Unterversorgung noch einmal zu verschärfen. Ohne die von der Psychotherapeuten-schaft geforderte Neuberechnung der Verhältniszahlen werde man eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen nicht erreichen können. Zugleich sei es aus Sicht der BPtK auch erforderlich und sinnvoll, auf die zusätzlichen Möglichkeiten und Notwendigkeiten hinzuweisen, wie auf der Ebene der untergesetzlichen Normen Weichen hin zu einer bedarfsgerechteren Versorgung gestellt werden könnten. Hierbei fokussierte Prof. Richter insbesondere auf die Rahmenbedingungen für die Versorgung von Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, von Patienten mit psychischen Erkran-

kungen mit besonders schweren Beeinträchtigungen und auf eine patientenorientierte Differenzierung des Behandlungsangebots in der ambulanten Psychotherapie.

In der anschließenden Diskussion wurden die aktuellen Regelungen der Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie und der aktuelle Gesetzentwurf von mehreren



v. l.: Prof. Dr. R. Richter, Präsident BPtK; J. Matzat, Leiter Kontaktstelle Selbsthilfegruppen Gießen

Quelle: BPtK, 2011

Seiten scharf kritisiert. Der Patientenvertreter im G-BA, Jürgen Matzat, sprach im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung von der doppelten Lüge, da sie weder etwas mit Bedarf noch mit Planung zu tun habe und die extreme Spreizung der Verhältniszahlen zwischen ländlichen Regionen und Kernstädten als verfassungswidrig einzuschätzen sei. Weitere Diskutanten hoben hervor, dass vor dem Hintergrund der hohen Krankheitslasten, die mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, und bei zugleich begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen letztlich ein andere Allokation der Mittel hin zur evidenzbasierten Versorgung von psychischen Erkrankungen erforderlich sei. Insgesamt sollte die sprechende, beziehungsorientierte Medizin auch aus Evidenzgesichtspunkten ein höheres Gewicht erhalten.



Patientenberatung viel zu lückenhaft BPtK-Umfrage an Krankenhäusern für Psychiatrie in NRW

In Deutschland wurden nach den Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2009 875.278 Menschen in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatik behandelt. Die Behandlungskonzepte und -qualität können sich zwischen den verschiedenen Krankenhäusern erheblich unterscheiden. Bisher gibt es nur wenige Informationen darüber, was in Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen passiert. Zwar sind Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, dieser enthält im Gegensatz zu den Berichten der somatischen Krankenhäuser bspw. jedoch keine Informationen zu den am häufigsten durchgeführten Leistungen.

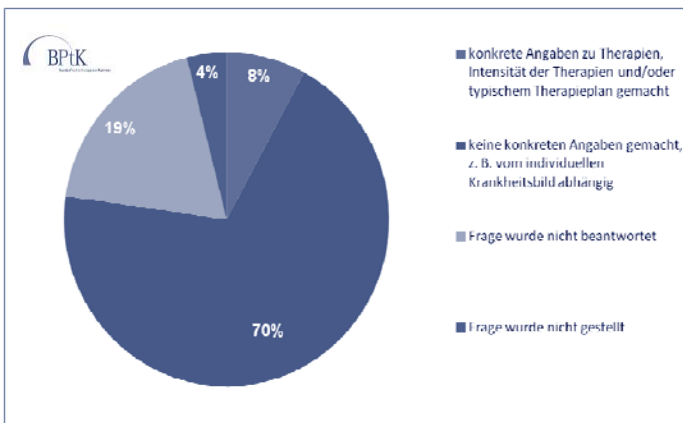
Die „BPtK-Checkliste für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik“ hilft, erste grundlegende Fragen zu beantworten, wie z. B.: „Welche Krankenhäuser gibt es für psychisch kranke Menschen? Wie finde ich ein Krankenhaus in meiner Nähe?“. Sie soll aber auch helfen, wichtige Informationen im Kontakt mit einem Krankenhaus für Psychiatrie oder Psychosomatik zu erfragen, z. B. „Wie sieht ein typischer Behandlungsplan für meine Erkrankung aus?“ oder „Welchen Stellenwert hat Psychotherapie bei der Behandlung?“. Die BPtK-Checkliste wurde u. a. zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) beraten und danach in einem Praxistest erprobt.

„Typische Behandlung gibt es nicht“

Zwar zählten 86 % der Befragten auf, welche Therapien vom Krankenhaus angeboten werden, die Frage nach dem Behandlungskonzept bei depressiven Erkrankungen wurde jedoch überwiegend unpräzise und allgemein beantwortet, z. B. „Auf Station gibt es einen regelmäßigen Tagesablauf“ oder „Die Therapie ist multimodal und individuell zugeschnitten“. Konkrete Beschreibungen eines Behandlungskonzeptes mit Angaben zum Umfang der angebotenen Therapien oder einem Beispiel für einen typischen Therapieplan waren sehr selten (6 %).

Die Testpersonen fragten nach, welchen Stellenwert die medikamentöse Behandlung bzw. Psychotherapie im Krankenhaus habe. Die Frage zur medikamentösen Therapie wurde in 41 % der Fälle detaillierter beantwortet, die Frage zur Psychotherapie in 37 % der Fälle. Bewertet wurde, inwieweit die Antworten deutlich über Aussagen wie „Das ist individuell vom Patienten abhängig“ hinausgingen und eine entsprechende Wertung vorgenommen wurde (siehe Abbildung 2). Die meisten Krankenhäuser, 60 bzw. 63 %, gaben hierzu jedoch keine konkrete Auskunft. Außerdem wurde nachgefragt, wie viele Stunden Einzel- oder Gruppenpsychotherapie im Durchschnitt in der Woche angeboten werden. Die Frage zur Einzelpsychotherapie wurde in 30 % der Fälle beantwortet und zur Gruppenpsychotherapie in 19 % der Fälle. Aber auch hier gab die Mehrzahl der Krankenhäuser keine konkreten Auskünfte. Es ist jedoch

Abbildung 1:
Wie sieht ein typischer Behandlungsplan bei depressiven Erkrankungen aus?



Quelle: BPtK, 2011

Aus Patientensicht besteht deshalb ein erhebliches Informationsdefizit. Um eine informierte Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus treffen zu können, brauchen Patienten einen besseren Überblick über die Behandlungsangebote. Dafür wäre es wichtig, dass die Krankenhäuser dokumentieren, welche Patienten welche Leistungen und mit welchem Ergebnis erhalten.

Praxistest

Geschulte Testpersonen riefen in 76 Krankenhäusern für Psychiatrie und in drei Krankenhäusern für Psychosomatik an und erfragten anhand der BPtK-Checkliste Informationen zum Behandlungskonzept. Die Testpersonen riefen die Zentrale des Krankenhauses an und trugen ihr Anliegen vor, ein Krankenhaus für einen depressiv erkrankten Angehörigen zu suchen. In der Mehrzahl der Fälle (82 %) wurden sie direkt mit einer Station verbunden, die Auskunft erteilte in der Regel ein Arzt (44 %) oder eine Pflegekraft (18 %). In weiteren 18 % der Fälle wurden die Testpersonen mit der Verwaltung verbunden. Dabei hat sich die überwiegende Mehrzahl der Gesprächspartner aus Sicht der Testpersonen Zeit genommen (68 %) und wurde als freundlich beurteilt (81 %).

BPtK-Inside



nicht ausgeschlossen, dass diese Informationen in einem Vorgespräch, das in 68 % der befragten Krankenhäuser grundsätzlich möglich war, eher gegeben werden könnten.

Im Anschluss an das Gespräch sollten die Testpersonen insgesamt bewerten, ob die Informationen hilfreich waren, um eine Entscheidung für oder gegen das Krankenhaus zu treffen und ob sie eine konkrete Vorstellung vom Behandlungskonzept des jeweiligen Krankenhauses bekommen haben. Hilfreiche Informationen bekamen die Testpersonen in 52 % der Fälle. Ein konkretes Bild vom Behandlungskonzept des Krankenhauses konnten sich die Testpersonen in 43 % der Gespräche machen (siehe auch Abbildung 3).

Fazit

In den meisten Fällen war es problemlos möglich, telefonisch einen Ansprechpartner zu erhalten, der die Fragen der Checkliste beantwortete. Hierzu wurden die Testpersonen in der Regel direkt auf eine Station verbunden. Bei der Beurteilung der erhaltenen Informationen muss deshalb berücksichtigt werden, dass diese – zumindest in Teilen – auch vom Behandlungskonzept der jeweiligen Station beeinflusst werden.

Die Aussagekraft und Qualität der erhaltenen Informationen war begrenzt. Zwar ist die Information, dass die Behandlung vom individuellen Krankheitsbild des Patienten abhängt, grundsätzlich zutreffend und fachlich richtig. Dennoch sollte davon ausgegangen werden, dass Behandlungskonzepte und Erfahrungswerte vorliegen, wie der typische Therapieplan bei einem bestimmten Krankheitsbild gestaltet wird. Hierzu würden sowohl Angaben zu den angebotenen Therapien, aber auch zu deren Umfang gehören.

Auch wenn mehrheitlich keine ausreichenden Informationen gegeben wurden, war es nach den Angaben der Testpersonen möglich, insbesondere durch den Vergleich der Informationen verschiedener Krankenhäuser, einen subjektiven Eindruck des Krankenhauses und seiner Behandlungsangebote zu erhalten, die eine Entscheidung für oder gegen das Krankenhaus unterstützen konnten.

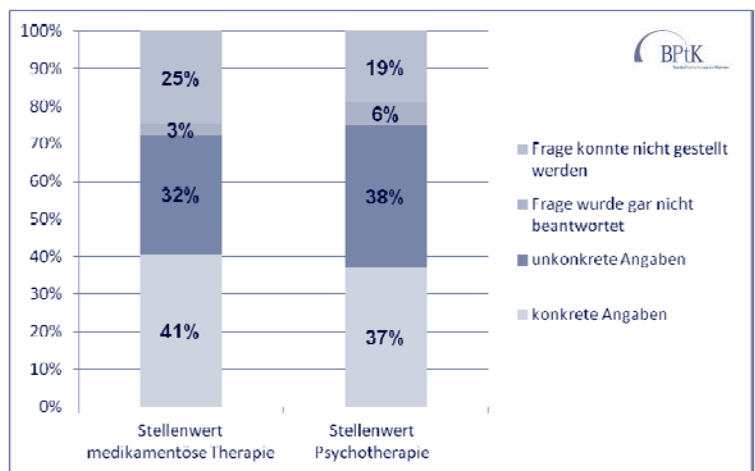
Objektive Informationen sind notwendig

Die Möglichkeiten, sich durch Telefonate über die Behandlung in Krankenhäusern für Psychiatrie zu informieren, sind begrenzt. Umso wichtiger ist es, verfügbare objektive Daten und Informationen der Krankenhäuser zukünftig so aufzubereiten und darzustellen, dass sie verständliche und hilfreiche Aussagen über die Struktur- und Prozessqualität eines Krankenhauses ermöglichen. Aufgrund der Einführung eines pauschalierenden, leistungsbezogenen Entgeltsystems und der damit verbundenen Dokumentation der Leistungen mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) können hierfür mittelfristig auch diese Daten genutzt werden.

Angaben zur Prozessqualität beinhalten u. a. Angaben zu den durchgeführten Behandlungsleistungen eines Krankenhauses. Sie erlauben Aussagen dazu, ob sich eine Behandlung an aktuellen wissenschaftlichen Standards und Leitlinien orientiert. Die Angabe, ob ein bestimmtes medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot grundsätzlich in einer Organisationseinheit/Fachabteilung vorhanden ist, erlaubt allein

noch keine Aussage über die Prozessqualität eines Krankenhauses. Dass psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich angeboten werden, sagt noch nichts darüber aus, ob diese Leistungen bei jedem Patienten und in welcher Menge erbracht werden oder nur bei spezifischen Diagnosen oder auf bestimmten Stationen. Eine Darstellung, wie häufig bspw. psychotherapeutische oder soziotherapeutische Leistungen bei Patienten mit der Diagnose

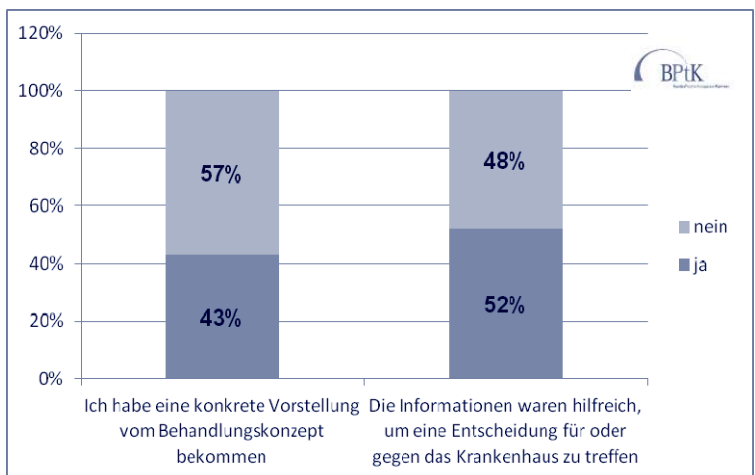
Abbildung 2: „Welchen Stellenwert hat die medikamentöse Therapie bzw. Psychotherapie?“



Quelle: BPtK, 2011

„Schizophrenie“ in einem Krankenhaus erbracht werden, kann wichtige Daten für das Qualitätsmanagement der Einrichtung

Abbildung 3: Konkrete Vorstellung von Behandlungskonzept und hilfreiche Informationen

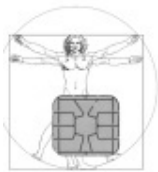


Quelle: BPtK, 2011

tungen liefern. Vor allem sind dies jedoch wesentliche Informationen für Patienten und auch Ärzte, die in ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus einweisen.

Elektronische Gesundheitskarte – neuer Anlauf

Nach jahrelangen Verzögerungen deutige Identifizierung im Gesundheitssystem erlaubt. Geplant sind Krankenkassen einen erneuten Anlauf weitere Anwendungen wie die elektronische Patientenakte, die von den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten eingesehen werden kann, wenn der Versicherte jeweils ein Einverständnis erteilt.



Sandra Koch
Musterkasse
123456789
Versicherung

Gesundheitskarte



A123456781
Versichertennummer

Die BPTK hatte bereits in der Vergangenheit gegenüber der Politik besondere Sorgfalt und Sicherheit bei der Weitergabe und Speicherung potenziell stigmatisierender Diagnosen in der Telematik-Infrastruktur angemahnt.

Checkliste zu Psychotherapeutenbewertungen im Internet

Im Internet finden sich immer mehr Webseiten, auf denen Patienten Ärzte und Psychotherapeuten suchen und bewerten können. Solche öffentlichen Bewertungen sind nach einem Beschluss des Oberlandesgerichts Hamm vom 3. August 2011 grundsätzlich auch anonym zulässig, solange sie weder eine unsachliche Schmähkritik noch eine Formalbeleidigung noch einen Angriff auf die Menschenwürde beinhalten (Aktenzeichen: 3 U 196/10, I-3 U 196/10). Inzwischen bieten auch die Krankenkassen ihren Versicherten solche Orientierungshilfen (AOK, BARMER GEK, vdek). In den kommenden Jahren sollen diese Internetseiten auch um Bewertungen von Psychotherapeuten ergänzt werden.

Die Qualität der Bewertungen ist sehr unterschiedlich. Die BPTK hat zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Checkliste zu Psychotherapeutenbewertungen im Internet erarbeitet. Sie soll es den Betreibern ermöglichen, ihre Angebote aufgrund von konsentierten Qualitätskriterien weiterzuentwickeln.

Langzeittherapien chronisch depressiver Patienten

Chronische und wiederkehrende Depressionen sind mit starkem Leid und gravierenden Beeinträchtigungen im Alltag verbunden. Zur langfristigen Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei diesen Menschen gibt es bislang nur relativ wenige methodisch robuste Studien.

Auf dem Kongress des Sigmund-Freud-Instituts vom 28. bis 30. Oktober in Frankfurt wurde eine Studie zu Langzeittherapien chronisch depressiver Patienten (LAC-Studie) vorgestellt, die seit 2007 läuft. In dieser Studie werden die langfristigen Wirkungen von psychoanalytischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen in einem multizentrischen, doppelt randomisierten Studiendesign verglichen. Beide Psychotherapieverfahren orientieren sich an modernen Konzepten und werden von niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt. Dabei werden auch Patienten, die randomisiert einem Verfahren zugeordnet wurden, mit solchen Patienten verglichen, die eine Präferenz für eines der beiden Behandlungskonzepte äußern. Dies ermöglicht sowohl Rückschlüsse auf die Generalisierbarkeit der Befunde von randomisiert-kontrollierten Psychotherapiestudien auf naturalistische Studiendesigns als auch auf die Auswirkungen von Patientenpräferenzen auf den Erfolg einer Psychotherapie. Die Behandlungsergebnisse werden in langfristigen Katamnesen überprüft.

Bislang nehmen bereits fast 400 Patienten an der Studie teil, die Aufnahme neuer Patienten dürfte bald beendet werden. Mit den Erfahrungen der Behandlungen werden die Behandlungskonzepte für Menschen mit chronischen oder wiederkehrenden Depressionen weiterentwickelt. Die Studie wird von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) gefördert.

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK

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

Nachdruck und Fotokopien auch auszugweise 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