

M. Berger

J. Fritze

C. Roth-Sackenheim

U. Voderholzer

Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland

Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003–2004

M. Berger
J. Fritze
C. Roth-Sackenheim
U. Voderholzer

Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland

Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003–2004

Mit 170 Abbildungen und 31 Tabellen

 Springer

Berger, Mathias, Prof. Dr. med.

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Fritze, Jürgen, Prof. Dr. med.

Universität Frankfurt am Main
Asterweg 65
50259 Pulheim

Roth-Sackenheim, Christa, Dr. med.

Breite Straße 63
56626 Andernach

Voderholzer, Ulrich, Priv.-Doz. Dr. med.

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

ISBN 3-540-23944-8

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.

Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2005

Printed in Germany

Warenchutzvermerk: Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Hanna Hensler-Fritton

Projektbetreuung: Yvonne Bell

Design: deblik, Berlin

Titelbild: deblik, Berlin

SPIN 11361565

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

Druck: Strauss, Mörlenbach

Vorwort

Bereits im Jahr 2001 stellte der Sachverständigenrat in seinem Gutachten zur »Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen« im Auftrage der Bundesregierung bezüglich psychischer Erkrankungen fest: »Die adäquate Behandlung psychisch kranker Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Trotz der seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 erzielten vielfachen Fortschritte erhalten Patienten mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen. Immer noch werden psychisch Kranke stigmatisiert und diskriminiert.« »So erhält offensichtlich nur ein relativ kleiner Teil von Menschen mit psychischen Störungen eine nach modernen Behandlungsleitlinien als adäquat zu bezeichnende Behandlung.«

Wegen der immer deutlicher werdenden enormen gesundheitspolitischen Bedeutung psychischer Erkrankungen und der sich daraus ergebenden Herausforderungen für das Gesundheitssystem hat die DGPPN diese Versorgungsproblematik zu einem zentralen Thema ihrer Arbeit gemacht.

Ausgehend von der umfassenden Stellungnahme der DGPPN (2001) für den Sachverständigenrat hat der Vorstand in den letzten 2 Jahren eine Reihe von Stellungnahmen zu unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -problemfeldern publiziert. In diesem Sammelband werden die wichtigsten Arbeiten als Basis für weitere Diskussionen, Planungen und Initiativen zusammengefasst.

Wir hoffen, dass die vorliegende Dokumentation einerseits für die Mitglieder der DGPPN eine Orientierung in der berufs- und gesundheitspolitischen Positionierung und Argumentation darstellt und zum anderen allen im Gesundheitswesen an der Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter Beteiligten relevante Informationen vermittelt.

Mathias Berger
Jürgen Fritze
Christa Roth-Sackenheim
Ulrich Voderholzer

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versorgungssituation

- 1 Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches »Psychiatrie und Psychotherapie« 3
M. Berger

Das Stigmatisierungsproblem

- 2 Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland 21
W. Gaebel, H. Zäske, A. Baumann

Ambulante Versorgung

- 3 Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie – Die negativen Folgen der Gesundheitspolitik, des Psychotherapeutengesetzes, des »90%-Urteils« und der Hausarzt-Facharzettrennung für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 29
C. Roth-Sackenheim
- 4 Wer behandelt in Zukunft schwer psychisch Erkrankte?
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum gegenwärtigen Diskussionsstand der EBM-Reform 39
M. Berger, F. Bergmann, C. Roth-Sackenheim

Stationäre Versorgung

- 5 Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 45
M. Berger
- 6 Hinweise zur neu erschienenen Psychiatrie-Personalverordnung 57
J. Fritze

Rehabilitation

- 7 Rolle der Rehabilitation im Versorgungsspektrum psychischer Erkrankungen 61
M. Berger, W. Weig, T. Becker

Integrierte Versorgung

- 8 Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? 73
J. Fritze
- 9 Engagement der DGPPN zur Etablierung von Integrierten Versorgungsnetzen für psychische Erkrankungen 77
M. Berger

Anhang

- 10 Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) aus dem Jahr 2001 83
J. Fritze, H. Saß, M. Schmauß

Autorenverzeichnis

Baumann, Anja

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rheinisch Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf

Becker, Thomas

Prof. Dr. med.
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

Berger, Mathias

Prof. Dr. med.
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Bergmann, Frank

Dr. med.
Theaterplatz 17
52062 Aachen

Fritze, Jürgen

Prof. Dr. med.
Universität Frankfurt am Main
Asterweg 65
50259 Pulheim

Gaebel, Wolfgang

Prof. Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rheinisch Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf

Roth-Sackenheim, Christa

Dr. med.
Breite Straße 63
56626 Andernach

Saß, H.

Prof. Dr. med.
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Schmauß, M.

Prof. Dr. med.
Bezirkskrankenhaus Augsburg
Dr.-Mack-Straße 1
56156 Augsburg

Voderholzer, Ulrich

Priv.-Doz. Dr. med.
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Weig, Wolfgang

Prof. Dr. med.
Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Knollstraße 31
49088 Osnabrück

Zäske, Harald

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rheinisch Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf

Allgemeine Versorgungssituation

| | | |
|------------------|--|------------|
| Kapitel 1 | Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches »Psychiatrie und Psychotherapie«* | – 3 |
| | M. Berger | |

* aus »Der Nervenarzt 2, 2004. Seite 195–204. Springer Berlin Heidelberg New York«

Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches »Psychiatrie und Psychotherapie«

M. Berger

Die Bundesregierung hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz einen Impuls gesetzt, das bisherige Gesundheitssystem grundlegend zu reformieren und insbesondere die fragmentierten Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu überwinden. Die Trennung von Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen für die stationäre Versorgung einerseits und die ambulante Versorgung andererseits sowie die davon getrennte Finanzierung von Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger hat insbesondere in der Versorgung psychischer Erkrankungen zu einer sehr unübersichtlichen und nur begrenzt effektiven Versorgungssituation geführt. Die DGPPN hat gemeinsam mit den Berufsverbänden der Nervenärzte und Psychiater (BVDN, BVDP) deswegen den Versuch unternommen, unter Zuhilfenahme vorliegender aktueller Datenquellen zu ermitteln, welche Relevanz psychische Erkrankungen zurzeit und in der Zukunft im Gesundheitssystem besitzen, welche quantitative und qualitative Rolle das eigene Fach, aber auch Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Psychologische Psychotherapeuten im ambulanten und stationären Bereich spielen und wo dringender Verbesserungsbedarf besteht. Dies wird im Folgenden anhand einiger Thesen und mit entsprechenden Abbildungen dargestellt.

➤ These 1:

Das Gesundheitssystem kann bereits jetzt die Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen nicht adäquat leisten. Das Problem wird sich in den kommenden Jahren intensivieren.

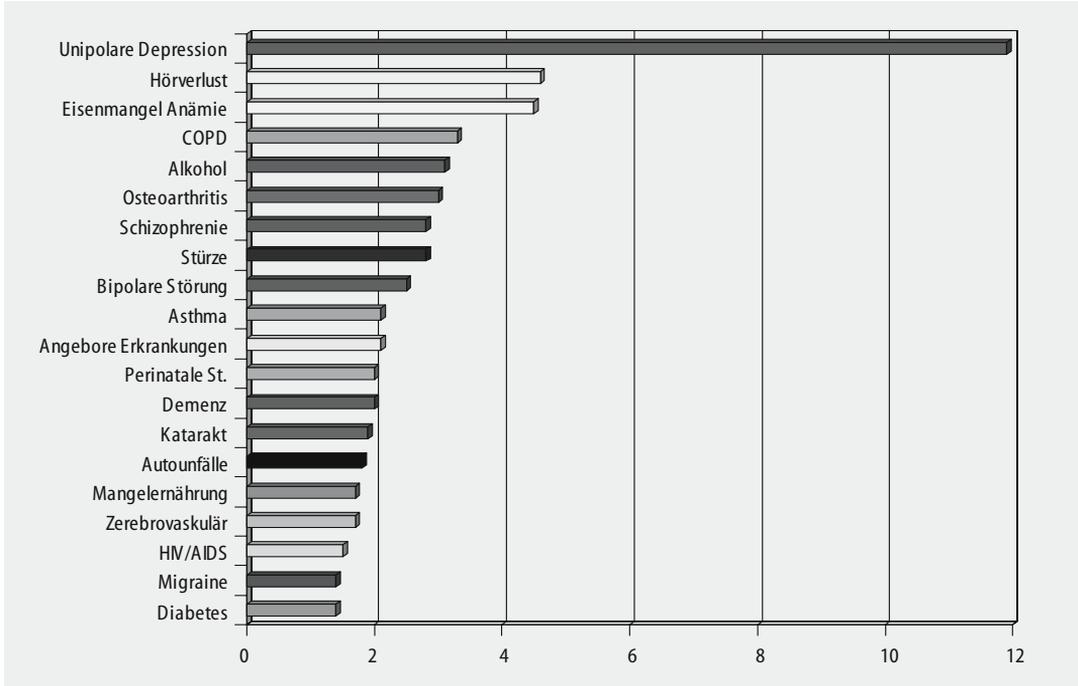
Die WHO stellt in ihrem World-Health-Report 2001 fest, dass Depressionen mit annähernd 12 Prozent die weltweit führende Ursache für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (YLLs = years of life lived with disability) darstellen (■ Abb. 1.1 [1]). Unter den 10 wichtigsten Erkrankungen befinden sich außerdem Alkoholerkrankungen, Schizophrenien und bipolare Erkrankungen. Engt man die Altersspanne auf 15–44 Jahre ein, wird der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen noch deutlicher.

Dann rangieren Depressionen, Alkoholerkrankungen und Schizophrenien auf den ersten drei Positionen und machen etwa ein viertel aller durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre in dieser Altersgruppe aus. Entsprechend ergaben Berechnungen der Weltbank und der Harvard University zum »Global burden of disease« (■ Abb. 1.2 [2, 3]), dass im Jahre 2020 fünf psychische Störungsbilder unter den 10 wichtigsten Erkrankungen rangieren. Diese für die Weltbevölkerung erhobenen Daten

spiegeln sich auch in den epidemiologischen Daten der Bundesrepublik Deutschland wider.

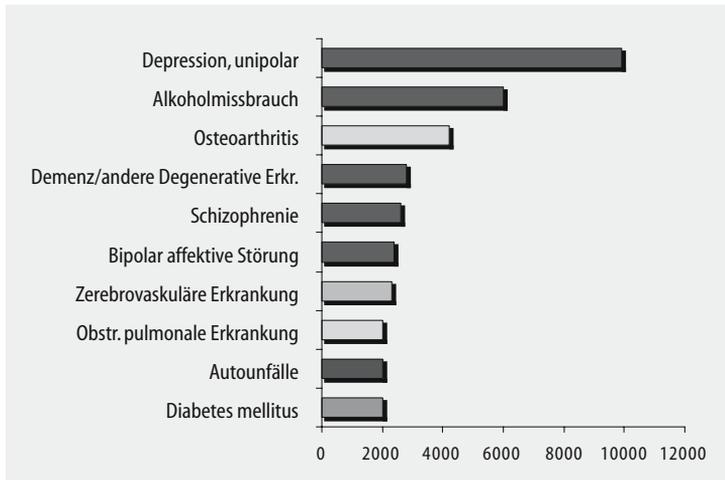
Insbesondere der im Auftrag des BMGS erhobene Bundes-Gesundheitssurvey erbrachte, dass die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen,

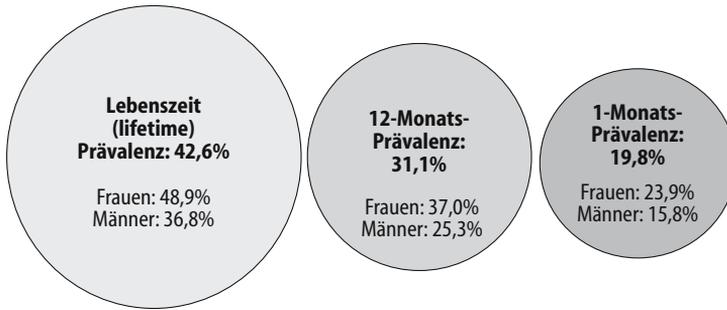
d.h. Personen, die eine ICD-10-Diagnose im Laufe von 12 Monaten aufweisen, 31 Prozent beträgt (■ Abb. 1.3, [4, 5]). Dabei stehen Angsterkrankungen, Depressionen und somatoforme Störungen im Vordergrund (■ Abb. 1.4).



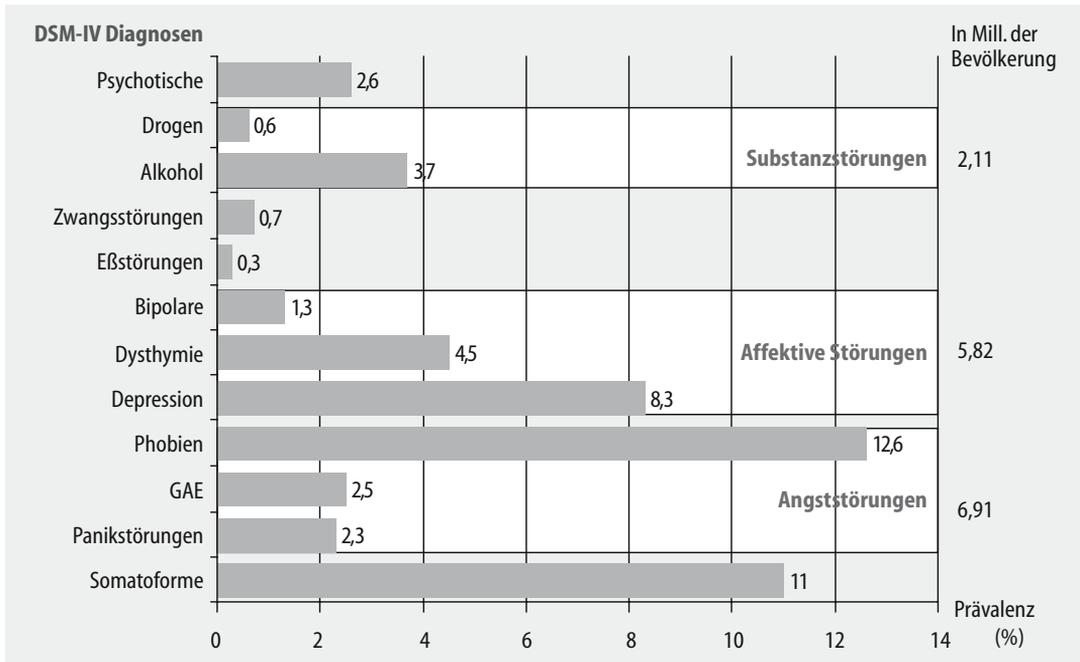
■ Abb. 1.1 Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (years of live lived with disability; World Health Report 2001)

■ Abb. 1.2 »Global Burden of Disease« im Jahr 2020. Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung (DALY) (in Anlehnung an [2])





■ **Abb. 1.3** Prävalenzraten psychischer Störungen in Deutschland [4]



■ **Abb. 1.4** 12-Monatsprävalenz nach Diagnose [5]

Dass das Gesundheitssystem diese zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen nicht adäquat auffangen kann, zeigt sich an der starken Zunahme von Krankschreibungen, aber auch Berentungen wegen psychischer Störungen. Erhebungen der Deutschen Angestellten-Krankenversicherung (DAK) für die Spanne zwischen 1997 und 2001 zeigen, dass die so bedingten Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen mit 51 Prozent den deutlichsten Zuwachs über diesen Zeitraum erbrachten (■ **Abb. 1.5** [6]). Der Bundesgesundheitsurvey wies entsprechend nach, dass

inzwischen über 40 Prozent der Krankschreibungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen steht.

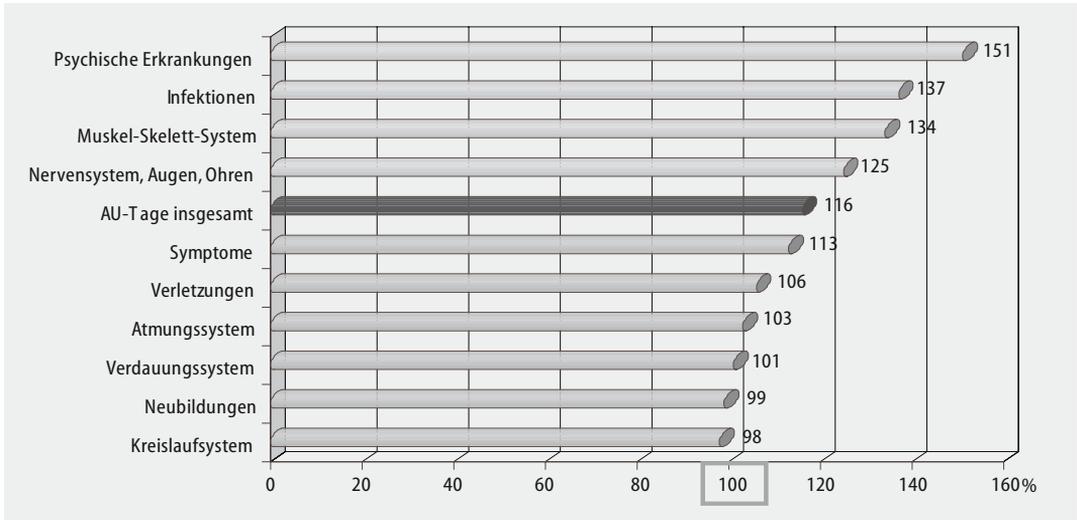
Da nach onkologischen Erkrankungen psychische Störungen die längsten Krankschreibungen verursachen, entstehen durch die Krankengeldfortzahlungen nach 6 Wochen für die gesetzlichen Krankenversicherungen hohe Zusatzkosten.

Auch bei den Frühberentungen stellen inzwischen – nach Daten der Rentenversicherungen – psychische Erkrankungen die häufigste Ursache dar. Während insgesamt die Zahl der Früh-

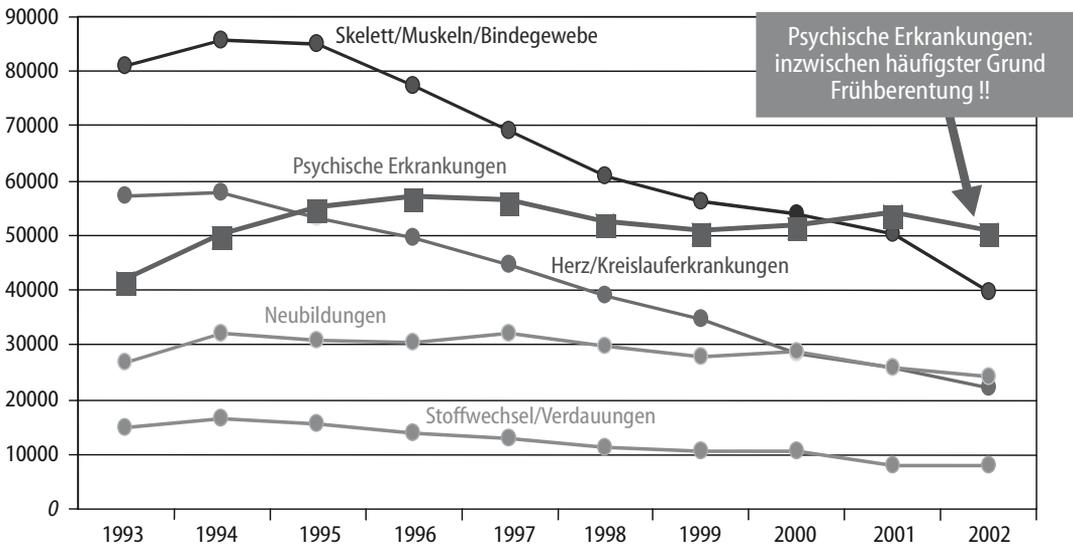
1

berentungen in den letzten Jahren deutlich gesunken ist, ist nur bei seelischen Erkrankungen ein weiterer Anstieg, und zwar insbesondere bei Frauen, eingetreten. Insgesamt erfolgen etwa 28 Prozent der Frühberentungen aus diesem Grunde (■ Abb. 1.6, [7]).

Nachdem die Analyse der vorliegenden Daten einen erheblichen Bedeutungszuwachs psychischer Erkrankungen auch in Deutschland aufzeigt und eine weitere Behandlungszunahme zu erwarten ist, stellt sich die Frage der Versorgungssituation und -qualität durch die zuständigen Berufsgruppen:



■ Abb. 1.5 Veränderung des AU-Volumens von 1997 nach 2001 (Indexdarstellung, 1997 = 100%) [6]



■ Abb. 1.6 Frühberentungen bei Männern und Frauen nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (www.vdr.de))

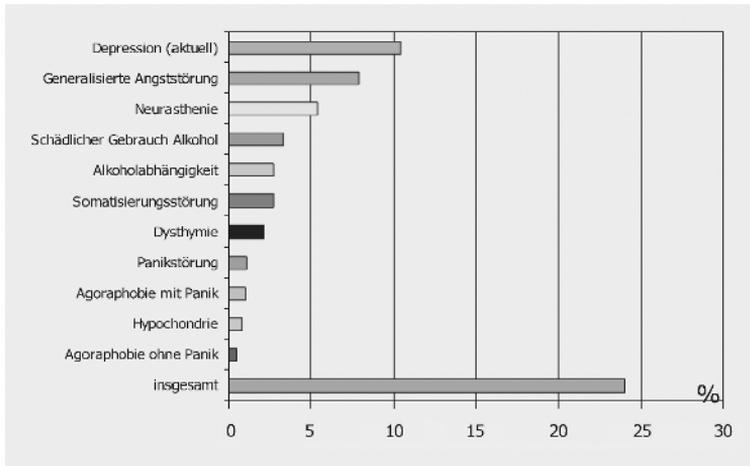
➤ **These 2:**
In der ambulanten Versorgung besteht eine deutliche psychiatrisch-psychotherapeutische Unterversorgung. Diese beruht erstens auf einer zu geringen Zahl niedergelassener Fachärzte als auch auf einer massiven Unterfinanzierung ihrer Leistungen.

In der ambulanten Versorgung auch psychisch Erkrankter kommt den Hausärzten eine dominante Position zu. 55.000 Hausärzte versorgen insgesamt ca. 42 Mio. Patienten pro Jahr. Dabei wird der Anteil von Patienten mit psychischen Störungen auf etwa 24 Prozent geschätzt (■ Abb. 1.7 [8]).

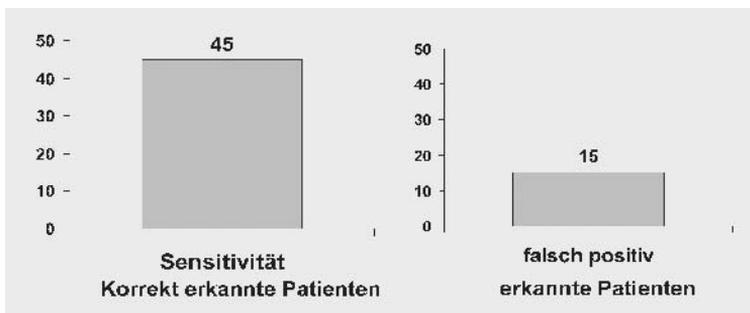
Dies konnte von der WHO auch für die Bundesrepublik Deutschland gezeigt werden. Führend dabei sind mit über 10 Prozent depressive Erkrankungen neben Angststörungen, Somatisierungsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Studien belegen jedoch auch, dass in der Allgemein-

medizin ein ausgeprägtes Problem der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen besteht. Dies wurde insbesondere für die häufigste Diagnose, d.h. für depressive Störungen ermittelt. Mehrere internationale Studien erbrachten eine Erkennensrate von etwa 50 Prozent, nur ein geringer Teil der Patienten erhielt eine adäquate leitlinienorientierte Behandlung. Eigene, in Deutschland durchgeführte Untersuchungen im Rahmen des Kompetenznetzes Depression ergaben entsprechend eine Erkennensrate von ca. 45 Prozent der mit dem »Patient Health Questionnaire« identifizierten depressiven Patienten und eine Rate falsch positiver als depressiv diagnostizierter Patienten von ca. 15 Prozent (■ Abb. 1.8, [9]).

Den Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie kommt in der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen die zweitgrößte Bedeutung zu. Ca. 4.500 Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie versorgen



■ **Abb. 1.7** Psychische Erkrankungen in hausärztlichen Praxen nach ICD-10 [8]



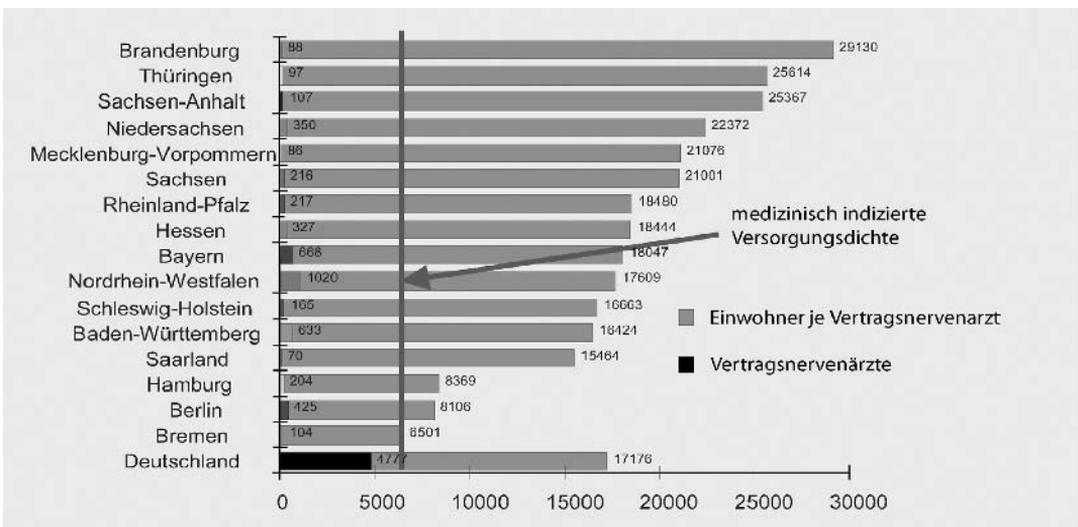
■ **Abb. 1.8** Erkennensrate in der Hausarztpraxis [9]

1

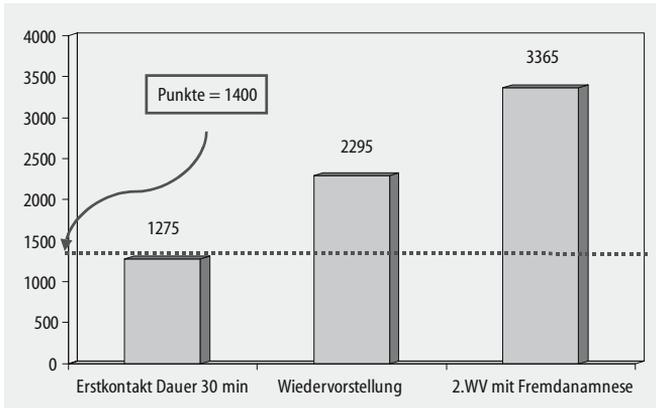
ca. 2,5 Mio. Patienten pro Jahr. Das Verhältnis von Fachärzten zu Einwohnern beträgt 1:-17.000. Da bisher aus unserer Sicht keine medizinisch fundierten Bedarfszahlberechnungen für ambulant tätige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenärzte vorliegen, wird im Folgenden eine Modellrechnung angestellt, wie viele Fachärzte medizinisch notwendig wären. Dabei kann man entsprechend dem Bundesgesundheitsurvey [5] von einer Zwölfmonatsprävalenz psychischer Erkrankungen von ca. 30 Prozent und einer vorsichtig geschätzten Behandlungsindikation und Bereitschaft von 25 Prozent dieses Personenkreises ausgehen. Käme ein Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf 6.000 Einwohner würde er auf Grundlage dieser Zahlen ca. 500 Patienten mit einer Behandlungsindikation und -bereitschaft pro Jahr diagnostizieren und therapieren. Diese Zahl von Patienten scheint auf einem adäquaten Qualitätsniveau betreubar. Die psychiatrisch-nervenärztliche Versorgungsdichte sieht jedoch wesentlich schlechter aus. In keinem Bundesland wird die notwendige Dichte erreicht. Vielmehr beträgt sie bundesweit ca. 17.000 Einwohner pro 1 Psychiater/Nervenarzt (■ Abb. 1.9 [10]). In den neuen Bundesländern ist die Versorgung so schlecht, dass ein Nervenarzt auf über 20.000 Patienten kommt. Geht man von den o. g. Zahlen, d.h. von einer 30-prozentigen Zwölfmonatsprävalenz und

einer 25-prozentigen Behandlungsindikation und -bereitschaft aus, dann wäre jeder einzelne Arzt im Osten für etwa 2.000 Patienten zuständig. Dies ist jedoch mit einer differenzierten leitlinienorientierten Versorgung nicht mehr vereinbar (s.u.).

Zur Qualität ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung erbrachte eine erste Qualitätssicherungsstudie im Rahmen des Kompetenznetzes Depression bei etwa 100 depressiv erkrankten Patienten, dass eine achtwöchige Therapie nur zu begrenzten Erfolgen führt. Das Qualitätsmonitoring zeigte, dass zwar leitlinienentsprechend diagnostiziert und medikamentös behandelt wird, die Frequenz der Konsultationen jedoch sehr niedrig ist und weit unter den internationalen Therapieempfehlungen liegt. Diese Unterversorgung resultiert aus der momentanen Budgetproblematik, d.h. dass der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie pro Quartal nur etwa 40,- € für die Versorgung eines Patienten erhält (■ Abb. 1.10, [11]). Damit ist pro Quartal nur eine etwa halbstündige Konsultation finanziell gedeckt. Alles andere muss durch sog. Querfinanzierung oder unbezahlt von dem Praxisinhaber geleistet werden. Wie grob diese Finanzierung von der einer qualitätsorientierten Medizin abweicht, zeigt der World-Health-Report 2001 [1], der weltweit für die Behandlung Depressiver empfiehlt, dass die Patienten alle ein bis zwei Wochen, in der akuten



■ Abb. 1.9 Vertrags-nervenärztliche Versorgungsdichte [10]



■ **Abb. 1.10** Budgetproblematik bei 3 Halbstundenkontakten im Quartal [11]

Phase noch häufiger von ihrem behandelnden Arzt gesehen werden müssen. Eine in Deutschland zurzeit nicht realisierbare Forderung!

Richtlinien-Psychotherapie findet in den ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen kaum mehr statt. Ursache ist das sog. 90-Prozent-Urteil, d.h., dass ein gestützter Punktwert nur noch den Ärzten und Psychologen bezahlt wird, die über 90 Prozent Richtlinienpsychotherapie durchführen. Da dies mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis nicht vereinbar ist, wird die von Psychiatern durchgeführte Psychotherapie so minimal bezahlt – z. B. in Nordrhein-Westfalen zurzeit 8,- € pro Stunde – dass sie nicht mehr leistbar ist.

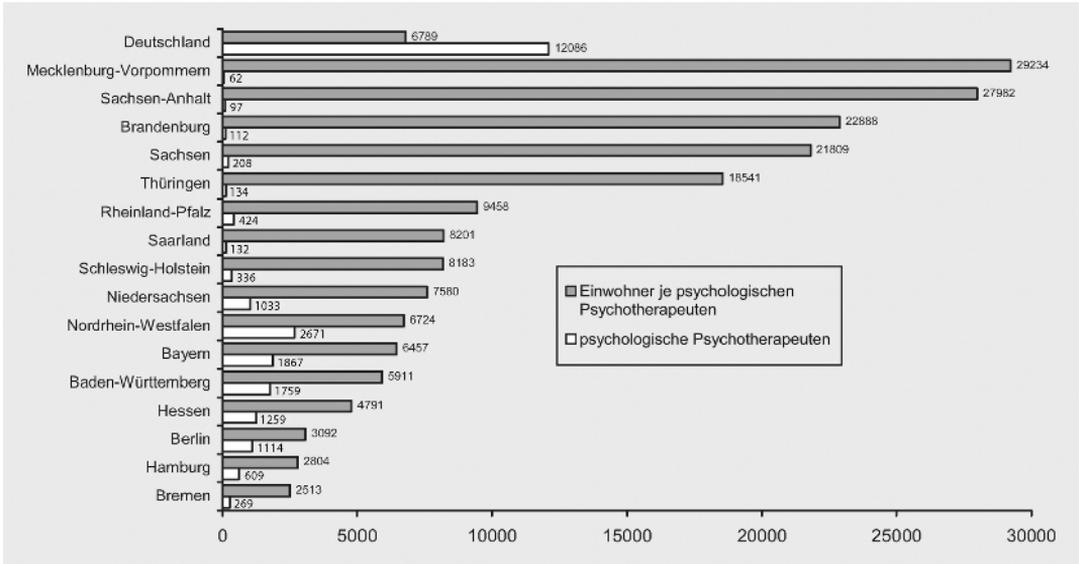
Somit muss für den ambulanten Bereich zusammenfassend festgestellt werden, dass flächendeckend die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet ist. Die niedergelassenen Fachärzte versorgen zwar etwa 2,5 Mio. Patienten pro Jahr, jedoch ermöglicht die zu niedrige Facharztzahl und das extrem niedrige Budget nur noch Medizin im 5-Minuten-Takt oder wochen- bis monatelange Intervalle zwischen den einzelnen Konsultationen.

Wesentlich günstiger ist die Situation für die Psychotherapeutische Medizin und insbesondere die Psychologische Psychotherapie. Es gibt mit etwa 2.900 niedergelassenen ärztlichen psychotherapeutischen Medizinerinnen eine deutlich geringere Zahl als niedergelassene Psychiater/Nervenärzte, doch ist die Dichte der psychologischen Psychotherapeuten sehr hoch. ■ Abbildung 1.11 zeigt

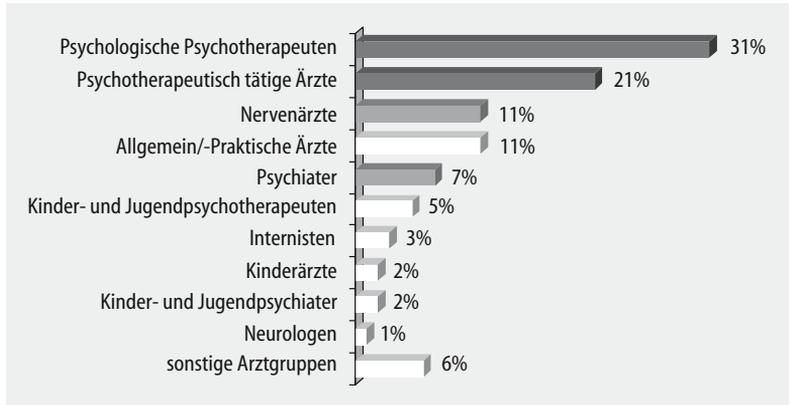
zwar deutliche regionale Unterschiede, doch gibt es insgesamt etwa 12.000 psychologische Psychotherapeuten, d.h. einen Therapeuten pro 6.500 Einwohner. Ein Defizit besteht in den neuen Bundesländern, doch ist für ganz Deutschland die Therapeut-Patientendichte etwa dreimal höher als für Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

■ Tabelle 1.1 verdeutlicht das gegenwärtige Ungleichgewicht der Fachärzte und Psychologen im Hinblick auf die von ihnen versorgten Patienten und das pro Patient zur Verfügung stehende Budget am Beispiel der KV Bayern. Eine wesentlich höhere Zahl von Patienten wird von Psychiatern und Nervenärzten versorgt, und zwar bei wesentlich niedrigerer Punktzahl pro Quartal im Vergleich zu ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.

Diese Disproportion zwischen der Gesamtzahl von Ärzten und Therapeuten und dem Kostenaufwand für psychiatrisch psychotherapeutische Regelversorgung und Richtlinienpsychotherapie verdeutlicht sich drastisch in ■ Abb. 1.12. Sie zeigt, dass 52 Prozent aller Kosten für Leistungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen für Richtlinienpsychotherapie und nur 18 Prozent für die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung ausgegeben werden [12]. Dies gilt, obwohl die Zahl von Patienten, die eine psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung erhalten, etwa dreimal so hoch ist wie die der Patienten, die von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten eine Richtlinien-Psychotherapie erhalten. Überraschend ist weiterhin die Tatsache



■ Abb. 1.11 Versorgungsdichte mit Psychologischen Vertrags-Psychotherapeuten (2001)



■ Abb. 1.12 Ausgabenanteile für EBM-G II bis V-Leistungen nach Leistungserbringern [12]

■ **Tabelle 1.1** Nervenärzte, Psychiater & Psychotherapeuten und Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten in Bayern (Daten der KV, 4. Quartal 2002)

| | Ärzte/ Psychologen | Fallzahl/ Quartal | Fallzahl/ Quartal/je Arzt | Punkte/Fall/ Quartal |
|--|-----------------------|----------------------|------------------------------|-------------------------|
| Nervenärzte (nur psych. Leistungen), Ärzte für Psychiatrie & Psychiatrie | 700 | 276.000 | 395 | 1.855 |
| Ärzte für Psychotherapeutische Med., Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie | 865 | 35.000 | 40 | 7.543 |
| Psychologische Psychotherapeuten | 2.101 | 72.000 | 34 | 8.694 |

che, dass 43 Prozent der Gesamtkosten für Richtlinien-Psychotherapie für Psychoanalyse ausgegeben werden. D.h. zur Zeit wird in der ambulanten Versorgung mehr Geld für die psychoanalytische Behandlung einer umschriebenen Patientengruppe als für die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung von etwa 2,5 Mio. Patienten verwandt. Insbesondere aufgrund des engen Indikationsbereiches dieses Verfahrens nach evidenzbasierter Medizin muss hier von einer deutlichen Fehlallokation von Mitteln ausgegangen werden.

Ein Qualitätsmonitoring wird trotz des hohen Kostenaufwandes für Richtlinien-Psychotherapie bisher nicht durchgeführt, d.h. es gibt keine systematischen Qualitäts- und Outcome-Daten in der ambulanten Psychotherapie.

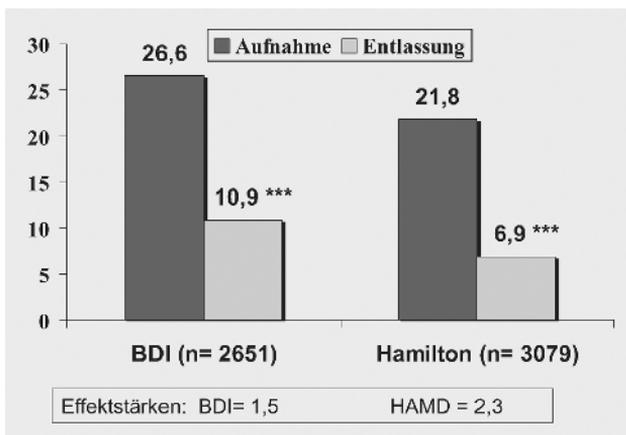
► **These 3:**
Die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weist – soweit systematisch untersucht – eine hohe Qualität auf, benötigt jedoch dringend eine engere Verzahnung mit dem ambulanten Sektor. Sie ist durch den zunehmenden Druck zur verkürzten Aufenthaltsdauer sowie durch den Verlust von Fachärzten an das Gebiet Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik in ihrer Qualität ernsthaft bedroht.

Im stationären Bereich hat sich in den letzten 10 Jahren eine weitere massive Reduktion von Psychiatrie-Betten und zwar um 35 Prozent auf etwa

56.000 vollzogen [13]. Es überwiegen die Betten in Fachkrankenhäusern, durch die kürzere Aufenthaltsdauer ist jedoch die Zahl der Patienten in den Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern und den Fachkrankenhäusern etwa gleich groß. Daneben existieren 8.400 Tagesklinikplätze.

Bezüglich der Versorgungsqualität wurde in den Jahren 1998 bis 2000 in Baden-Württemberg ein umfangreiches externes Qualitätssicherungsprojekt mit der Landesärztekammer durchgeführt. Nahezu alle psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken des Landes nahmen an dem Qualitätssicherungsprojekt zur Depressionsbehandlung teil. Bei den dabei erfassten etwa 3.000 Patienten wurde eine sehr gute Qualität der Versorgung ermittelt. Sowohl die Selbst- und Fremdbeurteilung der Depressivität am Ende der stationären Behandlung, als auch die Patientenzufriedenheit erbrachten sehr gute Ergebnisse. Nur fünf Prozent der meist chronisch und schwer depressiven Patienten profitierten nicht von der Behandlung [14, 15].

Das vom Bundesforschungsministerium geförderte Kompetenznetz Depression ermöglichte eine Replikation dieser Qualitätssicherungsstudie an 10 Kliniken in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Auch hier ergaben sich sehr gute Ergebnisse mit Effektstärken von über 2 in der Fremdbeurteilung mittels Hamilton-Depressions-Skala und um 1,5 in der Selbstbeurteilung mittels Bech-Depressions-Inventar in nahezu allen beteiligten Kliniken (■ Abb. 1.13). Bei dem inzwischen weit verbreiteten Maß der Effektstär-



■ **Abb. 1.13** Veränderung der Psychopathologie bei stationärer Depressionsbehandlung (Einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung; p=,000, [14])

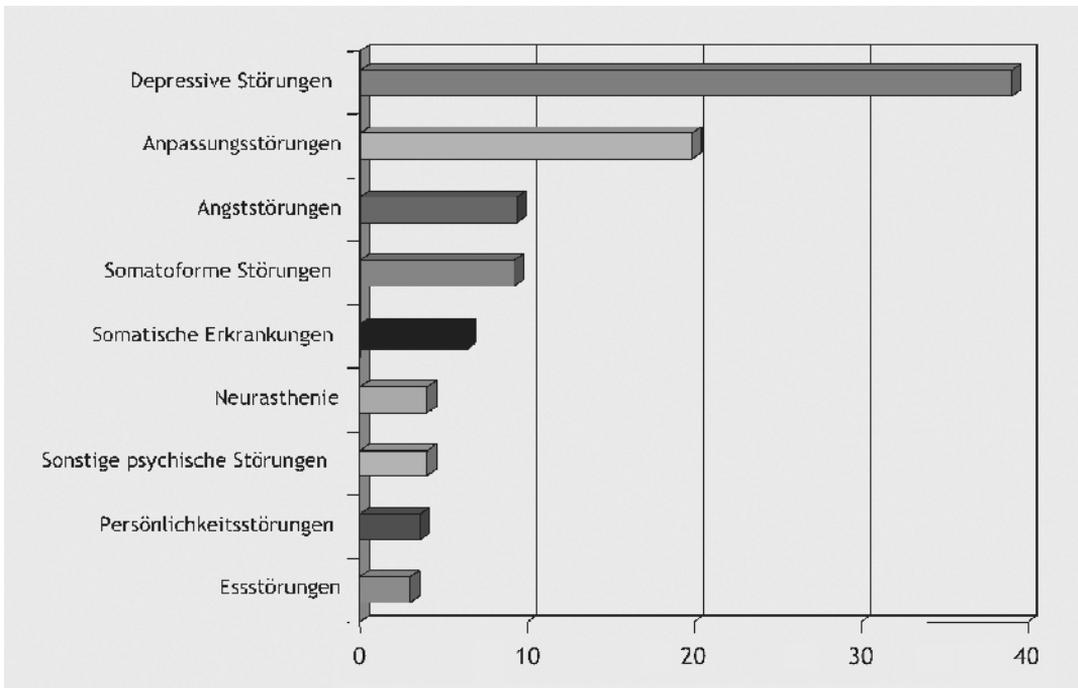
ke einer Behandlungsmethode (Differenz der Prä- und Post-Mittelwerte dividiert durch die Standardabweichung) geht man davon aus, dass bereits eine Effektstärke von 0,8 eine sehr gute Wirksamkeit belegt [19].

Parallel zu dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem hat sich in der Bundesrepublik ein zweites stationäres psychosomatisches Versorgungsgebiet mit z. Z. insgesamt ca. 19.000 Betten entwickelt. Davon sind 15.000 Betten in Rehakliniken und 4.000 in Akutkliniken aufgestellt. Entgegen der initialen Zielsetzung entwickelte sich kein spezielles von psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken differenzierbares psychosomatisches Diagnosespektrum in diesen Kliniken. Etwa 90 Prozent der Patienten leiden an primär psychischen Erkrankungen, insbesondere an Depressionen und Anpassungsstörungen (■ Abb. 1.14). Das heißt, es handelt sich um ein zweites stationäres Versorgungssystem für primär psychisch Erkrankte, jedoch mit leichteren Ausprägungsgraden. Dies scheint das einzige Kriterium für die Entscheidung, ob ein Patient

in eine Akut- oder Reha-Klinik eingewiesen wird. Psychosomatische Erkrankungen im eigentlichen Sinne, also somatische Erkrankungen, bei denen psychischen Faktoren eine entscheidende bedingende oder aufrechterhaltende Bedeutung zukommen, stellen die Minorität dar [16].

Externe Qualitätssicherungsstudien in Rehakliniken zeigen Effektstärken zwischen 0.4 bis 0.6, wobei jedoch die geringere Erkrankungsschwere zu berücksichtigen ist [17]. Die Qualität der Versorgung in psychosomatischen Akutkliniken wurde bisher nicht untersucht, zumindest liegen unseres Wissens nach keine publizierten Daten vor. Entgegen der allgemeinen Forderung nach Priorisierung der ambulanten vor der stationären Behandlung werden in Deutschland z.Z. mehr Patienten pro Jahr stationär als ambulant psychotherapeutisch behandelt (354.000 zu 276.000) [21].

Ein gravierendes Problem dieses gesamten Versorgungsbereiches stellt der Mangel an Fachärzten und Weiterbildungsassistenten dar. Während sich bereits jetzt aus den bestehenden 19000 Betten ein Ärztebedarf von 1.800 Stellen errechnet, gibt

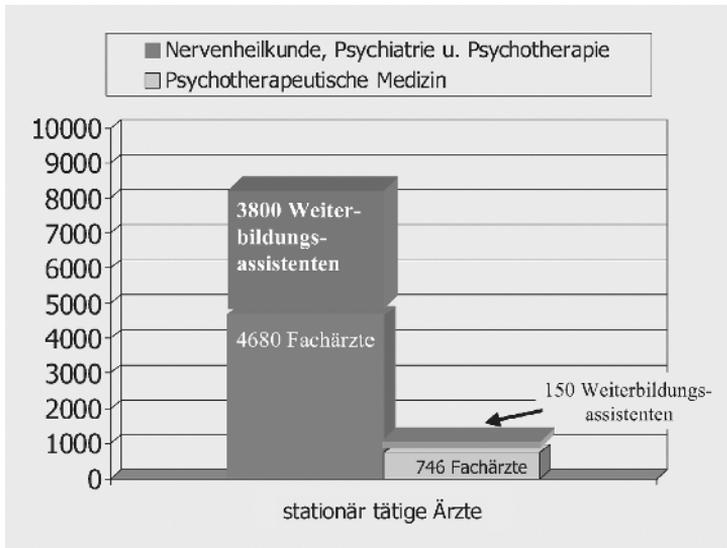


■ Abb. 1.14 Psychosomatische Rehakliniken. Diagnoseverteilung in Bezug auf die Hauptdiagnose nach ICD-10 [16]

es in ganz Deutschland in Kliniken nur ca. 750 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und 150 Weiterbildungsassistenten. D.h. bereits jetzt besteht ein Defizit von 900 Stellen (■ Abb. 1.15 u. ■ Tabelle 1.1). Dieser Facharztmangel muss somit aus anderen Gebieten gedeckt werden. Da das Klientel fast ausschließlich aus Patienten mit primär psychischen Erkrankungen besteht (s.o.), kommen vornehmlich Ärzte für Psychiatrie und

Psychotherapie in Frage. Rentenversicherungsträger stellen an die von ihnen belegten Kliniken sogar die Forderung nach Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie in der Leitung.

Besonders bedenklich ist das Bemühen der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, aber auch von privaten Krankenhaus-trägern, die Zahl der Betten noch weiter anzuheben. So wurde in Baden-Württemberg bereits



■ **Abb. 1.15** Fachärzte und Weiterbildungsassistenten in Psychiatrie und Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin (Bundesärztekammer 31.12.2002)

■ **Tabelle 1.2** Ist- und Bedarfszahlen von Ärzten für Psychotherapeutische Medizin in Psychosomatischen Kliniken

| Istzahlen | Klinikärzte | |
|---|--------------|---|
| Fachärzte | 750 | } Bereits jetzt Defizit von 900 Ärzten |
| Weiterbildungsassistenten | 150 | |
| Gesamt | 900 | |
| Aktuelle Bedarfszahlen | | } Weiteres Defizit von 1.300 Ärzten |
| Arztstellen (in Reha-Kliniken) (15.000 Betten, Arzt-Pat.: 1:13)*: | 1.150 | |
| Arztstellen (in Akut-Kliniken) (4.000 Betten, Arzt-Pat.: 1:6)**: | 650 | |
| Gesamt | 1.800 | |
| Zusätzlicher Bedarf an Arztstellen für intendierte Bettenzahlen: (0,15 pro 1000 Einwohner) Weitere 8.000 Akutbetten (Arzt-Pat.: 1:6) | ca. 1.300 | |

* nach U. Koch

** nach Psychiatrie-Personalverordnung