

Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen – Interview PD Dr. Meinolf Noeker

NRW-Krankenhausplanung 2015

Die rot-grüne Landesregierung plant, in diesem Sommer einen neuen Krankenhausplan aufzustellen. Anders als in somatischen Krankenhäusern geht es aus Sicht der Landesregierung in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen nicht um einen Abbau, sondern um einen Ausbau von Betten und eine stärkere multiprofessionelle und leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Nach dem Entwurf der Krankenhausplanung vom Dezember ist eine Steigerung der Kapazitäten von rund zehn Prozent geplant. Die Psychosomatik soll außerdem zukünftig zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie werden. Die neue Krankenhausplanung ist der rechtliche Rahmen für Verhandlungen auf regionaler Ebene und soll bis 2015 umgesetzt werden.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat anlässlich der Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Landtages am 7. März eine ausführliche schriftliche Stellungnahme abgegeben. Bisher gehört die Kammer nicht zu den Organisationen, die an der Krankenhausplanung zu beteiligen sind. Angesichts der anstehenden Strukturreformen in der stationären Versorgung psychisch Kranker hält die Kammer eine Beteiligung an der Krankenhausplanung aber für überfällig und notwendig.

Ambulant vor stationär

Die PTK NRW begrüßte die „ganzheitlich integrative“ Krankenhausplanung der Landesregierung und insbesondere das Ziel, die Versorgung psychisch Kranker über die stationären und tagesklinischen Kapazitäten hinaus bedarfsgerecht sowie sektoren-, hilfesystem- und institutionenüber-

greifend zu gestalten und zu vernetzen. Sie unterstützt den Ansatz, die Vorgaben und Qualitätskriterien der Krankenhausplanung an evidenzbasierten Leitlinien zu orientieren.

Aus Sicht der Kammer ist die steigende Inanspruchnahme von stationären Behandlungsplätzen darauf zurückzuführen, dass im ambulanten Bereich von einem Systemversagen gesprochen werden muss. Kompetente Ansprechpartner seien für psychisch Kranke nicht schnell und flexibel genug erreichbar. Im ambulanten Sektor bestehe eine gravierende Unter- und Fehlversorgung.

Die PTK NRW stellte dar, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in NRW im Jahr 2011 über 1.000 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) arbeiten. Die Psychotherapeuten spielen damit in der stationären Versorgung trotz erheblicher systembedingter Hürden inzwischen eine fast gleichbedeutende Rolle wie die dort tätigen 1.300 psychiatrischen und psychosomatischen Ärzte.

Psychotherapeuten unverzichtbar

Aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz seien PP und KJP in der Krankenhausversorgung unverzichtbar. Wer psychisch Kranke patienten-, bedarfs- und leitliniengerecht versorgen wolle, komme an diesen beiden Berufsgruppen nicht vorbei. Für die Entwicklung von Psychiatrie und Psychosomatik müssten sie deshalb besser in die Krankenhausstrukturen integriert werden. Die Konzentration auf traditionell fachärztlich ausgerichtete Behandlungen in Kliniken sei überholt. Die Weiterbildungszahlen in den ärztlichen „Psych-Fächern“ reichten für eine zukunftsfähige stationäre Versor-

gung nicht aus. Nur in Kooperation mit den Professionen, die die Versorgung und auch Forschung maßgeblich prägen und verantwortlich gestalten, könne dies gelingen.

9. Jahreskongress Psychotherapie

19./20. Oktober 2013

Am 19./20. Oktober findet in diesem Jahr der 9. Jahreskongress Psychotherapie in Bochum statt. Das diesjährige Schwerpunktthema ist:

Belastung, Stress und psychische Erkrankung: Welche Rolle spielt „Burnout“?

Die einleitenden Plenumsvorträge halten:

Dr. rer. nat. Gregor Domes
(Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):
„Was ist Stress und wann wird aus Belastung Stress?“

Dr. Christoph Kröger
(TU Braunschweig):
„Diagnostik und arbeitsplatzbezogene Psychotherapie bei Arbeitnehmern mit psychischen Störungen“

Prof. Dr. Arnold Lohaus
(Universität Bielefeld):
„Prävention und Intervention bei stressbedingten psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter“

Prof Dr. Jürgen Margraf
(Ruhr-Universität Bochum):
„Belastung, Stress und psychische Störung: Welche Rolle spielt ‚Burnout‘ und was kann der Einzelne tun?“

Die Anmeldung ist ab 28. Juni 2013 möglich. Nähere Informationen zu den Workshops unter:

www.unifortbildung-psychotherapie.de

Schon jetzt untersuchen und behandeln PP und KJP in der stationären Versorgung Patienten eigenverantwortlich und selbstständig. Nach § 31 Abs. 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes von NRW können sie deshalb auch Abteilungen nicht weisungsgebunden leiten, die Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist. Es ist nach Auffassung der PTK NRW deshalb höchste Zeit, dass im Rahmen der Krankenhausplanung NRW analog zur ärztlichen Weiterbildung auch Strukturvorgaben zur Sicherung der Aus- und Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgesehen werden.

Das neue Entgeltsystem PEPP

Diese Veränderungen bedürfen auch eines Dialoges zwischen den Berufsgruppen. Bei der Diskussion um das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wurden bereits unterschiedliche politische Perspektiven insbesondere zwischen den psychiatrischen Krankenträgern und den Psychotherapeuten erkennbar.

Ziel des neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik ist es, zukünftig Patienten mit einem ähnlichen Behandlungsaufwand gleich zu vergüten. Da Leistungen bzw. Prozeduren aktuell im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zu wenig differenziert beschrieben sind, spielen sie bislang kaum eine Rolle für die Eingruppierung in eine bestimmte PEPP. Die Behandlungs- und Therapiekonzepte für Patienten mit denselben Diagnosen unterscheiden sich dabei erheblich zwischen einzelnen Krankenhäusern. So gibt es einige Krankenhäuser, die beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leitliniengerecht mit einem personal- und kostenintensiven Psychotherapieprogramm behandeln, und andere Krankenhäuser, die dieses Angebot ihren Patienten nicht machen. Nach dem jetzigen Entgeltkatalog würden beide Krankenhäuser die gleichen Behandlungspauschalen erhalten.

Die BPTK hatte deshalb auch die Einführung per Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium begrüßt. Eine

ausführliche Auseinandersetzung mit dem neuen Entgeltsystem findet sich auch in dem BPTK-Spezial – PEPP, das im März erschienen ist und unter www.bptk.de/publikationen heruntergeladen werden kann.

Konstruktiver Dialog notwendig

Um auch in Nordrhein-Westfalen eine konstruktive Auseinandersetzung um die zukünftige Versorgung psychisch kranker Menschen zu beginnen, hat die Psychotherapeutenkammer NRW PD Dr. Meinolf Noeker um seine Sicht der Dinge gebeten. Dr. Noeker ist Psychologischer Psychotherapeut und Krankenhausdezerent des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Herr Dr. Noeker, welche Probleme sehen Sie in der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Vor welchen Aufgaben steht die Krankenhausplanung in NRW?

Psychiatrische Kliniken sind mit einem immensen Aufnahmepressur konfrontiert, der vielerorts kaum abgedeckt werden kann. Patienten werden abgewiesen oder kürzer behandelt als fachlich indiziert. Die Gründe liegen sowohl in einer realen Zunahme der diagnostizierten psychischen Störungen als Folge immer komplexer werdender Anforderungen an die individuelle Selbstregulationsfähigkeit und gleichzeitig brüchig werdender familiärer, psychosozialer, beruflicher und gesellschaftlicher Einbindung und Stützung. Andererseits tragen erfreulicherweise die jahrzehntelangen Bemühungen um die Entstigmatisierung psychischer Erkrankung nun Früchte. Psychische Not, die früher verdeckt und unversorgt war, sucht jetzt nach professioneller Behandlung. Diese Veränderungen führen dazu, dass psychisch kranke Menschen in ein Krankenhaus aufgenommen werden, dort immer kürzer behandelt werden und häufig erneut wieder aufgenommen werden müssen, weil sie ambulant keine Anschlusstherapie finden („Drehtürpsychiatrie“). Zudem kommt es zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung in den Kliniken und Wartelisten für die Patienten.

Vor diesem Hintergrund muss ein neuer Krankenhausplan bei der Festlegung neuer Zahlen für stationäre Betten und teilstatio-

näre Plätze eine kluge Balance zwischen zwei sich ergänzenden Anforderungen leisten:

Auf der einen Seite muss die Krankenhausplanung die Not aufgreifen und die klinischen Kapazitäten an die weiterhin steigende Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen anpassen.

Auf der anderen Seite würde es auf lange Sicht eine Fehlsteuerung begrenzter Ressourcen bedeuten, wenn der akute Aufnahmepressur einfach unreflektiert nur in einen Aufbau zusätzlicher Bettenkapazitäten kanalisiert würde. Stationäre und teilstationäre Behandlung muss fachlich, ökonomisch und humanitär auf die Patienten begrenzt bleiben, für die eine begründete Indikation den höchsten Patientennutzen für diesen Behandlungsmodus erwarten lässt. Umgekehrt: Stationäre Behandlung darf nicht als Notstopfen für fehlende ambulante Behandlungsangebote dienen. Psychiatrische Krankenhausplanung steht damit vor der paradoxen Aufgabe, gleichzeitig entsprechend der Nachfrage auszubauen und restriktiv zu sein, um Spielräume für eine nachhaltige und patientenorientierte Umgestaltung der Versorgungslandschaft zu halten.



PD Dr. Meinolf Noeker, Krankenhausdezerent des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 1. Oktober 2008 gebe ich bekannt:

Herr Wolfgang Schmitz, Wahlkreis Detmold, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 13.05.2013 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Klaudius Küppers, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

*Gez. Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

Im Sommer 2013 wird voraussichtlich der neue Krankenhausrahmenplan NRW verabschiedet. Für die Bereiche der Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Ausbau der Bettenkapazitäten vorgesehen. Wie schätzen Sie diese Aufstockung der Behandlungskapazitäten ein?

Der neue Krankenhausplan NRW balanciert die eben geschilderte Polarität aus meiner Sicht in sehr ausgewogener Weise. Er sieht einen moderaten Zuwachs stationärer und teilstationärer Kapazitäten vor und federt damit den Aufnahmepressure leicht ab. Es wäre aber ein gravierendes Missverständnis, die Erwartung zu hegen, dass ein Krankenhausplan alle quantitativen und qualitativen Versorgungslücken schließen könnte. Die geringen Kapazitätswachse werden realistisch den Aufnahmepressure nicht signifikant auflösen können. Das wäre in langfristiger Perspektive auch nicht sinnvoll, denn wir benötigen weiterhin den Druck, um die psychiatrische Versorgungslandschaft strukturell weiter zu entwickeln und zu transformieren. Eine simple numerische Anpassung der stationären und teilstationären Kapazitäten könnte die weiter bestehenden partiellen Unter-, Über-, und Fehlversorgungen konservieren. Der neue Krankenhausplan entlässt damit die Akteure aus Politik, Kran-

kenkassen, Krankenhausträgern, Kammern und Fachgesellschaften sowie Kommunen und Verbänden keinesfalls aus ihrer Verantwortung, weiterhin für die Zukunft intelligente und vernetzte Behandlungsangebote zu entwickeln.

Wie sieht Ihre Vision einer innovativen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit hohem Behandlungsaufwand und/oder chronischen psychischen Erkrankungen aus? Wäre es nicht im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität notwendig, finanzielle Ressourcen anstatt in den Aufbau von Bettenkapazitäten in den Aufbau tragfähiger ambulanter, wohnortnaher Strukturen fließen zu lassen?

Seit Beginn der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie im Nachgang zur Psychiatrie-Enquete gilt als Gradmesser für eine bedarfsgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, inwieweit es gelingt, gerade langfristig erkrankte Patienten, die eine komplexe Versorgung benötigen, ambulant so zu unterstützen, dass bei erneuten Krisen eine Krankenhausaufnahme vermieden werden kann. Viele dieser Patienten benötigen mehrdimensionale Hilfen, also medizinisch-somatische, psychopharmakologische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrisch-psychosoziale Interventionen. Sie benötigen insbesondere eine Betreuungskontinuität und eine koordinierte professionelle Unterstützung. Im Regelfall haben weder die einzelnen niedergelassenen Disziplinen (Hausärzte, psychiatrische oder psychosomatische Fachärzte, ärztliche wie psychologische Psychotherapeuten) noch die Dienste des gemeindepsychiatrischen Verbundes (ambulant betreutes Wohnen, Tagesstätten etc.), alle relevanten Kompetenzen und Ressourcen bei sich an Bord, um alleine aus eigener Kraft Patienten mit schweren Verläufen hinreichend zu stabilisieren. In Abhängigkeit vom individuellen Bedarfsprofil des Patienten werden daher unterschiedliche Kooperationen erforderlich und zielführend sein: Dies kann eine Achse aus Psychotherapeuten und Haus- oder Facharzt bei einer depressiven Episode sein oder die Achse zwischen Klinik (inklusive Psychiatrischer Institutsambulanz) mit den Wohn- und Tagesstrukturangeboten

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 1. Oktober 2008 gebe ich bekannt:

Frau Barbara Reians, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 08.05.2013 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Andreas Hager, Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

*Gez. Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

des gemeindepsychiatrischen Verbundes bei einem Patienten mit chronischer Schizophrenie und deutlichen Teilhabebeeinträchtigungen.

Vor allem für Patientengruppen mit schweren, chronisch-rezidivierenden Krankheitsbildern sehe ich für die Zukunft eine zunehmende Verantwortung der psychiatrischen Kliniken. Diese Verantwortung geht weit über die stationäre und teilstationäre Krisenintervention oder eine medikamentöse Neueinstellung hinaus. Vielmehr können und müssen die Krankenhäuser ihre vielschichtigen Ressourcen für diese Patienten auch in der ambulanten Weiterbehandlung einbringen. Ausgehend von der Keimzelle der Psychiatrischen Institutsambulanzen können Krankenhäuser multiprofessionelle Teams bereitstellen, die psychopharmakologische, psychotherapeutische, sozialarbeiterische und pflegerische Kompetenzen flexibel für Patienten zusammenstellen und in der jeweiligen „Dosis“ bedarfsgerecht kombinieren können. Bei den so genannten „Drehtürpatienten“ kann eine personelle Kontinuität mit den therapeutischen Kräften gewahrt werden, die den Patienten schon im Krisenzustand stationär oder teilstationär behandelt haben und eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung aufgebaut haben.

Eine solche personenzentrierte Arbeitsweise wird in den Kliniken des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe kontinuierlich weiter ausgebaut. In der LWL-Universitätsklinik Bochum ist unter der Leitung von Herrn Prof. G. Juckel das sogenannte Track-Konzept realisiert worden, das für spezifische Diagnosegruppen eine Behandlung in personeller Kontinuität realisiert. Das Konzept ist sektorübergreifend angelegt. Das bietet den immensen Vorteil, dass der gleiche Bezugstherapeut den Patienten über das stationäre, teilstationäre und ambulante Setting begleiten kann. Der in der Psychotherapieforschung richtigerweise viel zitierte Faktor „Güte und Kontinuität der therapeutischen Beziehung“ kann so in der Behandlungsorganisation wirksam gemacht werden.

Ein nächster wichtiger Entwicklungsschritt stationär-ambulanter vernetzter Arbeit des Krankenhauses wird darin bestehen, die Leistungen nicht nur in den Räumen der eigenen Institutsambulanz, sondern auch im häuslichen Umfeld erbringen zu können (home treatment). Zusätzlich können beispielsweise störungsspezifische Gruppenangebote mit psychotherapeutischem und/oder psychoedukativem Schwerpunkt in den Krankenhäusern angeboten werden, die gemeinsam von stationären, teilstationären und ambulanten Patienten besucht werden. Die Übergänge von der Klinik in das häusliche Umfeld können so bruchlos und abgestimmt auf den individuell fluktuierenden Unterstützungsbedarf justiert werden.

Im neuen Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist in der bisher vorliegenden Fassung leider die Chance vertan worden, einen Anreiz für solche sektorübergreifenden Versorgungsmodelle mit durchlässiger Betreuungskontinuität zu setzen. Es bleibt zu hoffen, dass dies durch Weiterentwicklungen des PEPP-Kataloges oder auch durch innovative Modellprojekte noch realisiert wird.

Ein Planungsgrundsatz für die Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in NRW lautet: „Die Psychosomatik soll zukünftig als integraler Bestandteil der Psychiatrie geplant werden.“ Wie stellen Sie sich

auf dieser Planungsgrundlage die zukünftige Versorgung psychischer Erkrankungen in den Krankenhäusern vor? Was ändert sich für die Patientinnen und Patienten?

In der Vergangenheit hat sich die Gliederung der Krankenhausplanung weitgehend an den ärztlichen Fachdisziplinen und deren Weiterbildungsordnungen ausgerichtet. In NRW gab es entsprechend getrennte Planungen für psychiatrische bzw. für psychosomatische Betten und Plätze. (Psychologische) Psychotherapie kam entsprechend gar nicht vor. Nun werden die Psychiatrie und die Psychosomatik gemeinsam geplant. Ich halte das für sehr sinnvoll, denn beide Disziplinen behandeln überlappende Diagnosegruppen. Essstörungen sind z. B. eine Domäne der Psychosomatischen Medizin, Schizophrenien und bipolare Störungen sind eine Domäne der Psychiatrie, Depressionen werden in beiden Fachgebieten behandelt. Damit vollzieht sich implizit ein Übergang von facharztbezogenen hin zu stärker patientenbezogenen Planungsgrundlagen. Die Nosologie und Epidemiologie, also Art und Häufigkeit psychischer Störungen, und damit der Behandlungsbedarf der Bevölkerung rücken stärker in den Vordergrund. Um diesen Bedarf zu decken, können dann in einer Versorgungsregion verschiedene Krankenhäuser mit ihren spezifischen Disziplinen und Kooperationspartnern ihre Leistungsangebote in die regionale Versorgungsplanung einbringen.

Dieser begrüßenswerte Schritt zu einer stärkeren psychiatrisch-psychosomatischen Integration in der Krankenhausplanung wird aber leider im aktuellen PEPP-Entgeltsystem konterkariert. Hier werden neue Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten bei der Kalkulation der zukünftigen Entgelte geschaffen. Das neue PEPP-Entgeltsystem finanziert die Depressionsbehandlung in der psychosomatischen Klinik besser und länger als in der psychiatrischen Klinik. Diese Fehlkonstruktion in der PEPP-Systematik ist besonders unverständlich, weil zwar eine hohe Schnittmenge im diagnostischen Spektrum besteht, hinsichtlich Schweregrad und Verlaufsprognose jedoch in den psychiatrischen Kliniken das klinisch und prognostisch deutlich schwierigere Klientel versorgt wird.

Zusätzlich leisten die psychiatrischen Kliniken 24 Stunden und sieben Tage die Woche Pflichtversorgung für PsychKG-Patienten aus der Region. Hier entstehen psychiatrischen Krankenhausträgern hohe Vorhaltekosten und ein hoher Koordinationsaufwand beispielsweise hinsichtlich eines abgestimmten Entlassmanagements mit den Trägern des gemeindepsychiatrischen Verbundes (z. B. betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Dienste). Wir bekennen uns zu diesen Leistungen, weil sie Eckpfeiler unseres sozialpsychiatrischen Selbstverständnisses sind. Dennoch wird dieser Aufwand bisher an keiner Stelle des PEPP-Entgeltsystems finanziert.

An dieser Stelle darf ich es auch einfach lerntheoretisch formulieren: Auch Krankenhausplanung und Entgeltsystem müssen den Gesetzen des operanten Kontingenzmanagements folgen. Die Aufnahme und Behandlung des suizidalen depressiven Patienten am Wochenende mit desolater familiärer und beruflicher Situation in der psychiatrischen Klinik muss differenziell mindestens so aufwandsgerecht honoriert werden wie die elektive Aufnahme eines Patienten mit depressiver Episode und stabilen Ressourcen und Netzwerken in der psychosomatischen Klinik. Ohne adäquate Anreize in der Entgeltsystematik, bei denen das Geld dem fachlich Wünschenswertesten folgt, werden wir in der psychiatrischen Krankenhausversorgung eine doppelt fatale Entwicklung erleben. Wir werden eine Kombination haben, bestehend einerseits aus einer Unterversorgung von psychiatrischen Patienten mit schwerer Verlaufsprognose, bei denen eine klare Indikation zur Klinikbehandlung vorliegt, und andererseits einer stationären Überversorgung von psychosomatischen Patienten, die fachlich adäquater und wirtschaftliche Ressourcen schonender von ambulanter Psychotherapie profitieren würden.

Dennoch setzt in den psychiatrischen Kliniken schon etwa nach drei Wochen, in den psychosomatischen Kliniken dagegen erst nach ca. sieben Wochen, eine schlechtere Honorierung ein (sog. verweildauerabhängige Degression der Entgelte). In Verbindung mit der gemeinsamen Planung im neuen Krankenhausplan entsteht so die Gefahr, dass stark betriebswirtschaft-

lich ausgerichtete Krankenhaussträger jetzt die gut dotierte Psychosomatik für sich entdecken und Betten beantragen werden, und dies im Sinne eines Nullsummenspiels dann zu Lasten der psychiatrischen Grundversorgung ausgeht.

Frage: Welchen Stellenwert haben aus Ihrer Sicht evidenzbasierte Leitlinien in der Gestaltung der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Welchen Stellenwert sollten sie haben?

Evidenzbasierte Leitlinien stellen in der Versorgung psychisch kranker Menschen einen unschätzbar wertvollen Fortschritt dar.

Leider hängt ihnen immer noch das Missverständnis einer standardisierten Kochbuchtherapie an. Leitlinienorientierung wird immer balanciert mit einer gleichgewichtigen, individualisierten Klärung von Behandlungsauftrag und Therapiezielen, die gemeinsam von Patient und Behandler erarbeitet werden („*shared decision making*“).

Bei allen zu Recht diskutierten Schwachstellen bei der Entwicklung von Leitlinien sind sie ein Quantensprung gleichermaßen für die klinische Qualitätssicherung und Fachsupervision, für die Stimulation von Erkenntnisfortschritten aus der Dialektik zwischen klinischer Forschung und therapeutischer Praxis, für die Strukturierung niveauevoller und einheitlicher Aus- und Weiterbildung, für die weitere Entwicklung einer allgemeinen, schulenübergreifenden Psychiatrie und Psychotherapie, und nicht zuletzt für das verbrieftete Recht des Patienten, als Laie eine Therapie nach aktuell bestverfügbarem Wissenstand zu erhalten und nicht nach den persönlichen, möglicherweise verzerrten Glaubenssystemen des Therapeuten.

Im Krankenhaus ist leitliniengestützte Behandlungsplanung vielleicht noch zwingender als im niedergelassenen Bereich, um für den Patienten ein abgestimmtes Procedere zwischen verschiedenen Ärzten und Therapeuten zu gewährleisten. Im PsychiatrieVerband des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe realisieren wir dieses durch Behandlungspfade zum Beispiel bei Schizophrenie, Depression und Suchterkrankungen.

Auch für den Krankenhausplan sind langfristig die Vorgabe von Qualitätskriterien und damit auch die Orientierung an Leitlinien hilfreich. Der Krankenhausplan soll ja nicht nur quantitativ die Bettenkapazitäten festlegen, sondern im gleichen Zug auch qualitativ die Weiterentwicklung der stationären Versorgung befördern. Daher ist es grundsätzlich richtig, den Kliniken einen Anreiz zu setzen, Leitlinien und andere Qualitätsindikatoren zu implementieren. Dennoch muss man realistisch eingestehen, dass die Ausrichtung an Qualitätsindikatoren im Krankenhausplan in NRW erst den Startpunkt einer langfristigen Entwicklung setzen kann. Ein Krankenhausplan fokussiert auf Strukturqualität; Leitlinien fokussieren dagegen auf die Prozessqualität der individuellen Behandlungssinteraktion. Valide Indikatoren für Ergebnisqualität zu definieren, ist gerade im Bereich der Psychiatrie extrem schwierig und fehleranfällig. Innerhalb identischer Diagnosen der ICD-Kategorien finden sich Subgruppen von Patienten mit sehr günstiger versus sehr ungünstiger Verlaufsprognose. Die Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, die in hohem Maße ihre Verantwortung für schwerkranke Personen mit rezidivierenden oder sogar therapieresistenten Verläufen wahrnehmen, können so trotz fachlich hoch qualifizierter Therapie im Ergebnis statistisch negativere Erfolgsindikatoren aufweisen als „Rosinen pickende“ Kliniken mit fachlichen Defiziten. Der Einbezug von Qualitätsindikatoren steht daher in der Krankenhausplanung noch in den Anfängen, der jetzt dazu in NRW gesetzte Impuls stärkt aber diese richtige Richtung.

Sie selbst sind Psychologischer Psychotherapeut. Wie beurteilen Sie, dass im Entwurf der Krankenhausrahmenplanung NRW unsere Berufsgruppe nicht erwähnt wird, obwohl sie zu einem erheblichen Teil die stationäre psychotherapeutische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleistet? Immerhin finden wir in den Krankenhäusern NRW neben den rund 1.300 Fachärzten auch rund 1.000 approbierte Psychologische Psychotherapeuten.

Erklärtes Ziel im PsychiatrieVerband des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe ist die

Stärkung der Psychotherapie in der Krankenhausversorgung. Diese Position vertrete ich als Psychologischer Psychotherapeut nicht aus berufspolitischem Lobbyismus, sondern aus rein patientenorientierter Überzeugung. Pragmatische und konzeptionelle Gründe kommen für eine Stärkung von Psychologie und Psychotherapie zusammen.

Pragmatisch erleben wir aktuell einen gerade in der Psychiatrie bemerkenswerten Ärztemangel. Gleichzeitig gestaltet sich die angestrebte Niederlassung in eigener Praxis bei vielen unserer neu approbierten jungen psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen sehr schwierig, weil die gesetzliche Krankenversicherung die Zulassung zu stark begrenzt. Dies eröffnet ein „historisch günstiges“ Zeitfenster, die Psychotherapie stärker in die klinisch-stationäre Versorgung zu integrieren und ihr dort neues und angemesseneres Gewicht zu verleihen.

Ich habe vor einigen Monaten gemeinsam mit den ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Leitungen der Kliniken einen Workshop ausgerichtet, der die Perspektiven für eine stärkere Integration von Psychologie und Psychotherapie beleuchtet hat. Diese Perspektiven umfassen gleichermaßen auf der fachlichen Ebene die interdisziplinären Behandlungskonzepte sowohl auf „psychotherapielastigen“ Stationen (z. B. mit Patienten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind) als auch auf „klassisch-psychiatrischen“ Stationen zur Behandlung von Psychosen. Fachliche Fragen haben wir komplementär ergänzt mit Fragen erweiterter Leitungsfunktionen, Aufstiegschancen und verbesserter Tarifstrukturen für Psychologen bzw. Psychologische Psychotherapeuten.

Ich bin persönlich überzeugt, dass die Verbesserung der beruflichen Perspektiven eine vielfache Win-win-Situation darstellt, nämlich im Sinne einer tatsächlich gelebten biopsychosozialen Störungs- und Behandlungskonzeption für die Patienten, für die „kulturelle“ Weiterentwicklung der Kliniken, für die Patienten, die psychotherapeutische Leistungen immer selbstverständlicher in Kliniken anfragen und erwarten, und nicht zuletzt auch für die weitere Profilierung unseres Faches und eine Perspektivenentwicklung für unsere jungen Kolleginnen und Kollegen.

Neu auf der Homepage der PTK NRW: Qualitätszirkel und Neuropsychologie

Die Psychotherapeutenkammer NRW bietet für ihre Mitglieder einen neuen Service auf ihrer Homepage: Wer einen Qualitätszirkel sucht oder seinen Qualitätszirkel anderen bekanntmachen möchte, kann dies jetzt auf den Internetseiten der Kammer (Rubrik: Fortbildung) tun. Die Anzeige eines Qualitätszirkels ist kostenlos und für ein Jahr online.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat darüber hinaus für Patienten und Psychotherapeuten auf ihrer Homepage neue Seiten

zur neuropsychologischen Therapie eingerichtet. Dort kann man Psychotherapeuten finden, die die Weiterbildungsbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ bei der PTK NRW erworben haben (Rubrik: Mitglieder).

Psychotherapeuten, die Neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen ihrer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit anbieten, können dies in die NRW-Psychotherapeutensuche der Kammer eintragen lassen (Rubrik: Patienten).

Geschäftsstelle

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 einen Juristen

Mo: 12.00–13.00 Uhr

Mi: 14.00–15.00 Uhr

Do: 14.00–15.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 53

Mitgliederberatung

durch den Vorstand

Mo: 12.00–13.00 Uhr

13.00–14.00 Uhr

Di: 13.00–14.00 Uhr

18.30–19.00 Uhr

Mi: 13.00–14.00 Uhr

Fr: 11.00–12.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 27

Anfragen

Fortbildungsakkreditierung

Mo-Do: 13.00–15.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 30

Anfragen

Fortbildungskonto

Mo-Do: 13.00–15.00 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 31

Anfragen

Mitgliederverwaltung

Mo-Do: 14.00–15.00 Uhr

Anfangsbuchstaben des Nachnamens:

A bis K

Telefon 0211/52 28 47 14

L bis Z

Telefon 0211/52 28 47 17

Beratung zur Sachverständigentätigkeit

Di-Do: 14.30–15.30 Uhr

Telefon 0211/52 28 47 32