

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

3. Dialogforum „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“, Berlin 20.05.2020

Handlungsbedarfe bestehen aus Sicht der DGPT insbesondere bei:

1. Psychotherapie im Alter
2. Psychotherapie bei Psychosen
3. Strukturierte und koordinierte Versorgung bei komplexem Behandlungsbedarf.

Zu 1)

Wenn Alter auch nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden darf, so treten doch bestimmte Erkrankungen im hohen Lebensalter vermehrt auf. Einen besonderen Stellenwert haben dabei psychische Erkrankungen wie Depression und Demenz. Ihre Behandlung muss sich an den persönlichen Ressourcen der Patienten orientieren.

Die Versorgung psychisch kranker Älterer stellt eine besondere Herausforderung dar. Nicht nur, dass ihre Zahl sich in den nächsten 30 Jahren in etwa verdoppeln wird. Mit steigendem Lebensalter leiden Menschen zunehmend auch an körperlichen Erkrankungen, die mit den psychischen Krankheiten interagieren.

Die Psychotherapie älterer und alter Menschen gewinnt zunehmend an Bedeutung und wird zunehmend nachgefragt. Dies geht nicht nur auf die demographische Entwicklung und den Strukturwandel des Alters zurück, sondern auch auf die Tatsache, dass heutige Ältere für entsprechende Angebote viel aufgeschlossener sind und Psychotherapeuten vermehrt auch Ältere behandeln, wenn auch bei weitem noch nicht im erforderlichen Ausmaß. Evaluationsstudien haben gezeigt, dass Psychotherapie im Alter wirksam ist, im ambulanten wie im stationären Setting. Dennoch sind Ältere mit psychotherapeutischen Behandlungen noch immer unterversorgt. Für PsychotherapeutInnen mangelt es an Aus- und Fortbildungen, die Altersfragen entsprechend ihrer Bedeutung berücksichtigen.

Daraus ergeben sich folgende Versorgungserfordernisse:

- die Etablierung der Gerontopsychiatrie als Subdisziplin der Psychiatrie
- die Schaffung von Lehrstühlen für Gerontopsychiatrie,
- die Verbesserung der Rahmenbedingungen von psychisch kranken alten Menschen
- mit der Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken,
- die Verbesserung der präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen,
- die Verbesserung von regionalen gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepten,
- die Vermehrung von gerontopsychiatrischen Tageskliniken und gerontopsychiatrischen Zentren (derzeit 9) in der BRD,
- die Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie von Allgemein- und Fachärzten,
- die Zusammenarbeit von Geriatrie, Altenhilfe und Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
- Einrichtung altersgerechter stationärer und teilstationärer psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten für Ältere
- Die Vermittlung von Kenntnissen über somato-psycho-soziale Alterungsprozesse und über die Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Behandlung Älterer muß in die Curricula der psychotherapeutischen Fortbildung für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten implementiert werden.
- Förderung von Forschungsvorhaben und Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis.

Die psychotherapeutische Versorgung der Älteren ist eine Aufgabe für die Gesellschaft, gerade in unserer Zeit.

Zu 2)

Psychotische und Borderline-Erkrankungen zeichnen sich allgemein durch einen erheblich gestörten Bezug zur Realität aus. Während der Realitätsbezug bei neurotischen Erkrankungen lediglich in Teilbereichen gestört ist, ist er bei psychotischen Krankheiten zur Gänze in Frage gestellt. Lange Zeit bestand unter klinischen Fachleuten ein Konsens, dass psychotischen Patienten lediglich eine medikamentöse Linderung ihrer Symptomatik ermöglicht werden kann. Schon dies konnte bereits als Erfolg angesehen werden, vergegenwärtigt man sich den erheblichen Leidensdruck, den psychotische Erkrankungen oft mit sich bringen, wie z. B. sich von inneren Stimmen gelenkt zu fühlen, selbstverletzendes Verhalten bis hin zur Suizidalität etc.. Ein psychotherapeutisch-psychoanalytisches Verstehen des Krankheitsgeschehens und daraus abgeleitete therapeutische Möglichkeiten seiner Beeinflussung schien jedoch nur sehr eingeschränkt, und wenn, dann ausschließlich im stationären Rahmen, möglich zu sein.

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Erforschung und Behandlung von psychotischen Erkrankungen jedoch erhebliche Fortschritte gemacht. Namhafte Autoren vor allem psychoanalytischer Herkunft haben bahnbrechende Beiträge zum Verständnis der Psychodynamik psychotischer Erkrankungen und ihrer Behandlung beitragen können. Dies hat, zusammen mit verbesserten Möglichkeiten der medikamentösen Einstellung psychotischer Patienten, dazu geführt, dass diese Patientengruppe nun auch im ambulanten Bereich behandelt werden kann. Dem hat der Gemeinsame Bundesausschuß (G-BA) im Jahr 2015 durch eine entsprechende Änderung der Psychotherapie-Richtlinie bereits Rechnung getragen.

Der Fortschritt in der Psychosentherapie hat dazu geführt, dass es heute zahlreichen Fortbildungsmöglichkeiten in diesem Feld gibt. So bietet beispielsweise die International Psychoanalytic University Berlin heute eine curriculare Fortbildung in Psychodynamischer Psychosentherapie, in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité an. Diese führt zu einem Zertifikat des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie (DDPP e. V.).

Der DGPT liegt die Versorgung an Psychose erkrankter Patienten ebenfalls sehr am Herzen. Daher setzt sie sich für eine entsprechende Fortbildung ihrer Mitglieder ein und unterstützt die Forschung im Bereich der Psychosentherapie, so aktuell die Studie „Modifizierte Psychodynamische Psychotherapie für Schizophrenien (MPP-S Studie) unter Federführung von Prof. Dr. Dorothea von Haebler, PD. Dr. Christiane Montag und Dr. Günter Lempa. Die Studie soll zeigen, dass Psychotherapie für Menschen mit Psychosen in allen Phasen der Erkrankung und bei jedem Schweregrad der Erkrankung indiziert ist. Sie möchte zugleich die Forschungslücke von randomisiert-kontrollierten Studien zur Psychosentherapie, welche häufig als fehlende Wirksamkeit mißverstanden wird, schließen. Die MPP-S Studie ist die erste und einzige randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) zur Psychosenpsychotherapie seit den 80-er Jahren mit einem psychodynamischen Konzept.

Dennoch bleibt die Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Störungen eine Herausforderung für jeden einzelnen Therapeuten, erfordert sie doch eine spezifische psychotherapeutische Haltung, eine spezielle Art des Umganges mit der Gegenübertragung, sowie spezielle behandlungstechnische Interventionen. Darüber hinaus sind im Praxisalltag oft besondere organisatorische Maßnahmen für die Behandlung psychotischer Patienten zu treffen, wie z. B. die Einrichtung einer psychiatrischen Mitbehandlung oder gegf. der Einbezug von Personen des Umfeldes des Patienten. Auch vor dem Hintergrund der höheren emotionalen Belastung des Psychotherapeuten führt dies dazu, dass ein ambulanter Therapeut, der sich an Psychosentherapie herantraut, wenn,

dann eher wenige psychotische Patientin in seiner Praxis behandeln kann. Vor diesem Hintergrund sieht die DGPT noch einige Handlungsbedarfe in Punkto Forschung, Fortbildung und organisatorischer Hilfestellung für eine breitere Verankerung der Psychosentherapie in der Versorgungslandschaft.

Zu 3)

Koordinierte Versorgung von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf

Schwer und oft chronisch psychisch kranke Patienten bedürfen häufig einer vernetzten und sektorübergreifenden Versorgung durch mehrere Leistungserbringer (Psychotherapeuten, Psychiater, weitere Fachärzte, Soziotherapeuten, häusliche Krankenpflegedienste, betreutes Wohnen etc.). In der ambulanten Versorgung fehlen bisher Möglichkeiten der strukturierten und vernetzten Versorgung. Eine patientengerechte Koordination der einzelnen Maßnahmen wird bisher weder im Leistungskatalog der GKV noch durch entsprechende Servicedienste - z.B. der regionalen KVen - unterstützt.

Diesen Mangel hat wohl auch der Gesetzgeber erkannt und mit dem Psychotherapeuten-Ausbildungsreformgesetz einen neuen Absatz 6b zu § 92 in das SGB V geschrieben. Danach wird der G-BA beauftragt, bis zum 31.12.2020 „Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ beschließen. Es ist zu begrüßen, dass in diesem Zusammenhang Regelungen zu finden sind, die den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung erleichtern sollen. Problematisch erscheint hingegen die Vorgabe, diagnose- und leitlinienorientiert die Behandlungsbedarfe zu konkretisieren. Gerade bei einer schweren und chronifizierten psychischen Erkrankung sollte der Behandlungsbedarf patientenorientiert ermittelt werden. Dieser hängt von den persönlichen und sozialen Ressourcen, der Compliance und Behandlungsmotivation, der Absprachefähigkeit, der Selbststeuerungsfähigkeit etc. des einzelnen Patienten ab und sollte nicht vorab über eine Diagnose normiert werden.

Der NPPV Selektivvertrag (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) in NRW versucht die hier beschriebenen Versorgungsmängel im ambulanten Sektor anzugehen. Die für das Projekt beschriebenen Ziele (u.a. frühzeitige Feststellung des Versorgungsbedarfs, hohe Zuwendungsdichte in versorgungskritischen Situationen, Vernetzung aller relevanten Akteure, zeitnahe, bedarfsgerechte und koordinierte Behandlung) sind uneingeschränkt unterstützenswert. Das Projekt ist aber in seiner inhaltlichen Ausgestaltung, dem einbezogenen Diagnosespektrum, der Gestaltung der aufsuchenden Versorgung, der Gestaltung zusätzlicher Leistungen und der Einbeziehung eines externen IT-Dienstleisters nur zum Teil ein geeignetes Modell für die neuen Regelungsbedarfe in Absatz 6a des § 92 SGB V.

Das einbezogene Diagnosespektrum bezieht sich vor allem auf Erkrankungen, die häufig in der neurologischen und psychiatrischen Sprechstunde zu finden sind. Es fehlen schwere chronifizierte psychische Erkrankungen aus dem Spektrum der Angst-, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen, die gleichermaßen zu persönlicher und sozialer Desintegration führen und einen komplexen Behandlungsbedarf begründen können.

Die Übertragung der aufsuchenden Versorgung auf weitergebildete Sprechstundenhelferinnen erscheint fachlich fragwürdig. Explizit wird die EVA-NP (Entlastende Versorgungsassistentin aus neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen) zur Sicherstellung der aufsuchenden Versorgung genannt. Hier erschiene uns je nach Zielsetzung die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern oder psychiatrischen Fachpflegekräften erforderlich.

Die neuen Leistungen sind im NPPV Projekt vor allem als delegierbare Leistungen konzipiert (neben der Verwaltungs-, EDV- und Koordinationsarbeit, Psychoedukation, themenzentrierte Gruppen, aufsuchende Versorgung), die von Praxispersonal übernommen werden können. Das Versorgungskonzept ist dabei erkennbar abgestimmt auf bestehende Strukturen der ambulanten Praxen für Neurologie und Psychiatrie und ist für psychotherapeutische Praxen oft nicht umsetzbar.

Unterstützende und koordinierende Leistungen durch ein Netzwerkmanagement können grundsätzlich ein sinnvoller Bestandteil der Versorgung sein. Hier wäre es wünschenswert, dass die regionalen KVen in diese Aufgabe eingebunden würden.

Ambulante vernetzte Versorgung bei komplexem Behandlungsbedarf sollte somit die folgenden Aspekte berücksichtigen: Patientenorientierung statt Diagnoseorientierung, Aufsuchende Versorgung durch Fachpflegekräfte und Sozialarbeiter statt Praxispersonal, unterstützende und koordinierende Serviceleistungen in Hoheit der regionalen KVen (z.B. Unterstützung bei der Vermittlung spezieller Angebote und Behandlungsplätze), Kommunikation und Führung einer gemeinsamen Patientenakte über die Telematik-Infrastruktur, Angemessene Vergütung von Kommunikations- und Koordinationsleistungen, Berücksichtigung auch schwerer und chronifizierter psychischer Erkrankungen aus dem Spektrum der Angst-, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen.

Berlin, den 13.03.2020

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT