

Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit

Der Arbeitskreis Versorgungsforschung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer hat Expertisen zur ärztlichen Psychotherapie in Auftrag gegeben. Fazit: Ihre spezifische Rolle für die Versorgung muss deutlicher werden.

Gabriela Stoppe



Foto: iStockphoto

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit für das Wohlergehen wird international zunehmend hervorgehoben (1, 2). Zwar stiegen in den letzten Jahren – mit Ausnahme der Demenz – die Krankheitshäufigkeiten nicht eindeutig an, jedoch wird weltweit eine Zunahme von direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen von 2,5 im Jahre 2010 auf 6 Billionen US-Dollar 2030 prognostiziert (3). Schon heute spielen psychische Erkrankungen die Hauptrolle bei Erwerbsminderungen und Frühberentungen (4).

Psychische Erkrankungen bestehen fast nie isoliert. Nach Versicherungsdaten haben 88 bis 99 Prozent der psychisch Kranken auch eine behandlungsbedürftige somatische Erkrankung (5). Schon allein diese Zusammenhänge legen nahe, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung noch enger in den „somatischen“ Behandlungskontext einzubinden.

Historisch begründet gibt es in Deutschland mehr Facharztqualifi-

kationen (*Kasten*) für den Bereich der psychischen Störungen als in jedem anderen Land (6). Nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung sind mindestens fünf Jahre vorgeschrieben. Dadurch haben Fachärzte Erfahrung mit Krankheit, Komorbidität, Rezidiven, Chronifizierungen und multidisziplinärer Zusammenarbeit.

Psychologische Psychotherapeuten (PP) absolvieren ein Psychologiestudium und anschließend eine drei- bis fünfjährige Ausbildung zum Psychotherapeuten, die ein Praxisjahr in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken einschließt.

Versorgungsdichte schwankt sehr stark

Bis heute sind einige wichtige Elemente in den Behandlungspfaden an die ärztliche Berufserlaubnis gebunden. Dies gilt nicht nur für die Verordnung von Medikamenten, sondern auch für die Krankenhaus-einweisungen, die Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit oder Er-

werbsminderung und die Anträge für Rehabilitation oder sozialpsychiatrische Leistungen.

Die Versorgungsdichte schwankt erheblich zwischen den Bundesländern, vor allem aber zwischen Stadt und Land (KBV, 7). Während Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Durchschnitt 400 Fälle im Quartal behandeln, liegen sowohl die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als auch die PP und andere psychotherapeutisch tätige Arztgruppen bei etwa 50 Fällen im Quartal. Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern sind es 280 beziehungsweise 35 Fälle im Quartal (7).

Die höhere Fallzahl geht auf Kosten der „Intensität“ im Einzelfall: Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) rechnen 100 Prozent der PP, 98 Prozent der ärztlichen Psychotherapeuten und 91 Prozent der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Leistungen der Richtlinienpsychotherapie ab (nach Ka-

pitel 35 EBM), aber auch 59 Prozent der Hausärzte und circa 80 Prozent der Psychiater. Quantitativ entfällt mit Abstand der größte Anteil der Leistungen auf PP und Hausärzte. Bei der Abrechnung von Gesprächen liegen die Psychiater vor allen anderen psychotherapeutischen Fachgruppen (8).

Zuweisungswege wenig erforscht

Diese psychiatrischen Gesprächsleistungen werden deutlich schlechter vergütet als die Richtlinienpsychotherapie. In einer Expertise im Auftrag der KBV kam Melchinger 2008 zu dem Ergebnis, dass in der ambulanten Versorgung 70 Prozent der psychisch Kranken durch Psychiater versorgt werden, die jedoch nur ein Viertel der Gesamtausgaben dafür erhalten (9).

Gemessen an den Haupt- beziehungsweise Erstdiagnosen beschäftigt sich die stationäre psychosomatische Versorgung überwiegend mit affektiven Störungen (59 Prozent; ICD-F3) und neurotischen, Anpassungs- und somatoformen Störungen (38 Prozent; ICD-F4) sowie mit Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Das Spektrum der Diagnosen in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern ist vielfältiger. Hier werden auch Personen mit schizophrenen oder schizoaffektiven Psychosen (zehn Prozent; ICD-F2), hirnorganischen Störungen wie Demenzen (sieben Prozent; ICD-F0)

oder mit Alkohol- und Drogenabhängigkeiten (31 Prozent; ICD-F1) behandelt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiegen Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen allein oder kombiniert (42 Prozent) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungs- (19 Prozent) und hyperkinetische Störungen (14 Prozent) (8).

Repräsentative Stichproben von ambulanten Psychotherapiepatienten zeigen ein Überwiegen der Diagnosen von affektiven Störungen, somatoformen und Essstörungen (10, 11). In einer aktuellen Untersuchung von 312 Psychotherapeuten mit einer Rücklaufquote von 57 Prozent bei den Psychologischen und 21 Prozent bei den ärztlichen Psychotherapeuten fand man keine Unterschiede hinsichtlich Diagnose, Therapiedauer, Abbruchraten, Vorbehandlung oder medikamentöser Therapie (7). Über die Zuweisungswege ist wenig bekannt. Relativ wenig Psychotherapien kommen nach einer Motivation durch Hausärzte oder Psychiater zustande (12). Zwei Studien zufolge suchten sich 70 Prozent beziehungsweise 40 Prozent ihre Therapeuten selbst (13, 14). Es ist anzunehmen, dass Personen mit schweren psychischen Krankheiten sich weniger gut eine Therapie organisieren können.

Die Inanspruchnahme ist trotz eines Anstiegs insgesamt immer noch gering, und mindestens ein Drittel der Patienten wird nicht angemessen be-

handelt (3, 15–17). Die Wartezeiten liegen bei 7,3 Wochen in der Stadt und 13 Wochen auf dem Land (7).

Bestimmte Diagnosegruppen erhalten also zumindest keine Richtlinienpsychotherapie. Nun kann man diskutieren, ob – und in welchem Umfang – diese für Patienten mit Psychosen, Suchterkrankungen oder hirnorganischen Störungen angemessen ist. Auch für diese Patienten gibt es inzwischen spezifische und sehr wirksame Formen der Psychotherapie und Psychoedukation (18–20). Gerade bei Patienten mit Beeinträchtigungen der psychosozialen Interaktionen, der Krankheitseinsicht und der Therapietreue ist oft eine geduldige, auch niederfrequente, flexible psychotherapeutische Intervention nötig.

Qualifikationsunterschiede kennen Patienten kaum

In Anbetracht der hohen Rate an Selbstzuweisungen spielen die Entscheidungskriterien der Betroffenen eine wichtige Rolle. In den letzten Jahren wurde beobachtet, dass immer mehr Menschen Informationen, gerade auch zur seelischen Gesundheit, im Internet recherchieren und ihr Kenntnisstand zu psychischen Erkrankungen im Längsschnitt zugenommen hat (21, 22).

Nur sehr wenige Patienten können die Unterschiede in den Qualifikationen der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten benennen (8, 9). Dies zeigte eine repräsentative Befragung von 2 555 Haushalten durch ein unabhängiges Institut (6). 15,8 Prozent der befragten Frauen und 8,8 Prozent der Männer hatten sich schon einmal wegen psychischer Probleme an einen Arzt gewendet, etwas weniger an einen Psychologen (11,7 Prozent und 5,7 Prozent). Befragt nach Präferenzen zum Grundberuf des Therapeuten waren 31 Prozent unsicher, 28 Prozent hatten keine Präferenz, 23 Prozent nannten Ärzte und 16 Prozent Psychologen. Je älter die Befragten waren, desto eher nannten sie Ärzte. Hauptansprechpartner für psychische Probleme ist der Hausarzt. Nur für Kinder wurde der Pädiater häufiger genannt. Auch die Befragung, wer die höhere Kompetenz

PSYCHOTHERAPEUTEN IN ZAHLEN

An der ambulanten Versorgung nahmen Ende 2010 nach Angabe der KBV 13 800 Psychologische Psychotherapeuten und 3 507 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten teil. Die Anzahl der psychotherapeutisch tätigen Ärzte wurde mit 5 420 von insgesamt 138 472 angegeben.

Bezogen auf alle Ärzte gab es nach der Statistik der Bundesärztekammer (31. Dezember 2011) 9 105 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 4 024 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 3 437 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und 1 806 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Von diesen insgesamt 18 372 Spezialisten sind 9 694 ambulant tätig

und stehen 43 190 in der Allgemeinmedizin tätigen Ärzten gegenüber.

Seit 2003 ist ein Kurs zur psychosomatischen Grundversorgung obligater Bestandteil der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin beziehungsweise Innere Medizin (Hausarztfunktion) und der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe. 66 000 Ärzte sind im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung tätig (KBV).

64 Prozent der ärztlichen Psychotherapeuten sind tiefenpsychologisch ausgerichtet, 13 Prozent verhaltenstherapeutisch. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten ist die Verteilung ausgeglichener mit 47 Prozent verhaltenstherapeutischer und 36 Prozent tiefenpsychologischer Orientierung (7).

habe, fiel „zugunsten“ der Ärzte aus (40 Prozent versus 22 Prozent). 38 Prozent wussten keine Antwort, und nur ebenso viele waren sicher, dass die Krankenkasse die Psychotherapie auch bezahlen würde (6).

Ambulant tätige Psychotherapeuten berichteten, dass es eine eher schwache Differenzierung der Tätigkeitsfelder gebe und es wichtiger sei, überhaupt einen Therapeuten zu finden, mit dem man auch gut arbeiten kann (7, 8). Untersuchungen der Patientensicht belegen durchweg positive Einstellungen zur Psychotherapie (6, 10, 11). Im Vergleich dazu werden die Begriffe Psychiatrie und Psychopharmaka nicht nur eng miteinander verbunden, sondern auch negativer gesehen (23, 24).

Ärztliche versus psychologische Kompetenzen

Vor allem Ärzte (75 bis 90 Prozent) halten ihre Berufsgruppe in der Versorgung psychisch Kranker für unverzichtbar. Die Psychologen teilten diese Einstellung weniger (6). Sowohl Ärzte als auch Psychologen waren sich jedoch einig, dass medizinische Kompetenz am ehesten verzichtbar ist bei den in der Befragung genannten „Traumatisierungen ohne Körperverletzung“ und „Belastungen ohne medizinischen Kontext“. Hingegen war nahezu unstrittig, dass die Behandlung psychotischer Störungen, Suchterkrankungen, organischer Störungen, Essstörungen sowie psychischer Störungen bei körperlicher Krankheit in den ärztlichen Kompetenzbereich gehört. Dies galt auch für den Einsatz von Psychopharmaka, forensische Aspekte und den Konsiliardienst. Psychologen wurden jedoch favorisiert bei der Behandlung zum Beispiel von Ängsten und Krisen nach beruflicher Überlastung (6). Die Ergebnisse einer qualitativen Befragung von je 20 psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen gehen in dieselbe Richtung (7).

Die Mehrheit der Klinikärzte befürwortete zudem, dass alle Ärzte Kompetenzen im Konfliktmanagement, in Deeskalationsstrategien und in der Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Mitbehandlung haben sollten (6). Es fand

sich auch eine gewisse Zustimmung für eine begrenzte Selbsterfahrung für alle Ärzte.

Für die Grund- und Spezialversorgung der häufigen psychischen Krankheiten brauchen nicht nur die Hausärzte Kompetenz und Partner. Auf der Basis der vorliegenden Untersuchungen muss gefragt werden, ob die „Psychosomatische Grundversorgung“ reicht. Heuft et al. (6) schlagen vor, zusätzlich eine „Psychiatrische Grundversorgung“ vorzusehen. Wäre es nicht sinnvoller, eine gemeinsame Grundversorgung zu konzipieren, in die zusätzlich die schon angebotenen suchtmmedizinischen und alterspsychiatrischen Grundversorgungsmodule integriert werden könnten?

Es gibt eher informelle Netzwerke von Hausärzten und Psychotherapeuten, die in der gelebten Zusammenarbeit gefestigt werden. Wartezeiten, Probleme der Erreichbarkeit und zumindest schlecht kommunizierte Spezialprofile erschweren die Zusammenarbeit im Allgemeinen. Für die Versorgung ist ein Spezialist zu wünschen, der diagnostisch und therapeutisch die vielfältigen Diagnosegruppen kennt beziehungsweise zu erkennen gibt, wo seine Expertise liegt. Dies sollten und müssen Ärzte sein, die die Probleme der somatisch-psychischen Wechselwirkungen ebenso überblicken wie die sozialmedizinischen Folgen. Wichtiger als die weitere Präzisierung des Selbstverständnisses als ärztlicher Psychotherapeut (7) erscheint die Entwicklung besserer Kooperationsformen und -strukturen mit den anderen Disziplinen. Kompetenzen müssen klarwerden, nach innen und nach außen, wohl auch durch Schwerpunktbildungen analog zu anderen Fächern. Strukturierte Versorgungspfade werden nicht nur gewünscht, sondern sind auch wirksamer als sogenannte Routinebehandlungen (12, 25). Psychologische Psychotherapeuten – und eventuell andere Berufsgruppen – können und wollen dabei auch klare Aufgaben übernehmen, für die sie kompetent sind. Das Spezifische der ärztlichen Psychotherapie ist die Einbettung in einen mehr oder we-

niger komplexen und flexiblen Gesamtbehandlungsplan.

Die „Richtlinienpsychotherapie“ hat zu einer Gleichförmigkeit der abgerechneten Leistungen geführt. Zu der Vergütung der – allein von Fachärzten geleisteten – psychiatrischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen besteht eine dysfunktionale Diskrepanz, die dazu führt, dass schwerer kranke oder alte Patienten weniger „gern“ behandelt werden (26).

Selbst wenn die Ausgaben für psychische Krankheiten ansteigen, so ist der Anteil an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen immer noch vergleichsweise gering. Hauptkostentreiber bleibt der medizintechnologische Fortschritt, der das hier diskutierte Gebiet wenig betrifft. Es wird darum gehen, die Ausgaben in den verschiedenen Sektoren regelmäßig neu auszubalancieren.

Beziehungsmedizin sollten alle Ärzte verteidigen

Alle Ärzte müssen ihren Beitrag leisten. Die Tendenz zur Diskriminierung psychischer Störungen und ihrer Behandler besteht auch bei ihnen. Und dies obwohl – oder gerade weil? – sie selbst nicht seltener psychisch erkranken als ihre Patienten (27). Sollte die Zuständigkeit für die psychosoziale Kompetenzentwicklung von Medizinstudierenden ausschließlich Sache der Spezialdisziplinen sein (6, 28, 29)? Und ist denn nicht personalisierte Medizin keineswegs nur biologisch ausgerichtet, sondern zutiefst mit der Arzt-Patient-Beziehung und deren Gestaltung verbunden (6, 30)?

Es bleibt zu wünschen, dass die Ärzteschaft die Beziehungsmedizin im Dienste all ihrer Patienten gemeinsam verteidigt, die Integration vorantreibt und sich für eine angemessene Vergütung der entsprechenden ärztlichen Leistungen einsetzt.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A 543–6

Anschrift der Verfasserin
Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe, Arbeitskreis
Versorgungsforschung der Bundesärztekammer,
Gerbergasse 16, CH-4051 Basel, gabriela.
stoppe@unibas.ch, www.gabriela-stoppe.com

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1213

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 12/2013, ZU:

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit

Der Arbeitskreis Versorgungsforschung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer hat Expertisen zur ärztlichen Psychotherapie in Auftrag gegeben. Fazit: Ihre spezifische Rolle für die Versorgung muss deutlicher werden.

Gabriela Stoppe

LITERATUR

1. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF_ (Zugriff 3.1.2013).
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (Zugriff 3.1.2013).
3. Zylka-Menhorn V: Psychische Erkrankungen. Eine weltweite „Epidemie“. Dtsch Arztebl 2011; 108(42): 2214–5.
4. <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/sickonthejobmythsandrealitiesaboutmentalhealthandwork.htm> (Zugriff 3.1.2013).
5. Gaebel W: Disziplinen- und Sektorenübergreifende Versorgungs-Analyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, Berlin 2012. Endbericht beim Projektnehmer (Graue Literatur).
6. Heuft G, Freyberger H, Schepker R: Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Deutschland – Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht der Patienten, ihrer Behandler und der Kostenträger. Expertise im Rahmen der Initiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, Berlin 2012. Endbericht abrufbar unter www.baek.de/versorgungsforschung/expertisen (Zugriff 21.01.2013).
7. Joraschky P, Hospodar K: Die Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. Expertise im Rahmen der Initiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, Berlin 2012. Endbericht abrufbar unter www.baek.de/versorgungsforschung/expertisen (Zugriff 21.01.2013).
8. Herpertz S et al.: Die Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. Expertise im Rahmen der Initiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, Berlin 2011. Endbericht abrufbar unter www.baek.de/versorgungsforschung/expertisen (Zugriff 21.01.2013).
9. Melchinger H: Ambulante psychiatrische Versorgung. Umsteuerung dringend geboten. Dtsch Arztebl 2008; 105(46): 2457–60.
10. Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E: Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. Psychotherapeut 2010; 6: 503–14.
11. Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E: Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. Psychotherapeut 2011; 6: 1–9.
12. Kruse J, Herzog W: Zur ambulanten psychosomatischen-psychotherapeutischen Versorgung in der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung ihrer Effizienz. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Gießen 10.01.2012.
13. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R: Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Berlin 2011.
14. DAK Versorgungsmanagement (Hrsg.): DAK Gesundheitsreport 2005, Hamburg.
15. Grabe H, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger H: Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pomerania. Psychiatr Prax 2005; 32: 299–303.
16. Grobe T, Dörning H, Schwartz F: GEK–Report ambulante ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59; Schwäbisch Gmünd.
17. Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl Gesundh Forsch Gesundh Schutz 2004; 47: 736–44.
18. Rabovsky K, Trombini M, Allemann D, Stoppe G: Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders – results from a randomized controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2012; 262: 431–40.
19. Batra A, Bilke-Hentsch: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart, New York: Thieme 2012.
20. Stoppe G, Maeck L: Nichtpharmakologische Therapie bei Demenz. Die Psychiatrie 2007; 4: 33–6.
21. Horch K, Ryl L, Hintzpeter B, Dierks ML: Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2(2), 2011.
22. Angermeyer CM, Matschinger H: Have there been any changes in the attitudes towards psychiatric treatment? Acta Psychiatr Scand 2005; 111: 68–73.
23. Holzinger A, Matschinger H, Drexler V, Angermeyer CM: „Was denken Sie was ein Psychiater macht? ... Und was denken Sie macht ein Psychotherapeut?“ Psychiatr Prax 2010; 37: 329–34.
24. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC: Mental Disorders – who and what might help? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 167–74.3, 24.
25. Bower P, Gilbody S: Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. Brit J Psychiatry 2005; 186: 11–7.
26. Melchinger H: Psychotherapie: Unter- oder Fehlversorgung? Psychosoziale Umschau 2012; 3: 4–6.
27. Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Report Versorgungsforschung Band 2 (Reihen-Hrsg. Fuchs C, Kurth BM, Scriba P). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2010.
28. Jurkat HB, Richter L, Cramer M et al.: Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. Nervenarzt 2011; 82: 646–52.
29. Koch M: In falsches Fahrwasser geraten „Keine Zeit“ ist das Schlimmste, was der Beziehung zwischen Arzt und Patient passieren kann. Dtsch Arztebl 2012; 109(1–2): 20–2.
30. Richter-Kuhlmann E: Personalisierte Medizin: Erst am Anfang des Weges. Dtsch Arztebl 2012; 109(25): 1305–6.