

## **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)

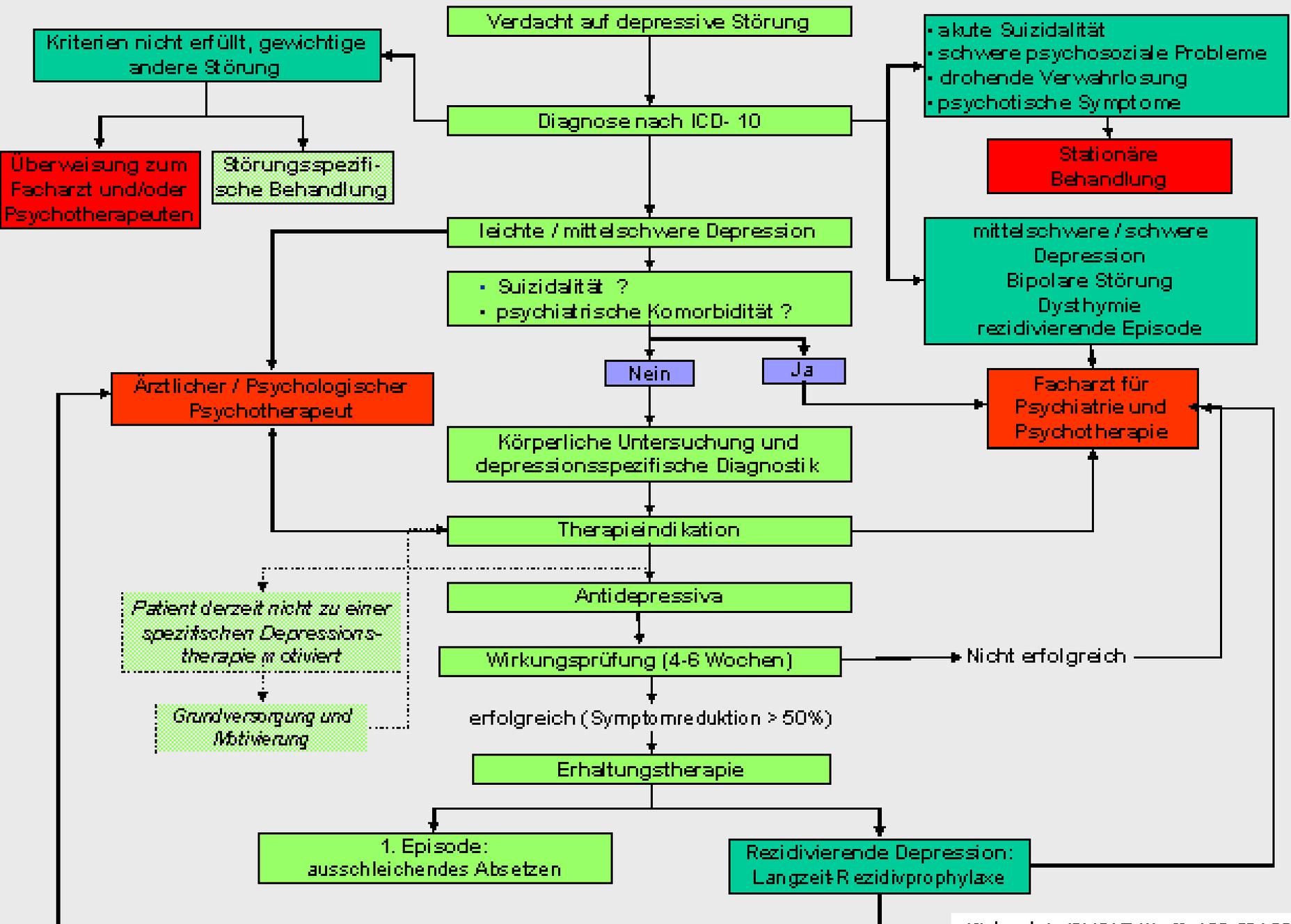
**aber**

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
<b>Gesamt</b>		<b>62</b>

(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)