

2. Landespsychotherapeutentag 2004 Workshop 10.07.2004

Die Wirklichkeit der psychotherapeutischen
Versorgung depressiver Patienten.

Erfahrungen eines niedergelassenen
Psychotherapeuten und die Entwicklung
sektorenübergreifender Kooperationen.

**Hans-Ulrich Dombrowski
Manfred Singmann**

Aktueller Stand

- **Depressionen**

- Die Anzahl depressiver Erkrankungen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen (mit weiterhin steigender Tendenz).
- Die Anzahl der Krankschreibungen und Berentungen aufgrund von Depressionen ist in den letzten Jahren ebenfalls deutlich gestiegen (mit ebenfalls weiterhin steigender Tendenz).

- **Behandler**

- Es besteht im ambulanten Bereich eine Unterversorgung, teilweise eine Fehlversorgung depressiv Erkrankter.
- Die Anzahl der ambulant und stationär tätigen Psychotherapeuten wird in den nächsten Jahren sinken.
- Die Anzahl der Ausbildungskandidaten nimmt bereits jetzt schon ab.

- **Fazit**

- Das Gesundheitswesen kann heute bereits eine angemessene Behandlung depressiv erkrankter Menschen nicht leisten. Diese Problematik wird sich in den nächsten Jahren noch verschärfen.

Wer behandelt Depressionen?

69 % Hausarzt

33 % Nervenarzt

30 % Psychotherapeut

27 % Klinik

30 % Medikamente sind hilfreich

(GAD-P Studie, Wittchen 2001)

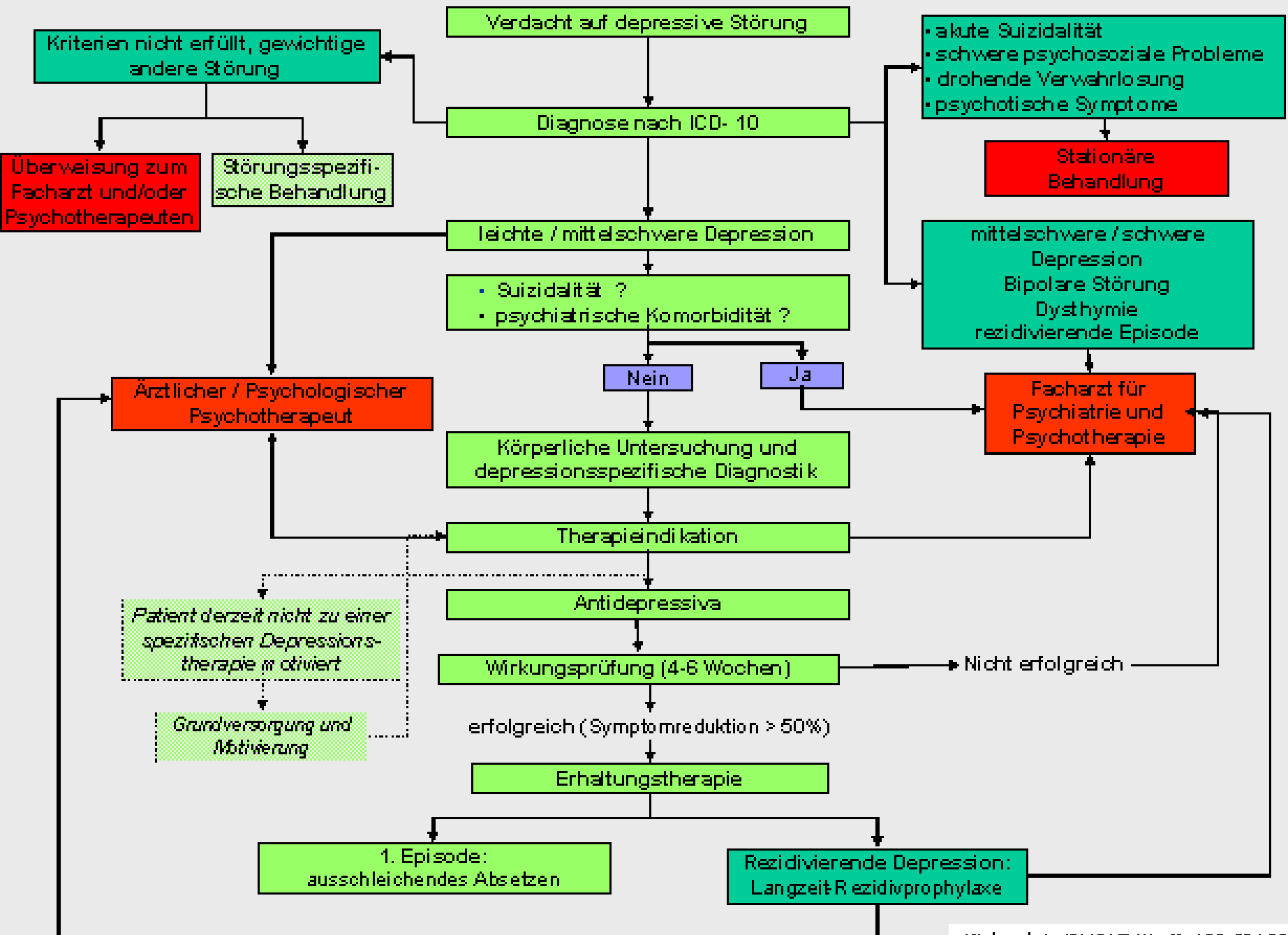
aber

Die Diagnoserate sowie leitlinienorientierte Behandlung der Hausärzte sind verbesserungsbedürftig.

jedoch

Im Rahmen der zunehmend stärker werdenden Funktion des Hausarztes in der ambulanten Versorgung (Hausarzt als Lotse, Hausarztmodell) sind deutliche Bemühungen hausärztlicherseits sichtbar, in der Depressionsbehandlung die führende Rolle zu übernehmen.

Versorgungskorridor für die hausärztliche Versorgung



Das **Behandlungsangebot** der Psychologischen Psychotherapeuten

Verteilung der Verfahren

<i>Verfahren</i>	<i>Anteil der Pat. in %</i>	<i>Durchschnittliche Behandlungsstunden</i>
VT als KZT	23 %	25
VT als LZT	12 %	50
TPP	50 %	54
AP	15 %	154
Gesamt		62

(Löcherbach-Studie 2000)

Das Behandlungsangebot der Psychologischen Psychotherapeuten

Zeitliche Arbeitskapazitäten

<i>Stunden pro Woche</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil an in %</i>
0 - 17	312	20,5
18 - 25	293	19,3
26 - 30	212	13,9
31 - 40	356	23,4
41 - 50	259	17,0
51 - 60	72	4,7
61 - 81	17	1,1

(Befragung unter 1.551 Psychologischen Psychotherapeuten, ZI, 1997, 1998)

Das **Behandlungsangebot** der Psychologischen Psychotherapeuten

Angebot

14.000 Psychotherapeuten
900 Sitzungen jährlich
62 Sitzungen je Patient

203.226 behandelbare Patienten

Marktdeckung: 40 – 50 %

Nachfrage

1.500.000 psychisch Kranke
500.000 erreichen den PP

(Löcherbach-Studie 2000)

Probleme der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Von Seiten der Psychotherapeuten

- o Die psychotherapeutische Praxis ist sehr zeitintensiv und kann nur eine begrenzte Anzahl von Patienten behandeln.
- o Effektivitätsbelege in der psychotherapeutischen Routineversorgung fehlen. Trotz hoher Ausgaben für die ambulante Richtlinienpsychotherapie fehlen systematische Qualitäts- und Outcome-Daten.

Probleme der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Von Seiten der Patienten / Öffentlichkeit

- o (Immer noch) schwieriges Meinungsbild für Psychotherapie in der Öffentlichkeit.
- o Psychische Krankheiten werden von den Betroffenen oft aktiv versteckt (Vorschieben körperlicher Störungen).

Probleme der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Von Anbieterseite

- o Es bestehen oft nicht koordinierte Parallelbehandlungen und auch Einweisungen (Psychiatrie, Reha), ohne vorherige Absprachen. Unzureichende Abstimmung der Behandler.
- o Die stationäre Therapie weist eine hohe Qualität auf. Es fehlt jedoch an einer engeren Verzahnung mit dem ambulanten Sektor.

Entwicklung Sektoren übergreifender Kooperationen bei Depression

Strategische Überlegungen:

Zentrale Lösung versus Eigeninitiative

Zentrale Lösung (top down)

z.B. Integrierte Versorgung nach § 140 GMG, DMP, Kompetenznetz Depression

Vorteile

- o hohe Rechtssicherheit
- o hohe Relevanz für Honoraraspekte

Nachteile

- o Gefahr der Alibifunktion
- o Eher wenig Einfluß auf reale Verhaltensänderungen der Beteiligten
- o Formale Kooperation

Eigeninitiative (bottom up)

z.B. Netzinitiativen

Vorteile

- o Entwicklung realer Kooperation mit den notwendigen Einstellungsänderungen möglich
- o schrittweises Vorgehen
- o Auswahl der Partner möglich

Nachteile

- o zusätzliches Engagement notwendig
- o geringe Relevanz für Honoraraspekte

Problemeinstellungen der Beteiligten

Patient

- o spezifisches Krankheitsmodell
- o spezifische Behandlungserwartungen
- o sozialmedizinische Anliegen

Hausarzt

- o eingeschränktes Ätiologiemodell
- o Konkurrenz zum Facharzt
- o Wirtschaftliche Anliegen (z.B. Patientenbindung)

Problemeinstellungen der Beteiligten

Facharzt für Psychiatrie

- o einseitiges Ätiologiemodell
- o Konkurrenz zum Facharzt für psychotherapeutische Medizin und zum Psychotherapeuten
- o Wirtschaftliche Anliegen (z.B. Patientenbindung)

Psychotherapeut

- o Konkurrenz VT vs. TPP
- o Honorarprobleme und Akzeptanzprobleme reduzieren Kooperationsbereitschaft

Problemeinstellungen der Beteiligten

Psychiatrisches Fachkrankenhaus

- o Aufnahmeprobleme
- o geringes Kooperationsbedürfnis
- o einseitiges Ätiologiemodell

Psychosomatische Fachkliniken

- o erschwerte Direkteinweisung
- o problematische Therapiekonzepte

Problemeinstellungen der Beteiligten

Sonstige Beteiligte

- o Sozial-psychiatrische Dienste
- o Beratungsstellen
- o Selbsthilfegruppen
- o

Ziele für die Sektoren übergreifende Kooperation

- o frühe Identifikation depressiver Patienten
- o frühe Zuführung zu einer suffizienten Therapie
- o frühe Zuführung zur Psychotherapie, sofern diese indiziert ist
- o Verankerung einer ausreichenden Gewichtung der Psychotherapie im Bewusstsein der Beteiligten
- o sinnvolle Kooperation bei Parallelbehandlungen zwischen Hausarzt, Facharzt und Psychotherapeut
- o sinnvolle Kooperation bei stationären Behandlungsphasen
- o sinnvolle Kooperation bei sozialmedizinischen Bewertungen
- o Reduzierung chronischer Entwicklungen
- o Reduzierung von Suizidraten

Schritte zur Entwicklung Sektoren übergreifender Kooperation

- o Vorbereitung kooperationsfähiger Praxisführung (z.B. Termine für Krisenintervention, rasche Erstgespräche vorhalten)
- o Bildung regionaler Netzstrukturen (Psychotherapeutennetz)
- o Kooperation mit oder Mitarbeit in bestehenden Haus- und Facharztnetzen
- o Entwicklung verbindlicher Kooperationsregeln (z.B. Befundübermittlung)
- o Sensibilisierung der Hausärzte und Förderung deren Kompetenz zur Identifikation depressiver Patienten (z.B. WHO 5 – Being Well)
- o Kooperationsmöglichkeiten mit psychosomatischen Fachkliniken prüfen
- o Prüfung von Projektmöglichkeiten (z.B. Kompetenznetz Depression)