

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Bericht der Arbeitsgruppe 5
„Psychotherapeutische Versorgung“**

**zur Fortschreibung des
Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung
psychisch Kranker und psychisch Behinderter**

Leitung:

**Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf
Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik
für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
am Bezirkskrankenhaus Bayreuth**

Hinweis:

Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentierete Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

Psychotherapeutische Versorgung in Bayern

Ergebnis der Arbeitsgruppe 5 „Psychotherapeutische Versorgung in Bayern“

Auftrag der Arbeitsgruppe ist die Formulierung eines zukünftigen Konzeptes der psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlung in Bayern unter Einbeziehung von Betroffenen und Leistungserbringern.

Die Arbeitsgruppe begrüßt die verstärkte Einbeziehung psychotherapeutisch-psychosomatischer Behandlung in die Landespsychiatrieplanung.

Die Arbeitsgruppe 5 „Psychotherapeutische Versorgung“ traf sich seit der 1. Sitzung des „Runden Tisches Psychiatrie“ im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen am 04. Mai 2004 insgesamt als gesamte Arbeitsgruppe 3 mal, hinzu kam 1 Sitzung eines kleineren Arbeitskreises aus der Gesamtgruppe zur Vorbereitung des abschließenden Papiers zur Thematik. Die jeweiligen Treffen fanden statt: 26. Mai 2004 im Bayerischen Staatsministerium, 06. Juli 2004 im Bezirkskrankenhaus Augsburg, 17. August 2004 (kleine Arbeitsgruppe) im Bezirkskrankenhaus Augsburg und 27. August 2004 im Bezirkskrankenhaus Bayreuth (Abschlussveranstaltung). Von nahezu allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurden Arbeitspapiere vorgelegt, die gemeinsam mit den Sitzungsprotokollen an alle Mitglieder per E-Mail verschickt wurden. Sodann fanden bilaterale Kontakte zwischen einzelnen AG-Mitgliedern statt. Das nachfolgende Papier der Arbeitsgruppe 5 „Psychotherapeutische Versorgung in Bayern“ ist gegliedert in

1. Präambel
2. Problemanalyse, Ist-Stand und Defizite
3. Ziele
4. Vorgeschlagene Maßnahmen.

Im Anhang folgen die von Arbeitsgruppenmitgliedern vorgelegten Papiere. Diese sind als Arbeitspapiere im Sinne persönlicher Meinungsäußerung bzw. Stellungnahme der durch

die jeweilige Person vertretenen Institutionen zu verstehen, und in das gemeinsame Positionspapier eingegangen.

Für die Arbeitsgruppe 5 „Psychotherapeutische Versorgung in Bayern“

gez. Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf,
Leiter der Arbeitsgruppe 5
Arzt für Psychiatrie - Psychotherapie -
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth

1. Präambel

Die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen hat sich in der Bundesrepublik Deutschland seit der Verabschiedung der Psychiatrie-Enquete 1975 grundlegend verändert. Nach einer klinisch-epidemiologischen Abschätzung auf der Basis des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 in der deutschen Allgemeinbevölkerung fanden sich im Jahr dieser Erhebung bei 32% der Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren eine oder mehrere psychische Störungen. Dabei sind jüngere oder ältere Personen noch nicht berücksichtigt. Jeder 3. Betroffene stand im Jahr vor der Erhebung wegen einer psychischen Störung in fachspezifischer und/oder hausärztlicher Behandlung. Die starke Zunahme von Krankschreibungen und Beratungen wegen psychischer Störungen zeigt, dass das Gesundheitssystem das Ausmaß psychischer Erkrankungen nicht mehr adäquat auffangen kann.

Psychotherapie hat den gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Durch Veränderung der Familien- und Altersstrukturen, durch eine erhöhte Mobilität der Menschen, durch eine weltweite Zunahme von psychischen Erkrankungen im Bereich der affektiven Störungen, der Anpassungs- und Belastungsreaktionen, der somatoformen Störungen, der Angst-, der Ess-, der Persönlichkeitsstörungen sowie der psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen, steigt der psychotherapeutische Behandlungsbedarf.

Psychotherapeutische Versorgung muss von einem wissenschaftlichen Psychotherapie-Begriff ausgehen. Nicht jede ärztlich-psychologische bzw. sozialpädagogische Intervention und Beratung darf fachlich mit „Psychotherapie“ als spezifischer Behandlungsmethode vor dem Hintergrund einer Krankheits- und Behandlungstheorie gleichgesetzt werden. Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften stehen als Gerüst für psychotherapeutisches Arbeiten zunehmend zur Verfügung. Es müssen sowohl individuum-spezifische Behandlungsformen angeboten werden als auch störungsspezifische Ansätze weiterentwickelt und etabliert werden. Dabei ist festzuhalten, dass es neben der sog. Richtlinien-Psychotherapie auch andere wichtige Ansätze in der Psychotherapie gibt, die wissenschaftlich nicht bzw. noch nicht ausreichend empirisch belegt sind. Zusätzlich sind supportiv-stützende und sozial stabilisierende Interventionen von Bedeutung (z.B. Sozialpsychiatrische Maßnahmen, Kriseninterventionen), die allerdings eine qualifizierte psychotherapeutische Erfahrungsbasis benötigen.

Moderne Versorgungskonzepte für Psychotherapie müssen die Interessen des Patienten, seine Behandlungsbedürftigkeit nach medizinischen Kriterien, seine Motivationslage, die Möglichkeiten und Grenzen des regionalen Versorgungsangebotes, die Angehörigen und das Umfeld berücksichtigen. Neben einer Fokussierung auf das aktuelle Beschwerde- und Konfliktfeld, ist die psychotherapeutische Behandlung häufig jedoch ein langfristiger Prozess, der über Jahre hinweg gehen kann. Bei der psychotherapeutischen Versorgung gibt es eine Reihe unterschiedlicher Anbieter von Leistung, die nicht nur hinsichtlich ihrer Qualifikation, sondern auch hinsichtlich ihrer horizontalen und vertikalen Vernetzung differenziert werden müssen. Dem Hausarzt kommt häufig die Rolle der Erstdiagnostik und Koordination zu. Neben ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten sind im ambulanten Bereich die psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen, die Beratungsstellen und die Sozialpsychiatrischen Dienste mit psychotherapeutischer Kompetenz Träger der psychotherapeutischen Versorgung. Im stationären Bereich gibt es akutbehandelnde und rehabilitative Einrichtungen. Die stationäre psychotherapeutische Akutbehandlung in Bayern wird durch psychotherapeutische-psychosomatische Abteilungen der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Bezirkskrankenhäuser, durch Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern bzw. Universitätskliniken sowie in Psychosomatischen Fachkliniken geleistet. Dazu kommen noch die Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie mit Rehabilitationsauftrag.

2. Problemanalyse

Die Möglichkeiten, individuelle Identitätsentwürfe zu entwickeln, sind heute vielfältig. Die „Multi-Optionsgesellschaft“ trifft aber auf zunehmende Einschränkungen der Arbeitsmöglichkeiten und Verknappung finanzieller Mittel. Für die Menschen entstehen dadurch nicht unerhebliche Belastungen, die krankheitswertige Symptome und/oder Krankheiten zur Folge haben können. Die Aufgabe der Beratung, der Entlastung und der Hilfestellung kann nicht mehr nur von den Familien und traditionellen Institutionen getragen werden. In unserer professionalisierten Gesellschaft werden Psychotherapeuten als Experten für die Beratung in Lebenskrisen, zur Begleitung von Anpassungsprozessen

und zur Behandlung krankheitswertiger Symptome und Störungen gesellschaftlich immer mehr anerkannt, für nötig erachtet und in Anspruch genommen.

Die Dichte des psychotherapeutischen Versorgungsangebotes im ambulanten – und auch im stationären Bereich – ist sicherlich im Vergleich zur Situation von vor 25 Jahren deutlich verbessert. Allerdings spiegeln globale Bedarfsrechnungen ein verzerrtes Bild der Versorgung wieder. Die hohe Anzahl psychotherapeutischer und psychosomatischer Betten und Behandlungsplätze in Bayern darf nicht darüber hinweg täuschen, dass sich immer wieder gravierende Defizite und lange Wartezeiten für dringende Behandlungen ergeben.

Festzuhalten ist, dass

- (1) die häufigsten psychischen Störungen einer regional sehr unterschiedlichen Versorgungsdichte gegenüberstehen;
- (2) angesichts der unterschiedlichen Versorgungsangebote der tatsächliche Versorgungsbedarf derzeit nur grob geschätzt werden kann und die tatsächlich erbrachten Leistungen berücksichtigt werden müssen;
- (3) die psychische Komorbidität bei körperlicher Erkrankung derzeit weitgehend unterversorgt ist;
- (4) viele primär psychisch kranke Patienten auch heute noch in Allgemeinkrankenhäusern nicht ihrem Krankheitsbild entsprechend fachspezifisch behandelt werden;
- (5) nach wie vor viele psychische Störungen zu spät erkannt werden und erst mit einer durchschnittlichen Verzögerung von 6 bis 7 Jahren in Fachpsychotherapie kommen, dies führt zu Chronifizierung, zu Fehlbehandlung, zu vermeidbarem Leid und zu erhöhten Kosten im Gesundheitssystem;
- (6) für Patienten mit komplexen psychischen Störungen (z. B. schwere Persönlichkeitsstörungen, psychotische Erkrankungen, rezidivierende affektive Störungen, somatoforme Störungen usw.), mit Mehrfachdiagnosen und für spezifische Gruppen von psychisch kranken Menschen (z. B. forensische Patienten, geistig- und lernbehinderte Patienten mit psychischen Störungen sowie Menschen mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter) bis heute psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichend zur Verfügung steht;
- (7) ein großer Teil der Menschen mit psychischen Störungen sich zunächst an den Hausarzt wendet, nur ein kleiner Teil direkt an Fachärzte für Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, oder an Psychologische Psychotherapeuten;

- (8) bis heute eine unzureichende horizontale Vernetzung mit anderen Fachbereichen des Gesundheitssystems sowie eine unzureichende vertikale Vernetzung der psychotherapeutischen Versorgung zwischen dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich besteht, u.a. weil keine entsprechende Vergütung dieser notwendigen Leistungen erfolgt;
- (9) institutions- und berufsgruppenübergreifende, störungsspezifisch orientierte Modelle der integrierten Versorgung zu wenig vorhanden sind, ein rascher Übergang von stationärer in tagesklinische und ambulante Versorgung sowie die notwendige enge Vernetzung der hausärztlichen mit der fach-psychotherapeutischen Versorgung und mit Einrichtungen des komplementären Raumes (z. B. SPDí's) und der Selbsthilfe nicht zufriedenstellend angedacht und umgesetzt sind;
- (10) eine weitere, in ihrer Bedeutung wachsende Gruppe, fremdsprachige Patienten sind, deren psychotherapeutische Versorgung durch fremdsprachige Therapeuten oder mit der Hilfe von Dolmetschern defizitär ist;
- (11) die wachsenden Möglichkeiten - und Gefahren - der neuen Medien, insbesondere des Internets, aktuell zunehmend berücksichtigt werden müssen;
- (12) dass es privaten Versicherungsunternehmen noch immer gestattet ist, psychotherapeutische Leistungen aus ihrem Leistungskatalog auszuschließen; dies muss beendet werden.

Die Versorgungsdefizite im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kinder- und Jugendlichen werden an anderer Stelle behandelt.

3. Ziele

Globales Ziel muss die Behebung von Versorgungsdefiziten unter Berücksichtigung der ökonomischen Situation sein.

- (1) Hierzu gehört a) die Verbesserung der ambulanten und stationären Primärversorgung mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowohl zeitnah wie wohnortsnah, b) zum anderen die stationäre Versorgung regional wie überregional

in Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik an Bezirkskrankenhäusern, in eigenständigen Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Universitätsklinik. Die Entscheidung, ob eine wohnortnahe oder wohnortunabhängige Behandlung vorrangig sinnvoll ist, sollte sich vor allem auf das individuelle Krankheitsbild und die Umstände der/des einzelnen Patientin/en beziehen. Bei Langzeitbegleitung sind wohnort- und zeitnahe Versorgungsangebote sicherzustellen.

- (2) Für o.g. spezielle Patientengruppen entstehen geeignete Versorgungsnetze und störungsspezifische Angebote, die neben der verbesserten Versorgung auch finanzielle Entlastungen durch Vermeidung von Doppelspurigkeiten und unnötigen stationären Aufenthalten bringen.
- (3) In der somatischen Medizin müssen psychische Aspekte stärker berücksichtigt werden. Dies bedeutet eine Verstärkung von Konsiliar-Liaison-Diensten durch vor Ort vorhandene psychotherapeutische Kompetenz.
- (4) Eine Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte wird, wenn gleich als Ziel anzustreben, vor dem Hintergrund der großen Umfänglichkeit allgemeinmedizinischer Anforderungen immer nur auf der Ebene eines hinreichenden Standards bleiben. Vor diesem Hintergrund müssen sich hausärztlich tätige Ärzte ihrer Funktion als Schnittstelle, als Motivations- und Koordinationsstelle in enger Vernetzung mit den regionalen Psychotherapie-Anbietern bewusst sein. In der regionalen ambulanten Versorgung muss das Erstzugangsrecht von Patienten zu den fachpsychotherapeutisch-psychiatrischen Fächern erhalten bleiben.
- (5) Angehörigenarbeit und Selbsthilfeorganisationen werden auch für Psychotherapiepatienten intensiver gefördert und weiter etabliert.
- (6) Akut-psychotherapeutische Versorgung von Notfallpatienten, Krisenintervention und Suizidprävention werden unter Einbeziehung vorhandener Institutionen verbessert.

4. Empfohlene Maßnahmen

Vor dem Hintergrund obiger Ausführungen ist die nachfolgende Liste von empfohlenen Maßnahmen abzuleiten, wobei die Reihung der einzelnen Punkte nicht im Sinne einer Wertigkeit zu verstehen ist.

- (1) Die Bildung der geforderten horizontalen und vertikalen Netzwerke akutpsychotherapeutischer Versorgung muss unterstützt werden. Die Mitarbeit an den Netzwerken muss für die Beteiligten ökonomisch sinnvoll sein.
- (2) Die niedergelassenen Psychotherapeuten sowie die psychotherapeutischen Beratungsstellen und Einrichtungen der Krisenintervention und Suizidprävention sollen regulär in die Vernetzung mit anderen psychosozialen Stellen einbezogen werden.
- (3) Es besteht die Notwendigkeit, dass im Sinne der psychotherapeutisch-psychosomatischen Grundversorgung Ärzte in hausärztlicher Funktion ausreichend fortgebildet und unterstützt sein müssen, um psychische Störungen zu erkennen, um bei Indikation zu einer Psychotherapie die Patienten darüber ausreichend zu informieren, zu motivieren und qualifiziert in eine Fachpsychotherapie zu überweisen.
- (4) Der Bereich Fort- und Weiterbildung in Psychotherapie spielt eine große Rolle. Zum einen ist v.a. im hausärztlichen Bereich eine Verbesserung des Niveaus der sog. „Psychotherapeutisch-psychosomatischen Grundversorgung“ anzustreben. Zum anderen muss der Psychotherapeut neben der individuumspezifischen Psychotherapie über störungsspezifische Kompetenz in seinem Fach verfügen.
In diesem Kontext ist auch die Förderung des psychotherapeutischen Nachwuchses über alle Berufsgruppen hinweg zu sehen. Dabei sind grundsätzlich auch die finanziellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Ausbildung bei den Diplom-Psychologen sowie die finanziellen Ausstattungen der Krankenhäuser mit Weiterbildungsverpflichtungen im Bereich von Psychotherapie und Psychosomatik zu verbessern.
- (5) Hinsichtlich spezifischer Psychotherapie-Angebote sind auch unter ökonomischen Gesichtspunkten gruppenpsychotherapeutische Angebote sowie einzelpsychotherapeutische Paar- und Familientherapie besser zu honorieren. Ebenso ist die Angehörigenarbeit angemessen miteinzubeziehen. Dabei ist die Zusammenarbeit der niedergelassenen Psychotherapeuten mit der Selbsthilfe zu verstärken.

- (6) Die Evaluation und Qualitätssicherung psychotherapeutischer Versorgung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich ist grundsätzlich zu fordern.
- (7) Die Trennung zwischen psychotherapeutischer Akutversorgung und Rehabilitation bedarf weiterer Klärung. Im Vorfeld sind die unterschiedlichen Therapieziele besser zu definieren.
- (8) Unter strukturellen Versorgungsgesichtspunkten ist ein verstärkter Ausbau von teilstationären Angeboten, entweder als eigenständige Tageskliniken mit psychotherapeutisch-psychosomatischem Schwerpunkt oder als integrierte Tagesklinikplätze, angebunden an Abteilungen/Stationen für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, zu fordern.
- (9) Die Erfordernisse der Therapie fremdsprachiger Patienten sind zu berücksichtigen.
- (10) Neue Medien werden inhaltlich und ökonomisch sinnvoll eingesetzt und gefördert.
- (11) Psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen mit Konsiliar-Liaisondienste sind ausreichend an Allgemeinkrankenhäuser zu etablieren.
- (12) Die Bedarfspläne für Psychotherapie im niedergelassenen Bereich sind am Umfang der benötigten Leistungen zu orientieren.
- (13) Regional unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichte im psychotherapeutischen Bereich sind auszugleichen.

5. Anhang:

Mitglieder der Arbeitsgruppe 5 „Psychotherapeutische Versorgung in Bayern“:

Leiter:	Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf, Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Bauer Rosemarie,	Dr. med., Oberärztin Bezirkskrankenhaus Augsburg
Bechter Karl,	Prof. Dr. med., Bezirkskrankenhaus Günzburg, Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm
Fella Uwe,	AOK Dienstleistungszentrum Krankenhäuser Stat. Reha-Einrichtungen, Würzburg
Hirschberger Pia, Kruse Christel,	Dr. med., Oberärztin, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi) Augsburg, Fachverband Evangelische Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie (VEBS)
Kuck Achim,	Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrene e. V. München
Lehmann Walter,	Rechtsanwalt, Die Arche, München
Leibl Carl,	Dr. med. Stv. Ärztlicher Direktor Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee
Loew Thomas,	Prof. Dr. med., Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität Regensburg
Melcop Nikolaus,	Dr. phil. Dipl.-Psych., Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
Moehrmann Karl Heinz,	Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
Rupp Annemarie,	Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
Schmelter Thomas,	Dr. med., Oberarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Schloß Werneck, Werneck, Schweinfurt
Söllner Wolfgang,	Ao. Univ. (Innsbruck) Prof. Dr. med., Chefarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Klinikum Nürnberg, berg,

Tritt Karin, Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Klinik für Psychosomatik der Universität
Regensburg und Bayerische Landeskammer der Psychologischen
Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Wolfersdorf

Manfred Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor Bezirkskrankenhaus Bayreuth,
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Leiter
der Arbeitsgruppe