

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe III/2012

September
2012

Reform der Bedarfsplanung: G-BA bedingt handlungsfähig?

Themen dieser Ausgabe:

- **Reform der Bedarfsplanung: G-BA bedingt handlungsfähig**
- **Psychotherapie-Richtlinie: Indikation Schizophrenie ermöglichen**
- **Kulturspezifische Versorgung von Migranten notwendig**
- **bikup – Sprach- und Kulturmittler**
- **Kritik an der PKV zeigt Wirkung**

- **BPtK-Dialog:**
Psychische Krankheiten sind Volkskrankheiten
Interview mit Prof. Dr. Frank Jacobi

- **BPtK-Fokus:**
Krankengeldausgaben höher als Kosten ambulanter Psychotherapie

- **BPtK-Inside:**
Spezialisierte Behandlung von Essstörungen wirksam

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) arbeitet an der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Ziel sind neue Vorgaben, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die Beratungen laufen zäh, aber noch besteht Zuversicht, dass bis zum Ende dieses Jahres eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie vorliegt. Einzige Ausnahme – die psychotherapeutische Versorgung?

In der Versorgung psychisch kranker Menschen besteht eine erhebliche Unterversorgung – ambulant wie stationär. In der ambulanten Psychotherapie sind die Wartezeiten inakzeptabel lang. Sie liegen im Bundesdurchschnitt bei 12,5 Wochen für ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten, im ländlichen Raum sogar bei 14 Wochen. Anders als in den meisten anderen Arztgruppen ließe sich die psychotherapeutische Unterversorgung mit einer Korrektur der Bedarfsplanungs-Richtlinie sogar beheben, denn zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten, auch in strukturschwachen ländlichen Regionen, werden von Psychotherapeuten innerhalb kurzer Zeit genutzt.

Die Entscheidungsträger im Gemeinsamen Bundesausschuss reagieren allerdings noch zögerlich auf die Tatsache, dass im deutschen Gesundheitssystem die Kapazitäten für eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung fehlen. Die gesetzlichen Krankenkassen stecken bislang den Kopf in den Sand, obwohl ihre Aufwendungen für Krankengeld aufgrund psychischer Erkrankungen (2 Milliarden Euro) bereits über den Ausgaben für ambulante Psychotherapie (1,7 Milliarden Euro) liegen. Doch auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verhält sich abwartend. Zusätzliche psychotherapeutische Praxen sollten nicht zulasten der ärztlichen Honorare gehen. Deshalb fordert die KBV eine extrabudgetäre Vergütung der gesamten ambulanten Psychotherapie.

Die Länder prüfen, wie weit ihre Kompetenzen reichen, um auf regionaler Ebene Korrekturen der bundesweiten Vorgaben zu erreichen. Dabei setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass auf Landesebene Abweichungen nur bei regionalen Besonderheiten möglich sind. Dar-

über, ob regionale Besonderheiten vorliegen, entscheiden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen. Die Landesbehörden haben ein Stellungnahmerecht – mehr zunächst einmal nicht. Auf Landesebene sitzen sich damit die gleichen Partner wie auf Bundesebene gegenüber und der kleinste gemeinsame Nenner könnte auch dort heißen: „Abwarten und Nichtstun“. Die Länder müssen deshalb auf Bundesebene für ein Versorgungsniveau sorgen, das grundsätzlich für die Behandlung psychisch kranker Menschen ausreicht und nur bei regionalen Besonderheiten korrigiert werden muss. Auf Bundesebene haben die Länder jedoch im Unterausschuss Bedarfsplanung kein Stimmrecht, ebenso wenig wie übrigens auch die Patientenvertreter.

Das Absurde an der gegenwärtigen Situation ist: Ab 2013 droht sogar ein Abbau von über 6.000 der insgesamt circa 22.000 psychotherapeutischen Praxissitze. Rein statistisch herrscht in Deutschland Überversorgung, weil der Bedarf an psychotherapeutischen Praxen 1999 viel zu niedrig eingeschätzt wurde.

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

und sie bewegt sich doch! Die Gesundheitspolitik beginnt über eine Reform der Psychotherapeutenausbildung zu diskutieren. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde eingerichtet, die vor allem juristisch prüft, ob eine Direktausbildung eine Option für die Psychotherapeutenausbildung sein könnte. Gleichzeitig warten wir auf eine inhaltliche Auseinandersetzung der Gesundheitspolitik mit unserem Vorschlag eines Gesetzes zur Reform der postgradualen Psychotherapeutenausbildung. Wir hoffen, die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist der Startschuss für den Dialog zwischen Profession und Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene.

Herzlichst

Ihr Rainer Richter

Fortsetzung von Seite 1

Es ist an der Zeit, den Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen realistisch einzuschätzen. Noch sind rein kosmetische Lösungen im Gespräch, die zwar auf dem Papier wie eine Verbesserung aussehen, aber in der Realität nichts verändern. Krankenkassen und Ärzteschaft könnten sich z. B. auf eine geringe Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auf dem Land einigen. Bisher müssen in ländlichen Regionen durchschnittlich sieben Psychotherapeuten 100.000 Einwohner versorgen. Das schaffen aber sieben Psychotherapeuten nicht einmal, wenn sie Tag und Nacht arbeiten. Darum sind auf dem Land bereits mehr Psychotherapeuten zugelassen als in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehen – nämlich durchschnittlich zwölf Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Im G-BA könnte man sich nun darauf einigen, diese gegenwärtige psychotherapeutische Versorgung zur neuen Bedarfszahl zu machen. Dabei

muss man dann geflissentlich übersehen, dass auch mit zwölf Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner die Wartezeiten in ländlichen Gebieten gegenwärtig viel zu lang sind. Das liegt daran, dass psychische Krankheiten auf dem Land keineswegs, wie angenommen, erheblich seltener sind als in der Stadt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) fordert deshalb, auf dem Land mindestens halb so viele Psychotherapeuten zuzulassen wie in der Stadt. Das wären dann 27 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner.

Im Kern geht es im G-BA darum, sich gravierende historische Planungsfehler einzugestehen. Bei der Festlegung der notwendigen Anzahl psychotherapeutischer Praxissitze im Jahr 1999 legte der G-BA die Versorgungsdichte in Gesamtdeutschland zugrunde – obwohl er wusste, dass es bis dahin in Ostdeutschland aufgrund der DDR-Vergangenheit erheblich weniger niedergelassene Psychotherapeuten gab als in Westdeutschland. Bei der Festlegung der notwendigen Zahl von Arztpraxen hatte der G-BA deshalb auch nur die Versorgungsdichte Westdeutschlands zugrunde gelegt. Allein durch diese Unkorrektheit bei den Durchschnittswerten lag die Versorgungsdichte bei psychotherapeutischen Praxen bereits um ein Viertel bis die Hälfte unter dem Notwendigen. Dieser historische Berechnungsfehler ist letztlich auch die Erklärung dafür, warum Deutschland fast flächendeckend als überversorgt gilt, obwohl die Wartezeiten bei Psychotherapeuten unverantwortlich lang sind. Dies ist auch die Erklärung dafür, warum – nur bei den Psychotherapeuten – die Versorgungsdichte in Städten so sehr von derjenigen in ländlichen Gebieten abweicht.

Erstaunlicherweise sind Wartezeiten bei Psychotherapeuten im Ruhrgebiet am längsten. Zwischen Duisburg und Dort-

mund warten Patienten durchschnittlich 17 Wochen auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten, also noch länger als in ländlichen Gebieten. Der Grund dafür ist, dass es in der Bedarfsplanung eine Sonderregion Ruhrgebiet gibt, die die Städte dort benachteiligt. Die Großstädte an der Ruhr werden in der Bedarfsplanung nicht wie alle anderen Großstädte in Deutschland, sondern wie Kreisstädte behandelt. Deshalb gelten nach der Bedarfsplanung in Duisburg, Essen, Mülheim, Oberhausen, Bochum, Bottrop, Dortmund, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm und Herne 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner als ausreichend. Für alle anderen Großstädte Deutschlands liegt die Vorgabe bei 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Für diese Ungleichbehandlung der Ruhrstädte gibt es keine sachliche Begründung. Die BpTK meint, dass auch die rund fünf Millionen Menschen des Ruhrgebiets ein Anrecht auf eine angemessene psychotherapeutische Versorgung haben.

Obwohl die Diagnose klar ist, fällt dem G-BA die Entscheidung für die Therapie schwer. Die Korrektur vergangener Fehlentscheidungen und die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen auf dem Land und im Ruhrgebiet führt logischerweise dazu, dass es mehr Psychotherapeuten geben muss. Nach BpTK-Berechnungen müssen mindestens 4.000 psychotherapeutische Praxen zusätzlich finanziert werden. Die Gefahr nicht sachgerechter Entscheidungen des G-BA ist erst gebannt, wenn gesetzlich klar geregelt ist, wer das Mehr an ambulanter Psychotherapie finanziert. Die BpTK hat gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern die extrabudgetäre Vergütung der zusätzlichen psychotherapeutischen Leistungen vorgeschlagen. 4.000 zusätzliche Praxen erfordern allerdings auch zusätzliches Geld.

Extrabudgetäre Vergütung zusätzlicher Leistungen

Die Vergütung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenkasse – auch Psychotherapie – erfolgt grundsätzlich durch die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Die Krankenkassen vergüten nicht einzelne Leistungen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten, sondern zahlen einen Gesamtbetrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die MGV. Diese verteilen daraus das Honorar an die einzelnen Ärzte und Psychotherapeuten.

Die Gesamtvergütung wird jährlich um einen morbiditätsbedingten Faktor angepasst. Sie erhöht sich, wenn morbiditätsbedingt mehr Leistungen als im Vorjahr erbracht wurden. Der morbiditätsbedingte Anstieg berücksichtigt jedoch völlig unzureichend die Zunahme psychotherapeutischer Leistungen, wenn zusätzliche Psychotherapeuten zugelassen werden.

Es gibt (wenige) Leistungen, die die Krankenkassen als Einzelleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüten. Werden vom Gesetzgeber die Leistungen zusätzlich zugelassener Psychotherapeuten in diese extrabudgetäre Vergütung einbezogen, so ist sichergestellt, dass diese Leistungen auch zusätzlich vergütet werden.

Psychische Krankheiten sind Volkskrankheiten Interview mit Prof. Dr. Frank Jacobi

Frank Jacobi ist Professor für Klinische Psychologie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) an der Psychologischen Hochschule Berlin und im Rahmen der DEGS-Studie auch an der TU Dresden tätig.

Derzeit wird im G-BA die Reform der Bedarfsplanung diskutiert – auch für den Bereich der Psychotherapie. Haben wir bei der Psychotherapie besondere Erkenntnisdefizite?

Psychische Störungen sind hinsichtlich ihrer Verbreitung und Krankheitslast Volkskrankheiten. Psychotherapie zählt in nationalen und internationalen Leitlinien zu deren wichtigster Behandlungsoption, weil wir – auch im Vergleich zu medizinischen Behandlungen körperlicher Erkrankungen – über hervorragende Wirksamkeitsnachweise verfügen. Offene Fragen gibt es noch, wie die breite Anwendung von Psychotherapie in der Routineversorgung optimiert werden kann. Das ist allerdings nichts Besonderes und gilt auch für die körperlichen Erkrankungen.

In den ländlichen Gebieten sind erheblich weniger Psychotherapeuten vorgesehen als in den Städten. Ist das gerechtfertigt?

Die Spreizung der Verhältniszahlen beruht ja ursprünglich nicht auf epidemiologischen Erkenntnissen, sondern auf den Angebotsstrukturen Ende der 1990er Jahre. In den ländlichen Gebieten sind psychische Störungen zwar etwas weniger häufig als in den Städten, aber diese moderaten Unterschiede in der Morbidität rechtfertigen keinesfalls die niedrige Angebotsdichte in vielen ländlichen Regionen.

Wie verlässlich sind die epidemiologischen Zahlen? Ist tatsächlich ein Drittel der Bevölkerung pro Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen?

Wenn man noch ein breiteres Diagnosespektrum einbeziehen

würde (z. B. Nikotinabhängigkeit), wären es sogar noch mehr. Bei körperlichen Diagnosen beträgt die durchschnittliche Gesamtprävalenz bei Erwachsenen bis 65 Jahren etwa 70 Prozent, und im höheren Lebensalter nahezu 100 Prozent, ohne dass diese Prävalenzen angezweifelt werden. Psychische Störungen gehören ebenso wie körperliche Erkrankungen zum normalen Leben. Ebenso wie bei körperlichen Erkrankungen gibt es allerdings eine große Schwankungsbreite hinsichtlich Schweregrad oder Behandlungsindikation.

Brauchen alle diese Patienten eine Behandlung?

Zum „Patienten“ werden die Betroffenen erst, wenn sie von unserem Gesundheitssystem diagnostiziert und behandelt werden. Eine frühzeitige diagnostische Abklärung auch bei leicht ausgeprägten psychischen Leiden kann dazu beitragen, Chronifizierungen mit später dann erheblichen Beeinträchtigungen vorzubeugen. Nach wie vor ist davon auszugehen, dass viel zu wenig leitliniengerecht behandelt wird. Beispielsweise berichteten im Bundesgesundheitsurvey nur knapp fünf Prozent der Betroffenen, jemals verhaltenstherapeutisch behandelt worden zu sein. Eine solche Behandlungsquote mit einem ausgesprochen etablierten Verfahren ist entschieden zu niedrig, auch wenn sie inzwischen wahrscheinlich gestiegen ist.

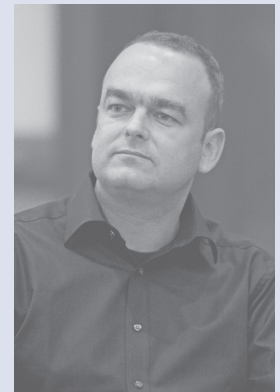
Welche Patientengruppen sind aus epidemiologischer Sicht von zentraler Bedeutung?

Aus Public-Health-Perspektive gehören dazu die Störungen, die gesamtgesellschaftlich die größte Krankheitslast verursachen, also depressive Störungen, Angst- und somatoforme Störungen sowie substanzbezogene Störungen. Aber auch für weniger häufige, dafür aber besonders schwere Störungen wie z. B.

schizophrene Erkrankungen, Anorexie oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen muss Psychotherapie in der Versorgung eine zentrale Rolle spielen. Ein Gesundheitssystem sollte in der Lage sein, beide Ziele zu erfüllen.

Welche Patientengruppen werden bislang noch unzureichend erreicht?

Es mag zum Teil an der Ausgestaltung des Psychotherapeutengesetzes liegen, dass viele Psychotherapeuten eher den Weg zum „richtigen“ Psychologischen Psychotherapeuten einschlagen und es vielerorts schlichtweg an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mangelt. Psychotherapie wird aber auch eine Behandlung werden, die zunehmend von älteren Menschen in Anspruch genommen wird. Wir sehen, dass auch im höheren Lebensalter psychische Gesundheit eine wichtige Rolle spielt, auch wenn die Prävalenzen mancher „klassischer“ Diagnosen, die im mittleren Lebensalter dominieren, etwas niedriger sind. Auch bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen muss der Zugang zur spezialisierten Versorgung noch verbessert werden. Ferner fehlen psychotherapeutische Angebote für chronisch psychisch Kranke, bei denen es eher um Rückfallprophylaxe und günstige Beeinflussung des Verlaufs, nicht aber um Heilung im engeren Sinne geht. Schließlich bestehen Defizite bei Problemen in der Arbeitswelt, die vielleicht im strengen diagnostischen Sinne noch im unterschweligen Bereich liegen. Grundsätzlich muss die Frage gestellt werden, ob die wenig flexible Richtlinien-Psychotherapie hier nicht zu hohe Hürden geschaffen hat, die es niedergelassenen Psychotherapeuten schwer machen, Gruppentherapien, kurze Interventionen oder dauerhafte Psychotherapie bei Personen mit ungünstiger Prognose anzubieten.



Prof. Dr. Frank Jacobi

Professor für Klinische Psychologie

Psychologische Hochschule Berlin

Psychotherapie-Richtlinie: Indikation Schizophrenie ermöglichen

Link:
www.rki.de
>Gesundheitsmonitoring
>Studien

Nach den aktuellen epidemiologischen Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) erkranken im Jahr rund 2,4 Prozent der Bevölkerung an einer psychotischen Störung. Dazu gehört auch die Schizophrenie, an der etwa ein Prozent der Menschen im Laufe ihres Lebens erkranken.

Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen neben der Pharmakotherapie stets auch eine Psychotherapie als wirksame Behandlung. In der Versorgungsrealität dominiert jedoch eine einseitige Pharmakotherapie. Eine psychotherapeutische Behandlung erhalten psychotisch Erkrankte häufig nicht, weder in der stationären noch in der ambulanten Versorgung. Vor diesem Hintergrund hatte die BpTK im April 2012 die Veranstaltungsreihe „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“ ins Leben gerufen und als erstes Thema die leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen gewählt.

NICE-Leitlinie

International gilt die britische NICE-Leitlinie als die methodisch beste Leitlinie für Schizophrenie. Sie empfiehlt, allen Patienten mit Schizophrenie kognitive Verhaltenstherapie anzubieten, und zwar bereits während der akuten Phase, einschließlich der stationären Behandlung, aber auch später in der postakuten Phase. Die kognitive Verhaltenstherapie soll als Einzeltherapie sowohl zur Behandlung von andauernden Positiv- und Negativsymptomen wie auch zur Rückfallprophylaxe eingesetzt werden.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Patienten mit Schizophrenie konnte jüngst auch durch die vom Bundesministerium

für Bildung und Forschung geförderte klinische Studie aus dem Psychotherapie-Forschungsverbund „POSITIVE NET“ bestätigt werden. Dabei ließen sich spezifische Effekte der kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu supportiven Gesprächen und Psychoedukation auf die Kernsymptomatik der Schizophrenie zeigen, die über die Effekte einer unterstützenden Therapie hinausgingen.

Psychotherapie-Richtlinie

Die BpTK hat sich daher für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie ausgesprochen. In der aktuellen Fassung des § 22 Absatz 1 werden psychotische Störungen nicht selbst als Indikation für Psychotherapie aufgeführt. Vielmehr ist eine Psychotherapie nach § 22 Absatz 2 Nummer 4 nur dann zulässig, wenn eine „psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik“ einer psychotischen Erkrankung vorliegt, die einen Ansatz für Psychotherapie liefert. Daraus ergeben sich eine Reihe von Einschränkungen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychotischen Patienten, die eine leitliniengerechte Behandlung verhindern. Patienten, die eine medikamentöse Therapie mit Antipsychotika ablehnen oder bei denen eine entsprechende Pharmakotherapie ohne Erfolg geblieben ist, sind hiervon besonders betroffen.

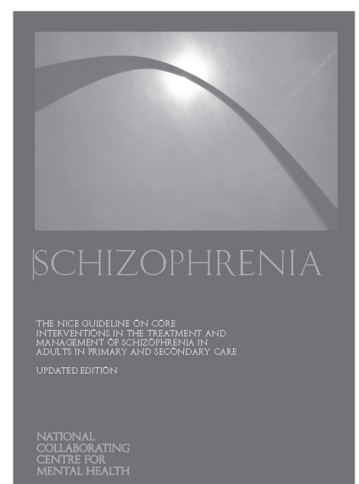
Erschwerend kommt hinzu, dass in der aktuellen 9. Auflage des Faber-Haarstrick Kommentars zur Psychotherapie-Richtlinie zur Indikation der psychotischen Erkrankungen fälschlich

behauptet wird, dass die psychotherapeutische Behandlung der psychotischen Erkrankungen durch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten aus berufsrechtlichen Gründen nicht zulässig und ausschließlich den Fachärzten für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde vorbehalten sei. Aufgrund der starken Verbreitung des Kommentars ist zu befürchten, dass hierdurch Psychotherapeuten zusätzlich abgehalten werden, sich an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit psychotischen Störungen zu beteiligen.

Die BpTK hat den G-BA daher in einem Schreiben aufgefordert, die Indikationsbeschreibung der psychotischen Erkrankungen in der Psychotherapie-Richtlinie zu ändern. Die Diagnosegruppe „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ soll selbst als Indikation zur Psychotherapie genannt werden. Dadurch könnten die Rahmenbedingungen für eine leitliniengerechte ambulante Behandlung von Menschen mit Psychosen deutlich verbessert werden.



BpTK-News vom
07.05.2012
www.bptk.de



- Offer CBT to all people with schizophrenia.
- Offer family intervention to families of people with schizophrenia living with or in close contact with the service user.
- Consider offering arts therapies, particularly to help negative symptoms of schizophrenia.
- Start CBT, family intervention or arts therapies either during the acute phase or later, including in inpatient settings.

Krankengeldausgaben höher als Kosten ambulanter Psychotherapie

Die BPtK analysiert jährlich die Daten der großen gesetzlichen Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit (AU) und fasst sie in eigenen Auswertungen zusammen. Im Jahr 2011 wurden fünf Prozent aller Krankenschreibungen bzw. 12,5 Prozent aller betrieblichen Fehltagen durch psychische Erkrankungen verursacht. Die Berechnungen der BPtK stimmen mit Schätzungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales überein. Damit hat sich der Anteil der AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen an allen betrieblichen Fehltagen seit dem Jahr 2000 in etwa verdoppelt.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen ist überdurchschnittlich lang, im Durchschnitt 30 Tage. Depressive Arbeitnehmer fehlen im Schnitt sogar 39 Tage. Hieraus resultieren sehr hohe Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeld. Schätzungen der BPtK auf Basis der Daten der Techniker Krankenkasse und der Betriebskrankenkassen zeigen, dass gut ein Viertel der Krankengeldzahlungen und damit rund zwei Milliarden Euro für Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen erfolgen. Somit sind allein die Krankengeldausgaben wegen psychischen Erkrankungen höher als die Kosten der ambulanten Psychotherapie, für die in der gesetzlichen Krankenversicherung (nach dem Honorarbericht der KBV, 2010) circa 1,7 Milliarden Euro aufgewendet wurden.

Ein Schwerpunkt der diesjährigen BPtK-Analysen war die Anzahl der Krankenschreibungen aufgrund eines Burnout. Danach ist die Anzahl der Krankenschreibungen wegen eines Burnouts seit 2004 um 700 Prozent, die Anzahl der be-

trieblichen Fehltagen sogar um fast 1.400 Prozent gestiegen. Dieser enorme Anstieg begann jedoch von einer niedrigen Basis. Auch heute ist Burnout im Vergleich zur Gesamtheit der psychischen Erkrankungen eher selten. 2011 fehlten 100 Versicherte im Durchschnitt mehr als 200 Tage aufgrund psychischer Erkrankungen an ihrem Arbeitsplatz. Im Vergleich zu psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen oder Anpassungsstörungen) machen die Ausfälle aufgrund von Burnout also nur 4,5 Prozent der Fehltagen aus.

Burnout ist keine anerkannte psychische Erkrankung, sondern in der verbindlichen ICD-10-Klassifikation der Krankheiten eine Zusatzkodierung. Mit ihr werden Faktoren dokumentiert, die den Gesundheitszustand zusätzlich zu einer Erkrankung beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Burnout wird in 85 Prozent der Krankenschreibungsfälle zusammen mit psychischen (z. B. Depressionen) oder anderen Erkrankungen (z. B. Rückenschmerzen) diagnostiziert. Nur 15 Prozent der Burnout-Diagnosen erfolgen ohne weitere Angabe anderer Diagnosen. Ein Burnout alleine führt also nur in seltenen Fällen zu einer Krankenschreibung, sondern ist in der Regel ein Hinweis darauf, dass der Erkrankte die Ursache seiner psychischen Beschwerden an seinem Arbeitsplatz sieht. Ein Burnout kann aber auch alleine eine Krankenschreibung rechtfertigen, wenn aufgrund eines „Krankheitszustandes“ absehbar ist, dass durch die Weiterführung der Berufstätigkeit eine mögliche Arbeitsunfähigkeit droht (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des G-BA).

Längere betriebliche Fehlzeiten aufgrund psychischer Er-

krankungen könnten verringert werden, wenn den betroffenen Arbeitnehmern eine qualifizierte Beratung zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen angeboten wird. Vor allem ist es notwendig, ergänzend Psychotherapeuten oder Fachärzte zu Rate zu ziehen, falls der Verdacht auf eine psychische Erkrankung vorliegt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Erkrankte keine adäquate Behandlung erhalten und die psychischen Erkrankungen chronisch werden. Im Jahr 2010 gingen bereits fast 40 Prozent aller Neuberentungen auf psychische Erkrankungen zurück.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin schätzt darüber hinaus, dass im Jahr 2008 18 Prozent aller verlorener Erwerbsjahre, ein Produktionsausfall von 26 Milliarden Euro und ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von 45 Milliarden Euro auf psychische und Verhaltensstörungen zurückgingen.

BPtK-Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme (EAP)

Immer mehr Unternehmen beauftragen externe Dienstleister, um Beschäftigte individuell bei Problemen zu beraten. Typische Beratungsanlässe sind private Sorgen, wie z. B. familiäre oder finanzielle Schwierigkeiten, und Probleme am Arbeitsplatz, wie z. B. Konflikte mit Vorgesetzten oder das Gefühl des „Ausgebranntseins“ (Burnout). Bei psychischen Beschwerden sollte zügig geklärt werden, ob einer psychischen Erkrankung vorgebeugt werden muss oder ob bereits eine Behandlung notwendig ist. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung muss die Abklärung durch Psychotherapeuten oder entsprechend qualifizierte Fachärzte erfolgen.

Die BPtK hat mit Unterstützung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände eine Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme (engl.: Employee Assistance Programs; EAP) herausgegeben, mit denen Unternehmen einen Dienstleister auswählen können, der die allgemein anerkannten Standards im deutschen Gesundheitswesen einhält.

Die Checkliste kann auf der BPtK-Homepage heruntergeladen werden.

BPtK-Fokus



Link:

www.bptk.de
> Publikationen
> BPtK-Studie
Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen 2012

BPtK-News vom
06.06.2012
www.bptk.de

Kulturspezifische Versorgung von Migranten notwendig



Migrantinnen und Migranten in Deutschland profitieren oft nur unzureichend vom Gesundheitswesen. Der AOK-Bundesverband und die Konrad-Adenauer-Stiftung haben die Dringlichkeit des Themas erkannt und am 13. Juni 2012 Verbesserungen diskutiert. Jürgen Graalmann, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbands, betonte, dass die AOK die Wichtigkeit des Themas schon seit längerer Zeit anerkenne. Er verwies dabei auf eine kostenlose Smartphone-App des AOK-Bundesverbands, die über Vorsorgeuntersuchungen informiert, Familien bei der Koordination von Arztterminen unterstützt und türkische Übersetzungshilfen anbietet.

Mehrere Referenten betonten die Bedeutung kulturspezifischer Angebote im Gesundheitswesen anhand von Praxisbeispielen und empirischen Befunden. Die mangelnde Berücksichtigung kultursensitiver Aspekte führe zu erheblichen Risiken für Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie zu vermeidbaren Kosten. Kultursensitivität sei insbesondere bei der Versorgung psychisch kranker Menschen ein entscheidender Faktor. Obwohl Migranten häufiger psychisch erkrankten als Einheimische, würden sie bisher

kaum ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen. Viele erhielten deshalb erst zu spät und stationär eine Behandlung ihrer psychischen Leiden.

Die CDU-Bundestagsabgeordneten Jens Spahn und Stefanie Vogelsang betonten, dass die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Migranten ein Thema ist, dem sich die Politik mit hoher Priorität widmen müsse – insbesondere mit Blick auf die Versorgung psychischer Erkrankungen. Es bestand weitgehender Konsens, dass sich die Versorgungsstrukturen vorrangig durch die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung verbessern ließen, insbesondere durch fremdsprachiges oder interkulturell geschultes Personal. Spezialangebote seien da erforderlich, wo die Regelversorgung die spezifischen Bedürfnisse der Migranten nicht ausreichend berücksichtigen könne.

Die BPTK hat bereits 2010 eine bessere psychotherapeutische Versorgung für Migranten gefordert und Vorschläge in den Nationalen Aktionsplan Integration eingebracht, der zu Beginn dieses Jahres von der Bundesregierung vorgestellt wurde. Darin wird gefordert, dass durch mehrsprachige und interkulturell sensible

Beratungs- und Therapieangebote ein niedrigschwelliger Zugang für Migranten zum Gesundheitssystem ermöglicht wird. Krankenhäuser sollen das Angebot von Dolmetscherdiensten in ihren Qualitätsberichten veröffentlichen. Die Bundes- und Landespsychotherapeuten- und -ärztekammern sollen sich zu Fortbildungsangeboten zur interkulturellen Kompetenz verpflichten.

Die geringe Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen durch Migranten liegt oft daran, dass kaum muttersprachliche Psychotherapeuten vorhanden sind. Um einen besseren Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu sichern, fordert die BPTK, dass der G-BA bei häufigen Fremdsprachen mit regionaler Konzentration (z. B. Stadtbezirken, in denen eine Migrantengruppe mehr als zehn Prozent der Bevölkerung ausmacht) Sonderbedarfszulassungen von muttersprachlichen Psychotherapeuten ermöglicht. Falls eine muttersprachliche Psychotherapie nicht gewährleistet werden kann, sollten professionelle Dolmetscher (auch von Personen, die interkulturell sensitiv ausgebildet sind, Beispiel s. Kasten) GKV-Leistung werden.



bikap – Sprach- und Kulturmittler

„bikap“ ist die Internationale Gesellschaft für Bildung, Kultur und Partizipation. Sie bietet Fortbildungsmaßnahmen für Menschen mit Migrationserfahrung an. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Fortbildung zum Sprach- und Integrationsmittler, der die gegenseitige Verständigung zwischen Migranten oder Flüchtlingen und den Ansprechpartnern des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens erleichtern soll. Neben sprachlichen Verständigungsproblemen sollen auch soziokulturelle und religiöse Unterschiede berücksichtigt und Missverständnissen vorgebeugt werden.

Dies ist ganz besonders wichtig bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch kulturell geprägte Missverständnisse können z. B. Mehrfachuntersuchungen, mangelnde Behandlungskontinuität oder unnötige Medikamentenverschreibungen verursacht werden. Dies ist nicht nur mit erheblichem Leid für die Betroffenen, sondern auch mit Kosten im Gesundheitssystem verbunden, die durch Sprach- und Kulturmittler eingespart werden können.

„bikap“ bildet dafür vor allem Menschen mit eigenen Migrationserfahrungen und guten Deutschkenntnissen aus. In einer Fortbildung von 1.920 Stunden bekommen sie u. a. Kenntnisse über das Gesundheits- und Sozialwesen, Kommunikationstheorie oder Migrationssoziologie sowie Handlungskompetenzen als Assistent in einem solchen Setting vermittelt. Aktuell werden diese Sprach- und Kulturmittler in einem nordrhein-westfälischen Modellprojekt eingesetzt. Zu den häufigsten Auftraggebern gehören Gesundheitsämter, Psychiatrien und Zentren für Folteropfer.

Spezialisierte Behandlung von Essstörungen wirksam

„Essstörungen sind im Vergleich zu Depressionen oder Angststörungen seltene, aber häufig sehr schwere psychische Erkrankungen“, erklärte Peter Lehndorfer, BPtK-Vorstandsmitglied, zu Beginn der Veranstaltung „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Essstörungen“ am 20. Juni 2012 in Berlin. Auch deshalb, weil sie – insbesondere bei der Anorexie (Magersucht) – nicht selten lebensbedrohlich seien. Anorexie im Erwachsenenalter ist immer noch die psychische Erkrankung, die mit der höchsten Sterblichkeit einhergeht.

Störungsspezifische Psychotherapie

Zum heutigen Stand der Wissenschaft zur Behandlung von Essstörungen referierte Prof. Dr. Jörn von Wietersheim von der Universität Ulm. Die S3-Leitlinie „Essstörungen“ empfehle nicht nur Behandlungsmethoden, sondern auch, wann eine stationäre Behandlung indiziert sei oder wie die Versorgungscoordination erfolgen solle.

Das nachweislich wirksamste Behandlungsverfahren von Essstörungen sei Psychotherapie, stellte von Wietersheim fest. Eine Therapie mit Psychopharmaka zeige dagegen keine Erfolge. Zur ambulanten und stationären Behandlung werden evidenzbasierte, störungsspezifische und psychotherapeutische Interventionen und Behandlungsansätze empfohlen. Dabei käme es auch darauf an, dass die Behandlung aufgrund der Komplexität und Schwere der Erkrankung von einem Therapeuten durchgeführt werde, der in der Behandlung von Essstörungen erfahren sei. Dies gelte auch für stationäre Behandlungen, die in spezialisierten Zentren oder Kliniken erfolgen sollen.

Gewichtszunahme

Anschaulich schilderte Dr. Holmer Graap vom Universitätsklinikum Erlangen wie eine

auf Essstörungen spezialisierte stationäre Behandlung aussehen kann.

Das gesamte therapeutische Personal auf der Station sei für die Behandlung von Essstörungen extra geschult. Wesentlicher Behandlungsbaustein bei den magersüchtigen Patientinnen sei das Erlernen eines regelmäßigen Essverhaltens mit dem Ziel einer Gewichtszunahme und einem stabilen, möglichst gesunden Gewicht. Hierzu werde mit den magersüchtigen Patientinnen zu Beginn ein Therapievertrag zur Gewichtszunahme vereinbart. Ergänzt würde die Behandlung durch weitere Bausteine wie z. B. körperbezogene Interventionen.

Um den stationären Behandlungserfolg zu stabilisieren, sei ein nahtloser Übergang in eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung wünschenswert. Dies scheitere leider häufig an zu langen Wartezeiten bei den niedergelassenen Psychotherapeuten.

Ambulante Netzwerke

Dass eine intensive Essstörungsbehandlung auch ambulant erfolgen kann, zeigten Annegret Drescher, die das Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis (NEO) in Baden-Württemberg vorstellte und Dr. Doris Weipert vom Forum für Essstörungen Wiesbaden. Zu den multimodalen Behandlungskonzepten, die im Rahmen von IV-Verträgen realisiert würden, gehören neben Einzel- und Gruppenpsychotherapie auch Ernährungsberatung, Körperbewusstseinsstraining, Kunsttherapie und Angehörigengespräche. Dabei zeigen

Evaluationsergebnisse beider Programme gute Ergebnisse. So hätten von circa 2.500 Patientinnen, die seit Gründung im Forum für Essstörungen behandelt worden seien, knapp zwei Drittel die Behandlung abgeschlossen. Die durchschnittliche Anzahl von Therapiesitzungen liege bei 25 Sitzungen, was der Länge einer Kurzzeitpsychotherapie entspreche – ein durchaus bemerkenswertes Ergebnis. Mehr als die Hälfte der Patientinnen, die die Behandlung abgeschlossen hätten, erfüllten nicht mehr die Kriterien für eine Essstörung.

Diskussion

In der Abschlussdiskussion wies Prof. von Wietersheim noch einmal darauf hin, dass Heilung nicht für alle Patientinnen mit einer Essstörung erreichbar sei. Bei ungefähr einem Drittel der Patientinnen verlaufe die Essstörung chronisch, weshalb in der Fachwelt auch diskutiert werde, welche Angebote man für diese Patienten



v.l. Dr. Doris Weipert, Annegret Drescher, Prof. Dr. Jörn von Wietersheim und Cornelia Wanke (Moderation)

tinnen machen könne. Dringend notwendig sei auch mehr Versorgungsforschung, um gegenüber den Kostenträgern argumentieren zu können, dass sich diese intensiven Behandlungen rechnen.

Kritik an der PKV zeigt Wirkung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) hat in einer Pressekonferenz auf die immer massiveren Vorwürfe wegen mangelndem Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherungen reagiert. Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes, rechnet damit, dass viele PKV-Unternehmen zum „Dezember 2012 ihre Tarife auch mit Mindestleistungen versehen werden“.

Die BPtK begrüßt die längst überfällige Einführung von Mindeststandards für psychotherapeutische Leistungen in den PKV-Tarifen, die privaten Versicherungen werden sich jedoch an der Umsetzung ihrer Zusage messen lassen müssen.

Privatversicherte müssen im Krankheitsfall teils deutliche Versorgungslücken hinnehmen. Mehr als 80 Prozent der Tarifsysteme der PKV leisten weniger als die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). „PKV-Billigtarife und andere PKV-Tarife werden mit teilweise existenziellen Leistungsausschlüssen im Krankheitsfall verkauft“, stellte das Kieler Institut für Mikrodaten-Analyse und die Beratungsfirma PremiumCircle Deutschland GmbH fest.

Als besonders problematisch werden die fehlenden oder eingeschränkten Leistungen bei psychotherapeutischen Behandlungen angesehen. Die BPtK hatte schon mehrfach auf diese Missstände hingewiesen. Bürgern, die zur PKV wechseln, ist häufig nicht klar, dass Leistungen, die in gesetzlichen Kassen selbstverständlich sind, in vielen PKV-Tarifen nicht enthalten sind.

Für die BPtK gehören psychische Erkrankungen ohne Zweifel zu den großen Gesundheitsrisiken. Durchschnittlich erkrankt jeder dritte Deutsche im Laufe eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Sie gehören zu den häufigsten Gründen für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Die privaten Krankenversicherungen bieten jedoch häufig nur einen mangelnden Versicherungsschutz bei psychischen Krankheiten entgegen den eigenen hohen Qualitätsansprüchen.

In der privaten Krankenversicherung sind rund neun Millionen Deutsche versichert, vor allem Beamte, Selbstständige und besser verdienende Angestellte.

Die BPtK wird auf einem Symposium am 17. Oktober 2012 von 11:00 Uhr – 17:00 Uhr in Berlin die gesetzlichen Entwicklungen in der Sicherungsverwahrung und im Strafvollzug sowie moderne Konzepte der ambulanten und stationären Resozialisierung und der Intensivbehandlung von gefährlichen Gewalttätern mit Experten diskutieren.

Aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung und vorangegangener Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte läuft zurzeit ein Gesetzgebungsverfahren, um die Umsetzung des Abstandsgebots in der Sicherungsverwahrung zu gewährleisten. Neben der konsequenten Trennung von Strafvollzug und Sicherungsverwahrung soll insbesondere auch eine stärkere und frühere Therapieausrichtung bei beiden Bereichen erreicht werden. Darüber hinaus wurde zuletzt von den Bundesländern der umstrittene Vorschlag eingebracht, eine neue Maßregel der nachträglichen Therapieunterbringung einzuführen.

Patientenratgeber Kostenerstattung

Der Ratgeber „Kostenerstattung“ wurde neu aufgelegt und kann wieder in gedruckter Form bei der BPtK-Geschäftsstelle angefordert werden. Auf der Homepage der BPtK steht der Ratgeber zusätzlich als PDF zur Verfügung (www.bptk.de). In Deutschland warten psychisch kranke Menschen durchschnittlich mehr als drei Monate auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Das ist viel zu lange. Patienten können jedoch bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse beantragen, die Kosten einer ambulanten Psychotherapie nach § 13 Absatz 3 SGB V erstattet zu bekommen. Was sich hinter diesem Paragraphen verbirgt, welche Rechte die Patienten gegenüber den Krankenkassen haben und wie sie diese geltend machen können, erklärt der Ratgeber „Kostenerstattung“.



Veranstaltungsort:
GLS Campus Berlin
Kastanienallee 82
10435 Berlin
Anmeldung über die BPtK

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Sylvia Rückstieß
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