



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

21. Kammerversammlung am 25. April 2008 in Dortmund

Psychotherapeutische Versorgung – aus der Sicht der TK

Die Zukunft der ambulanten und stationären Psychotherapie aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen beschrieb Dr. Thomas Ruprecht, Arzt bei der Techniker Krankenkasse (TK), der als Gast zur Kammerversammlung eingeladen war. Ruprecht führte aus, dass das TK-Image einer „psychoaffinen Kasse“ sich zukünftig zu einem Wettbewerbsnachteil entwickeln könne. Durch den gesetzlich beschlossenen Gesundheitsfonds erzielten ab 2009 alle Krankenkassen grundsätzlich die gleichen Einnahmen je Versicherten. Die teure Psychotherapie könnte sich deshalb zu einem Nachteil für Kassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von psychisch Kranken entwickeln. Eine Rolle spiele dabei, ob und wie psychische Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt würden.

Die TK belastet vor allem der überdurchschnittliche Anstieg ihrer Ausgaben für die stationäre Versorgung von psychisch Kranken. Psychisch kranke Patienten, die bei der TK versichert sind, sind länger im Krankenhaus, benötigen häufiger eine erneute Krankenhausbehandlung und erzeugen je Fall höhere Kosten als in den Vorjahren. Zwischen 2003 und 2006 stieg die Zahl der stationären Aufenthalte von TK-Versicherten um 35,0 Prozent. Die TK-Ausgaben stiegen entsprechend von 230 Mio. € auf 300 Mio. €, ein Anstieg um 32,8 Prozent.

Ruprecht erklärte, dass die TK deshalb integrierte Versorgungsverträge für psychisch Kranke anstrebe, die eine stärkere ambulante Behandlung insbesondere von

schwer psychisch Kranken beinhalten. Dafür müsse sich allerdings auch die ambulante Versorgung erheblich verändern. Die TK kritisiert eine Fehlallokation der Ressourcen in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker.



Dr. Thomas Ruprecht

- Die Therapiewahl und -dauer sei nicht primär diagnose- und/oder morbiditätsbedingt, sondern angebotsabhängig. Die Art des erstkontaktierten Therapeuten entscheide über Therapieform und damit auch über Therapiedauer bei gleicher Diagnose, die sich wiederum an den Kontingenten für eine Langzeittherapie (VT 45, TP 50, PA 160) und nicht an der Morbidität orientiere.
- Es gäbe keine hinreichende Differentialdiagnostik, u. a. aufgrund des Selbstzuweisungssystems und „unattraktiver“ Probatorik.
- Im ambulanten Bereich bestehe die Tendenz, sich auf Patienten zu konzen-

trieren, die leichte oder mittlere Störungen hätten (YAVIS-Patienten) und Patienten mit höherer Krankheitslast bzw. höheren Pharmakotherapiekosten an die Krankenhäuser zu überweisen. Die Fehlallokationen seien vor allem bei Psychoanalyse besonders unwirtschaftlich, weil sie wegen der längeren Behandlungsdauer bei einheitlichem EBM-Punktwert überproportional hohe Kosten verursache.

- Das Gutachterverfahren entfalte kaum Steuerungspotenzial. Nur 0,4 Prozent der eingegangenen Anträge für TK-Versicherte würden überhaupt abgelehnt (Bundesdurchschnitt: 4 Prozent). „Angesichts dieser niedrigen Quote stellt sich die Frage, ob nicht grundsätzlich auf das Gutachterverfahren verzichtet werden kann“, stellte Ruprecht fest.
- Fehlsteuerung gäbe es auch in der Bedarfsplanung u. a. dadurch, dass Teilzeit-Therapeuten Vollzeit-Praxissitze in Anspruch nähmen.
- Schließlich sei der Patienten-„Durchsatz“ zu gering. Das führe zu Kapazitätsengpässen und langen Wartezeiten.

Die Zukunft der Versorgung psychisch Kranker sieht Ruprecht in einer bedarfsgerechteren Versorgung im Lebensumfeld der Versicherten, vor allem bei chronisch psychisch Kranken. Im Einzelnen gehöre dazu: „Home treatment“, feste Ansprechpartner und Bezugspersonen, schnelle Erreichbarkeit über 24 Stunden und 7 Tage die Woche, flexibler, unbürokratischer Zugang zur Versorgung, Einsatz eines multiprofessionell angebotenen Therapiepakets, u. a. eine neue abgestufte haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung, häusliche psychiatrische Kran-

kenpflege, Soziotherapie, Psychoedukation, ambulante Krisenintervention, Rückzugsräume („Krisenpension“), stationäre Behandlung (bei akuter Selbst- u. Fremdgefährdung), „Fallmanagement“ mit Lotsenfunktion, personenzentrierte Hilfeplanung, Hilfeplankonferenzen.

Die Delegierten der Kammerversammlung diskutierten mehr als zwei Stunden intensiv und kontrovers mit Dr. Ruprecht über die von ihm dargestellten Daten und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen. Vereinbart wurde, die Diskussion in einem Workshop weiter zu führen.

TK-Modellprojekt Qualitätsmonitoring

Ruprecht berichtete auch zum Stand des TK Modellprojekts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“. Die Patienten im Modellvorhaben seien bezogen auf Messinstrumente und Schwellenwerte behandlungsbedürftig. Die Ergebnisse zeigten bisher eindeutig, dass Psychotherapie wirkt und die Qualität der Psychotherapie messbar sei. Ein Abschlussbericht zum Modellprojekt sei im Juli 2010 zu erwarten.

Kinder und Jugendliche sind unterversorgt

Die Unterversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen war ein weiteres aktuelles Thema der 21. Kammerversammlung in Dortmund. Die Delegierten kritisierten insbesondere die Planung des Bundesgesundheitsministeriums, die Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf zehn Prozent zu begrenzen. Bundesweit liegt der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings schon bei 13,6 Prozent. Berechnungen der Psychotherapeutenkammer NRW kamen auf einen Anteil von 11,3 Prozent in Nordrhein und 14,9 Prozent in Westfalen-Lippe (NRW-Durchschnitt 12,9 Prozent). Eine Mindestquote von zehn Prozent würde in NRW keine bessere Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ermöglichen und mittelfristig sogar das gegenwärtige Versorgungsniveau gefährden.

Die ambulante Versorgung ist bereits jetzt bei einer der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter mangelhaft. Nach Analysen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhält ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S keine Behandlung und über 40 Prozent erhält ausschließlich eine Pharmakotherapie. Nur knapp jedes 30. Kind mit einer AD(H)S-Störung ist überhaupt in einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Kammerversammlung beurteilte deshalb die BMG-Planung, eine Mindestquote von nur zehn Prozent einzuführen, als „Feigenblattpolitik“ (siehe: Entschließung „Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind unterversorgt“). Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert eine Mindestquote von zwanzig Prozent.

Psychotherapeuten in Ausbildung

„Eine Profession, die sich klar und geschlossen hinter den Nachwuchs stellt!“ – das wünschen sich Jürgen Tripp, 28 Jahre, und Cornelia Beeking, 32 Jahre, von ihren approbierten Kolleginnen und Kollegen. Die beiden sind seit Februar 2008 die ersten Sprecher der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in Nordrhein-Westfalen und nahmen auf Einladung des Vorstands an der Kammerversammlung als Gäste teil. Jürgen Tripp beschrieb eindringlich die „massiven finanziellen Belastungen“, die PiA zu schultern haben.



Cornelia Beeking

Jürgen Tripp

Das „bei weitem größte Problem“ stelle die praktische Tätigkeit dar, die 1.800 Stunden betrage und sich zwingend über mindestens anderthalb Jahre erstrecken müsse. Insbesondere das praktische Jahr in der Psychiatrie stelle viele vor kaum zu lösende Schwierigkeiten. Ein Jahr mit einem „Dumpingpreis“-Gehalt oder „häufig

sogar zum Nulltarif“ seien nur zu finanzieren, indem PiA sich verschulden oder von Eltern und Partnern unterstützen lassen.

Dabei leisteten die meisten PiA in der Psychiatrie die Arbeit von qualifiziertem therapeutischem Personal, stellte Jürgen Tripp fest. Vom ersten Tag an führten sie häufig Einzeltherapien durch und leiteten eingeständig Gruppentherapien – allerdings ohne Supervision und Anleitung. Diese Situation sei „alarmierend“, weil sie den psychotherapeutischen Nachwuchs „ausbeute“, psychotherapeutische Mindeststandards unterlaufe und „den Stellenwert der Psychotherapie massiv herabsetze“ („Was nichts kostet, ist auch nichts wert.“).

Bericht des Vorstands

Die PTK NRW nahm in einem Schreiben an alle Abgeordneten des Gesundheitsausschusses zum **Krankenhausgestaltungsgesetz** Stellung. Sie forderte insbesondere in den Kreis der „mittelbar Beteiligten“ aufgenommen zu werden, um die Versorgung psychisch Kranker mitgestalten zu können. Die Regierungsfractionen lehnten dies jedoch ab. Daraufhin wurde Mitte Januar ein Gespräch im NRW-Arbeitsministerium geführt, um die PTK-Positionen zur Krankenhausfinanzierung und Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie der Versorgung chronisch und schwer kranken Menschen in Krankenhäusern (Konzept der psychosozialen Versorgung in DMP-Behandlungsprogrammen und Brustzentren) zu erläutern.

Die Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung setzen sich beim Bundesgesetzgeber für eine dauerhafte **Mindestquote** von 40 Prozent für ihre Berufsgruppe ein. Die exklusive Quote, mit der für sie ein überproportionaler Anteil an KV-Sitzen reserviert wird, würde normalerweise zum 31. Dezember 2008 auslaufen. Die PTK NRW informierte alle Bundestagsabgeordneten darüber, dass ein erheblicher Anteil dieser reservierten Sitze nicht besetzt ist und auch in Zukunft nicht besetzt werden kann. Allein in NRW sind 143 dieser KV-Sitze nach 10 Jahren Quote immer noch nicht von Ärzten besetzt. Dagegen warten Psychologische Psychotherapeuten und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin lange auf frei werdende Praxissitze. In den nordrhein-westfälischen Städten und Kreisen, in denen es solche nicht besetzten Praxissitze gibt, leben insgesamt 4,6 Millionen Einwohner. Das heißt, dass ein Viertel der NRW-Bevölkerung unter einer künstlichen Verknappung des psychotherapeutischen Angebots leidet. Die PTK NRW nahm außerdem mit Bedauern zur Kenntnis, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung einseitig die Interessen der ärztlichen Kollegen vertritt.

Die Diskussion um die **Zukunft der psychotherapeutischen Ausbildung** und die Konsequenzen aus dem Bologna-Prozess wird fortgesetzt. In einem Workshop am 7. März 2008 diskutierten Vertreter der Ausbildungsinstitute die zentrale Frage: „Welche Kompetenzen benötigt ein Psychotherapeut in der Zukunft?“ Im Anschluss daran berief der PTK-Vorstand in Absprache mit dem Zweckverband der Ausbildungsstätten NRW eine Kommission zu Ausbildungsfragen. Die Kommission soll Vorarbeiten leisten, um im Laufe des Jahres zu einer mehrheitlich getragenen Position der PTK NRW zur Psychotherapeutenausbildung zu kommen. Die NRW-Landesregierung arbeitet weiter konsequent an der Umsetzung des Bologna-Prozesses (Bachelor-Master-Abschlüsse), so dass die Frage ist, in welchem Umfang zukünftig Master-Abschlüsse in Klinischer Psychologie in NRW erworben werden können. Gleichzeitig treibt sie die Akademisierung von Gesundheitsberufen wie Krankenpflege, Hebammen und Physiotherapeuten durch die Gründung einer Fachhochschule für Gesundheitswesen, an der akademische Abschlüsse in diesen Berufen erworben werden können, voran.

Präsidentin Monika Konitzer ist es gelungen, mit jahrelangem hartnäckigem Engagement das PTK-Konzept für eine bessere **psychosoziale Versorgung von Brustkrebspatientinnen** politisch umzusetzen. Das NRW-Arbeitsministerium übernahm zentrale Forderungen in die Anforderungskriterien für Brustzentren. In Zukunft müssen NRW-Brustzentren nachweisen, dass sie psychosoziale Screenings durchführen

und in ihnen approbierte Psychotherapeuten arbeitstäglich verfügbar sind. Von diesen Kriterien wird in Zukunft ihre Zertifizierung bzw. Rezertifizierung abhängen.



Monika Konitzer

Damit ist die psychotherapeutische Versorgung fester Bestandteil des Leistungskataloges von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen.

Die klinische **Neuropsychologie** in Nordrhein-Westfalen ist auf einem guten Weg. Am 4. April konstituierte sich der Prüfungsausschuss, der nach der Weiterbildungsordnung die Qualifikationen von Antragstellern prüft. Der Prüfungsausschuss besteht aus drei Mitgliedern: Prof. Dr. Siegfried Gauggel (Vorsitz), Frau Sabine Unverhau und Herrn Dr. Volker Völzke. Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und sind an Weisungen nicht gebunden. In seiner ersten Sitzung entschied der Ausschuss bereits positiv über die Erteilung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ an mehrere Antragsteller.

Der nächste Schritt für die praktische Umsetzung der Weiterbildungsordnung ist die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und die Anerkennung von Weiterbildungsstätten, auch hierzu liegen bereits mehrere Anträge vor.

In der **Modellregion Bochum/Essen** läuft die Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises. Die KV Nordrhein (KVNO) plant insbesondere die elektronische Signatur für die Abrechnung bei Selektivverträgen mit den Krankenkassen zu nutzen. Der PTK-Vorstand hat deshalb beschlossen, mit der KVNO bei ihrem Projekt „e-online-Abrechnung“ zu kooperieren. Bis Ende des Jahres sollen deshalb die ersten neuen **Psychotherapeutenausweise** zur Verfügung stehen, die es interessierten Kolleginnen und Kollegen ermöglichen, die elektronische Abrechnung zu testen.

Die **„Modellregion Erziehung in Recklinghausen“**, ein Kooperationsprojekt zur Gewaltprävention in Familien, ist kurz davor, ihre Finanzierung zu sichern. Das nordrhein-westfälische Familienministerium fördert die wissenschaftliche Evaluation des Projekts, an dem auch die PTK NRW beteiligt ist, mit 142.000 Euro. Eine weitere große Spende von „Aktion Mensch“ ist für Mitte des Jahres zugesagt.

Beschlüsse

Die Kammerversammlung beschloss, die **Berufsordnung** an die Musterberufsordnung anzupassen, um deren politischen Wirksamkeit gegenüber Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss zu erhöhen. Sie verabschiedete ferner einstimmig Ergänzungen der **Weiterbildungsordnung**, um Weiterbildungsleistungen, die in anderen Bundesländern erworben wurden, in NRW anerkennen zu können.

Schließlich billigte die Kammerversammlung einstimmig eine geänderte **Satzung des Versorgungswerkes**, die notwendig für die „Teilrechtsfähigkeit“ des Versorgungswerkes und für den Anschluss der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg an das Versorgungswerk NRW sind.

Die neuen Satzungen finden Sie als **Beihefter in der Mitte dieses PTJ.**

Entschließung

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind unterversorgt

Das Krankheitsspektrum im letzten Jahrhundert hat sich grundlegend geändert. Der Schwerpunkt der Erkrankungen hat sich von somatischen zu psychischen Störungen verschoben. Das deutsche Gesundheitssystem hat auf diese wesentlichen Veränderungen noch nicht ausreichend reagiert. Insbesondere psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind gravierend unterversorgt. Nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Erkrankung oder Auffälligkeit festgestellt wird, erhält überhaupt eine Behandlung. In Herne und Höxter arbeitet beispielsweise gerade einmal je ein niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, in Bottrop, Euskirchen und Mühlheim Stadt arbeiten nicht mehr als zwei. Auffällig ist, dass in NRW häufig gerade in Städten ein eklatanter Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herrscht.

Psychotherapeuten fordern deshalb seit langem, für Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, mindestens zwanzig Prozent der Praxissitze zu reservieren. Das Bundesgesundheitsministerium plant eine Mindestquote von zehn Prozent. Der Anteil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beträgt jedoch in NRW bereits 12,9 Prozent und im Bundesdurchschnitt 13,6 Prozent. Kinder und Jugendliche brauchen mehr als wohlwollende Worte. Sie benötigen gesundheitspolitische Entscheidungen, die ihre Lage tatsächlich verbessern. Der Vorschlag des BMG ist nicht mehr als Feigenblattpolitik. Mittelfristig gefährdet er sogar das gegenwärtige Versorgungsniveau.

Kinder und Jugendliche brauchen außerdem ein engmaschiges Netz, das sie und ihre Familie in Situationen der Not und Überforderung unterstützt. Das bestehende Netz ist dringend reformbedürftig:

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder finden zu selten und mit zu großen Abständen statt. Sie müssen durch weitere Untersuchungen ergänzt werden. Dabei ist es erforderlich, nicht nur die körperliche Entwicklung, sondern auch auf psychische Fehlentwicklungen zu achten und ihnen nachzugehen. Hierbei bedarf es geeigneter fachlicher Standards.

Die Entwicklung von Frühwarnsystemen setzt voraus, dass dahinter ein Netz kompetenter Hilfen steht, das schnell und bedarfsgerecht handeln kann. Beratungsstellen und niedergelassene Psychotherapeuten haben jedoch lange Wartezeiten. Daher müssen Angebote der Jugendhilfe und des öffentlichen Gesundheitswesens ausgebaut sowie die Versorgung mit therapeutischen Angeboten verbessert werden.

Kinder werden nicht nur körperlich, sondern auch seelisch vernachlässigt und misshandelt. Dies zu erkennen und die Folgen davon zu behandeln, setzt entsprechende Ausbildungen und eine bedarfsgerechte Versorgung voraus. Die Zahl der Fachleute, die in Praxen und Beratungsstellen arbeiten, reicht nicht aus um den Bedarf zeitgerecht zu decken.

Fachtagung: Depressionen erkennen und behandeln – ein Gesundheitsziel in NRW

Depressionen entwickeln sich zu einer Volkskrankheit. „Wir müssen sie aus der Tabuzone holen“, forderte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann deshalb auf der Tagung „Depressionen erkennen und behandeln“ am 31. Mai in Münster. Die steigende Zahl der Erkrankungen „zwingt alle Akteure unseres Gesundheitswesens zum Handeln“. Depressionen sind seit 2005 in NRW eines der zehn vorrangigen Gesundheitsziele der Landesregierung.

„Seit Jahren fordern Experten eine besser abgestimmte, wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung von depressiv kranken Menschen“, hob Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, hervor. „Es ist an der Zeit, die Erkenntnisse, wie depressiv Kranke rechtzeitig und dauerhaft erfolgreich behandelt werden kön-

nen, in die Praxis umzusetzen.“ Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KWVL) engagiere sich deshalb mit Bürgerinformationen für mehr Transparenz, um erkrankten Menschen den Weg zum richtigen Behandler zu bahnen, erklärte Dr. Wolfgang-Axel Dryden, zweiter Vorsitzender der KWVL.

Die Versorgung depressiv kranker Menschen leidet vor allem daran, dass Depressionen nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden und sich deshalb häufig zu schweren und chronischen Erkrankungen mit höherem Suizidrisiko entwickeln. Depressiv Kranke brauchen außerdem im Notfall schnelle und unbürokratische Kriseninterventionen. Schließlich benötigen sie wohnortnahe ambulante Angebote, um stationären Aufhalten vorzubeugen

und sie nach einer Krankenhausbehandlung langfristig zu stabilisieren. „Diese Aufgabe müssen alle Behandler gemeinsam übernehmen“, stellte Präsidentin Monika Konitzer fest. „Psychotherapeuten und Psychiater müssten mehr und anders zusammenarbeiten.“

Prof. Dr. Dr. Theo R. Payk von der Theodor Fliedner Klinik in Düsseldorf rechnete vor, dass die Behandlung von Depressionen jährlich rund vier Milliarden Euro kostet. Etwa 50 Prozent dieser Kosten fallen im Krankenhaus an. In seiner Ursachenanalyse zählte Payk diverse Erklärungsmodelle auf (Arbeitslosigkeit, Angst vor sozialen Abstieg, Werteverlust, Suche nach Bindung und Sinngabung). Darunter war auch die These, dass die steigende Zahl der depressiven Störungen darauf zurückzuführen

sei, dass Psychotherapeuten seit 1999 als gesetzlich geschützter Heilberuf anerkannt sind. Payk vernachlässigte, dass depressive Erkrankungen in allen Industrieländern erheblich zugenommen haben.

Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, beklagte die Honorarentwicklung der Psychiater. Nach einem Gutachten des Instituts für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) sind Nervenärzte, Neurologen und Psychiater derzeit die Ärzte mit dem geringsten Einkommen. Bergmann berichtet, dass im Modellprojekt zur integrierten Versorgung depressiv Kranker in Aachen, über 500 Patienten versorgt würden. Obwohl Bergmann forderte, in solchen Versorgungsmodellen alle regionalen Anbieter zu vernetzen, sind in Aachen jedoch keine Psychotherapeuten beteiligt. Solche einseitig ärztlichen Versorgungskonzepte müssen der Vergangenheit angehören, kritisierte Monika Konitzer. Eine flächendeckende ambulante und stationäre Versorgung ist ohne Psychotherapeuten nicht zu realisieren.

Prof. Dr. Martin Hautzinger von der Universität Tübingen stellte in seinem Überblick über die wissenschaftliche Forschung dar, dass Psychotherapie bei der Behandlung von depressiv Kranken nachweislich wirksam und unverzichtbar ist. Psychotherapie sei ein theoretisch und empirisch fundiertes, komplexes Behandlungsverfahren. Hautzinger beschrieb die Erfolge der Interpersonalen Psychotherapie (ITP), psychodynamischer Ansätze (STPP) und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT). KVT sei in der Akuttherapie unipolarer Depressionen durchweg „wirksam“, ITP sei „wirksam“ bis „möglicherweise wirksam“. Für STPP lägen Wirksamkeitsnachweise als Einzeltherapie und ambulanter Therapie vor. Möglicherweise wirkungslos sei sie in stationärer Therapie, bei leichten und schweren Depressionen, als Kombinationstherapie und Erhaltungstherapie sowie als Therapie chronischer und rezidivierender Depressionen.

Chronische Depressionen stellten vor besondere therapeutische Herausforderungen, so Hautzinger. Die Behandlung chronischer, therapieresistenter Depressionen

erfordert nicht nur zusätzliche Behandlungselemente, sondern vor allem auch mehr Zeit sowie intensivere, häufigere bzw. verlängerte Arbeitsphasen. Chronisch Depressive hätten häufiger gestörte Sozialbeziehungen, frustrierte Partner und Familienangehörige. Sie benötigten erfahrene Therapeuten, die kreativ und flexibel auf die Anforderungen reagieren können. Sie bräuchten intensivere Behandlungen mit häufigen Kontakten (2–3 wöchentlich) und mit flexibler zeitlicher Länge (1 bis 1 ½ Jahre, 60–80 Behandlungseinheiten).

Prof. Dr. Karl Beine von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hamm gab einen Einblick in die stationäre Behandlung von Depressionen. Akzeptanz, Wertschätzung, Verständnis und Verfügbarkeit von Beziehungen seien ein wichtiger Faktor in der Behandlung von psychischen Störungen. Ein gravierendes Problem sei, dass gerade die Beziehungskontinuität zwischen ambulantem und stationärem Sektor verhindert würde.

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, referierte über die Entstigmatisierung der Depression durch Aufklärung. Gemeinsames Label für viele psychisch Kranke sei, dass sie als „unberechenbar“ gelten. Insbesondere schizophrene Menschen sowie Alkohol- und Drogensüchtige würden darüber hinaus auch noch als eine „Gefahr für andere“ bewertet. Depression sei für Laien schwer von alltäglichen Befindlichkeitsstörungen zu unterscheiden. Deshalb würde in Frage gestellt, ob sie überhaupt krank seien. Depression würde weniger als Krankheit, sondern als persönliches Versagen angesehen – mit der Konsequenz, dass die Schwere der Krankheit unterschätzt und die Suizidgefährdung vernachlässigt würde. Depressiv kranke Menschen litten unter dem Stigma der „Schwäche“, „Faulheit“ und „Disziplinlosigkeit“.

Vor Beginn des „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ seien deshalb im Jahr 2005 computergestützte Interviews zur Depression durchgeführt worden. Von den Befragten kannten fast zwei Drittel jemanden, der wegen einer Depression behandelt worden ist. Vier von fünf Befrag-

ten stimmten der Aussage zu: Depression ist eine Erkrankung wie z. B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden sollte. 70 Prozent bezeichneten Depression als einen Schicksalsschlag, z. B. durch den Tod eines Angehörigen. Rund 90 Prozent meinten, eine Depression sei dadurch zu behandeln, dass der Erkrankte zu einem Psychotherapeuten geht, fast 80 Prozent meinten, es helfe mit einem Freund zu sprechen und 75 Prozent gingen zu einem Arzt. Große Vorbehalte äußerten die Befragten gegen Antidepressiva und ihren Nebenwirkungen („Antidepressiva machen abhängig oder süchtig“, „Antidepressiva verändern den ganzen Charakter“, „Man ist nicht mehr man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt“). Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass die Einstellung der Befragten in Düsseldorf und Essen relativ aufgeklärt und moderat war.

Prof. Dr. Dr. Martin Härter von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Freiburg, beschrieb die großen Verbesserungspotenziale, die im Erkennen, in der Diagnose und Therapie von Depressionen stecken. Rund 70 Prozent der depressiv Kranken kämen aufgrund von körperlichen Beschwerden zum Hausarzt (z.B. Kopfschmerz, Erschöpfung, Schwindel, Magenbeschwerden). Härter beschrieb das Modellprojekt „gesundheitsziele.de“, das als Konsensplattform von 50 Akteuren aus Politik, Sozialversicherung, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie Wissenschaft konzipiert sei. Zum „nationalen Gesundheitsziel“ seien auch depressive Erkrankungen erklärt worden. Höchste Priorität hätten bei depressiven Erkrankungen Maßnahmen zur Prävention bzw. zur Vermeidung einer Chronifizierung sowie die Gewährleistung einer wirksamen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Dazu gehörte auch die Entwicklung einer Nationalen Versorgungsleitlinie Depression.

Christine Vietor von der Techniker Krankenkasse in Hamburg stellte ein Patientendialogsystem vor, dass die TK auf ihrer Internetseite depressiven Patienten anbietet. Der TK-Patientendialog solle die Beteiligung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen fördern (sog. Partizipative Entscheidungsfindung) und gebe

Patienten und Angehörigen „individuell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Informationen“. Die Inhalte der Webseiten sind von Experten des Universitätsklinikums Freiburgs auf der Basis des internationalen Forschungsstandes erstellt worden.

In der abschließenden Podiumsdiskussion stand die Frage im Mittelpunkt, welche Schlussfolgerungen für die Versorgung zu ziehen seien. Übereinstimmend wurde von allen Teilnehmern eine bessere Koordination und Transparenz der Versorgung für depressiv erkrankte Menschen gefordert, um schneller den Zugang zu einer wirksamen Behandlung zu ermöglichen. Elke Slawski-Haun (MAGS) wies auf die Initiativen des Ministeriums und der Landesgesundheitskonferenz zum Gesundheitsziel Depression und zur Berücksichtigung psychischer Faktoren bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Sekundärprävention hin. Das Landesministerium könne Impulse geben und Initiativen fördern, könne aber die bundesgesetzlichen

Vorgaben nicht ändern. Die Erwartungen vieler Teilnehmer an integrierte Versorgungsverträge als Heilmittel für die Versorgungsprobleme dämpfte Dieter Adler (TK) mit Hinweis auf die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen nach Einführung des Gesundheitsfonds. PTK-Präsidentin Konitzer wies darauf hin, dass Psychotherapeuten aufgrund ihres zahlenmäßigen Anteils mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen könnten und müssten. Voraussetzung dafür sei allerdings die gleichberechtigte Integration in die Versorgungsstrukturen und die soziale Gleichstellung.

Geschäftsstelle

PTK NRW
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch den Juristen

Mi.: 14.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 27

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30–14.00 Uhr
Di: 12.30–13.00 Uhr,
18.30–19.30 Uhr
Mi: 13.00–14.00 Uhr
Fr: 11.00–12.00 Uhr
12.30–13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 26

Anfragen Fortbildungskonto

Mo – Do: 13.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 31

Anfragen Mitgliederverwaltung

Mo – Do: 14.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 14

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00–13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0