

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen Qualität der Versorgungsabläufe auf dem Prüfstand

PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER, VORSTANDSVORSITZENDER DER DAK-GESUNDHEIT



Bei der Beschäftigung mit der Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland stößt man fachlich und thematisch auf komplexe Sachverhalte. Allein die Fülle der unterschiedlichen fachspezifischen Begriffe im Zusammenhang mit dem Thema fällt ins Auge und verdeutlicht, wie viele Professionen, Methoden, Richtlinien und Verfahren Teil des Versorgungsprozesses sind. Hier nur ein paar Begriffe, die die Vielschichtigkeit der Thematik verdeutlichen sollen: Probatorik, Vertragstherapeut, Richtlinienpsychotherapie, Psychoanalyse, Gutachterverfahren, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Konsiliarverfahren, ärztlicher Psychotherapeut, Psychiater, Neurologe, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Systemische Therapie. Diese Aufzählung ließe sich beliebig fortsetzen und zeigt, wie stark die Versorgung psychisch Kranker mit den unterschiedlichsten Sektoren des Gesundheitssystems verbunden ist. Die Vielschichtigkeit in der Begrifflichkeit spiegelt sich auch in der Versorgungssituation Betroffener wider.

Prävalenz psychischer Erkrankungen

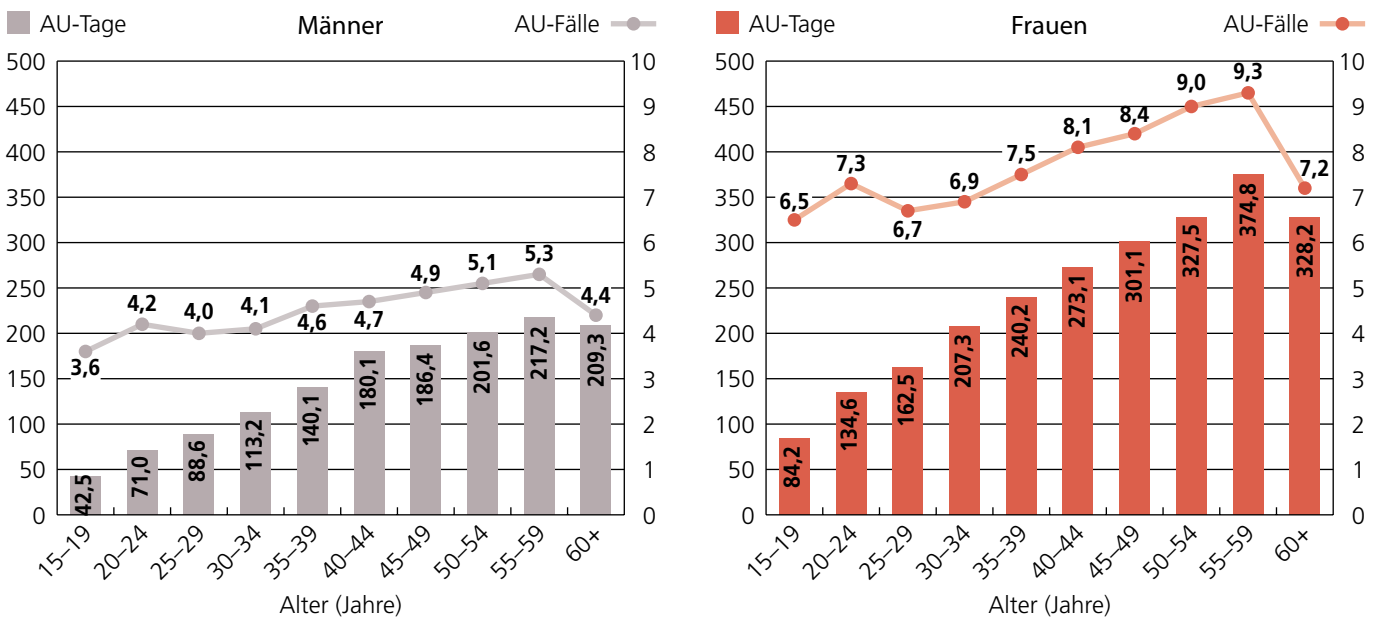
Die DAK-Gesundheit hat in den letzten Jahren mehrfach den Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Erwerbstätigen analysiert. Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ist seit etwa 15 Jahren die bei weitem auffälligste Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Die DAK-Gesundheitsreporte 2002, 2005 und 2013 trugen wesentlich dazu bei, diese Entwicklung der Öffentlichkeit und Fachwelt zur Kenntnis zu bringen.

Im DAK-Gesundheitsreport 2013 kann nun ein Zeitraum von 16 Jahren (1997-2012) überblickt werden. In dieser Zeit haben sich die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen überproportional gesteigert. Im Folgenden wird in das Thema eingeführt, indem die wichtigsten Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund psychischer Diagnosen präsentiert werden. Bevor sich dann weitere differenzierte Analysen anschließen, wird so die – zunächst rein quantitative – Relevanz des Themas aufgezeigt.

Von 1997 bis 2012 nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent, oder anders gesagt, um den Faktor 2,7, zu. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten, also die AU-Fälle, nahm in etwa der gleichen Größenordnung zu, nämlich um 142 Prozent bzw. um den Faktor 2,4. Die Betroffenenquote, also der Anteil der Beschäftigten, die wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben waren, wächst im betrachteten Zeitraum um 131 Prozent.

Mit einem Anteil von 14,5 Prozent an den Fehltagen rücken die psychischen Erkrankungen auf Rang zwei der häufigsten Ursachen für Krankschreibungen vor – hinter Muskel-Skelett-Erkrankungen. Unter den Frauen ist mehr

Fehltage für psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht



AU-Tage je 100 Versichertenjahre

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012



In den verschiedenen Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen unterschiedlich häufig. Sie nehmen aber bei Männern und Frauen tendenziell mit dem Alter zu.

als jeder sechste AU-Tag einer psychischen Diagnose zuzuschreiben. Ausfälle, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, dauern sehr lange, im Durchschnitt 33,2 Tage. Noch länger sind nur die Fehltage wegen Neubildungen (beispielsweise Krebserkrankungen). Die durchschnittliche Dauer aller Diagnosekapitel liegt bei 12,6 Fehltagen.

Zwar ist die Zunahme der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen sehr hoch und die Ausfalldauer sehr lang. Absolut gesehen bleibt der Anteil der Betroffenen demgegenüber aber relativ gering, beispielsweise im Vergleich zu Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen, die traditionell auf den vorderen Rängen der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit stehen.

Von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose waren im Jahr 2012 4,5 Prozent der Erwerbstätigen betroffen. Das bedeutet, etwa jeder 22. Erwerbstätige war im Jahr 2012 wegen einer psychischen Diagnose einmal oder mehrmals krank geschrieben. Unter den Frauen beträgt dieser Anteil 5,9 Prozent, unter den Männern 3,3 Prozent (Zum Vergleich: Die Betroffenenquote bei Atemwegserkrankungen liegt dagegen bei 20,2 Prozent und bei Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 11,9 Prozent.)

Bei der Betrachtung der Entwicklung des AU-Geschehens der psychischen Diagnosen ist – sozusagen als Hintergrund – das AU-Geschehen insgesamt zu berücksichtigen. Während der Gesamtcrankenstand seit 1997 Schwankungen unterliegt, die bis zu 20 Prozent nach oben betragen, vollzieht sich beim AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen dagegen eine Steigerung um 165 Prozent. Somit lässt sich festhalten: Der Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen vollzieht sich vor dem Hintergrund eines vergleichsweise wenig volatilen Gesamtvolumens an Krankschreibungen.

Unterschiede nach Geschlecht und Altersverlauf

Grundsätzlich sind Frauen weit mehr von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen als Männer. Wie unterscheiden sich die Diagnosen im Geschlechtervergleich?

Zunächst unterscheidet sich die Rangfolge der Einzeldiagnosen nicht nach Geschlecht. Das heißt für Frauen wie für Männer ist die Depression (F32 und F33) diejenige Diagnose, die (mit Abstand) die meisten Fehltage verursacht. Darauf folgt die Anpassungsstörung (F43), auf Rang 3 an-

dere neurotische Störungen (F48) usw. bis zu Rang 6 mit den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

Jede dieser psychiatrischen Diagnosen verursacht bei Frauen jedoch sehr viel mehr AU-Tage als bei den Männern. Der Unterschied beträgt zwischen 61 Prozent bei den „anderen Angststörungen“ (F41) und 102 Prozent bei den „anderen neurotischen Störungen“ (F48).

Einzigste Ausnahme hierbei sind die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10), die bei Männern mehr als doppelt so viele AU-Tage verursachen wie bei Frauen (9,4 zu 4,2 AU-Tage pro 100 Versicherte).

In verschiedenen Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen unterschiedlich häufig. Sie nehmen bei Männern wie bei Frauen tendenziell mit dem Alter zu. Dies gilt für die AU-Tage wie für die AU-Fälle (jeweils für 100 Versicherte angegeben). Lediglich die Altersgruppe der über 65-Jährigen verzeichnet geringfügig weniger AU-Tage wegen psychiatrischen Diagnosen als die vorangehende Altersgruppe der 55-59-Jährigen, und erheblich weniger AU-Fälle.

Burnout ist kein Massenphänomen

Im Jahr 2012 hatten die Ärzte nur bei jedem 500. DAK-versicherten Mann und jeder 330. Frau ein Burnout auf der Krankschreibung vermerkt. Es gibt offensichtlich kein Massenphänomen Burnout. Burnout ist eine Art Risikozustand und keine Krankheit. Der Begriff ist auch durch die breite Berichterstattung in den Medien positiver besetzt und sozial akzeptierter als eine Depression. Insofern hat die öffentliche Debatte dazu beigetragen, dass Arbeitnehmer beim Arzt leichter über psychische Beschwerden sprechen.

In der Öffentlichkeit wird das Thema Burnout häufig als eigenständige psychische Krankheit behandelt. In der Praxis vermerken die Ärzte diese Zusatzdiagnose auf der Krankmeldung meist ergänzend bei Depressionen und Anpassungsstörungen. Burnout kann unter einer Zusatzcodierung (Z73) auf der Krankmeldung begleitend vermerkt werden. Unter dieser Zusatzcodierung werden „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ erfasst. Vor einigen Jahren spielte das Burnout kaum eine Rolle. Die Zusatzcodierung wurde noch im Jahr 2004 so gut wie gar nicht auf der Krankmeldung vermerkt. Bis 2012 lässt sich – auch bedingt durch das geringe Anfangsniveau – ein steiler Anstieg verzeichnen. Insgesamt werden durch die Zusatzcodierung Krankschreibungen mit einem Volumen von etwa zehn Ausfalltagen pro 100 Erwerbstätige begründet. Zum

Vergleich: Die Depression verursacht mit 85 Fehltagen pro 100 Arbeitnehmer mehr als acht Mal so viele Ausfalltage.

Ohne dem Ergebnis der medizinischen Diskussion vorzugreifen, ob sich eine Burnout-Erkrankung als eigenständige Krankheitsentität definieren lässt oder nicht, bleibt zu konstatieren, dass die Häufigkeit des Phänomens nicht mit der medialen Prominenz korreliert.

Sind wir heute anders krank?

Arbeitsunfähigkeitsdaten geben zuverlässig Auskunft über das Ausmaß psychischer Diagnosen bei Krankschreibungen. Sie spiegeln allerdings nicht zwangsläufig die tatsächliche Verbreitung psychischer Erkrankungen wider.

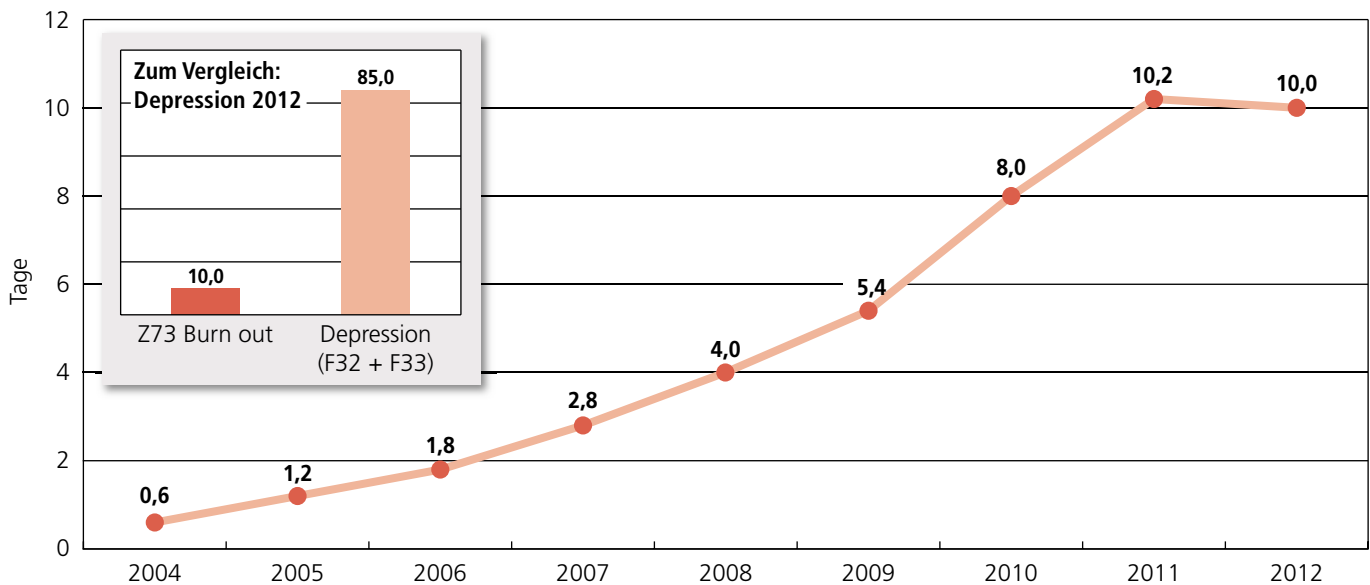
Die DAK-Gesundheit stellt in einer Langzeitanalyse ihrer Gesundheitsreporte fest, dass sich die Fehltagelast in den Betrieben deutlich verschoben hat: Während sich 1997 nur jeder 50. Erwerbstätige wegen eines psychischen Leidens krankmeldete, war es bereits jeder 22. im Jahr 2012. Frauen waren dabei fast doppelt so häufig betroffen wie Männer. Viele Arbeitnehmer werden heute mit einem psychischen Leiden krankgeschrieben, während sie früher mit Diagnosen wie chronische Rückenschmerzen oder Magenbeschwerden arbeitsunfähig gewesen wären. Ob dieser Trend eine echte Verschiebung des Krankheitsspektrums repräsentiert oder ob früher mehr psychiatrische Erkrankungen unter dem Deckmantel einer somatischen Diagnose kaschiert wurden, um den Betroffenen die Stigmatisierung eines psychischen Leidens zu ersparen, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion (siehe hierzu auch den Aufsatz „Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten“ von Prof. U.Hegerl in: Frankfurter Forum Diskurse Heft 8, 2013).

Behandlungsressourcen und Bedarfsplanung

Die Ausführungen über die Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie die Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Arbeitsunfähigkeit hin zu den psychischen Leiden machten es erforderlich, dass die Bedarfsplanung auf den Prüfstand kam und die Versorgungssituation insgesamt betrachtet wurde. Denn es gibt Anzeichen dafür, dass nur wenige Patienten mit psychischen Störungen zum Spezialisten gelangen.

Die Abbildung gibt Aufschluss über die Häufigkeit von Behandlungsfällen nach Arztgruppen bei der Diagnose F31 (Depressive Episode). Bundesweit sind derzeit in der Versorgung als zugelassene Therapeuten 13.369 psychologische Psychotherapeuten (+ 2,6 Prozent zum Vorjahr),

AU-Tage aufgrund von Z73: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung („Burnout“)



AU-Tage je 100 Versichertenjahre

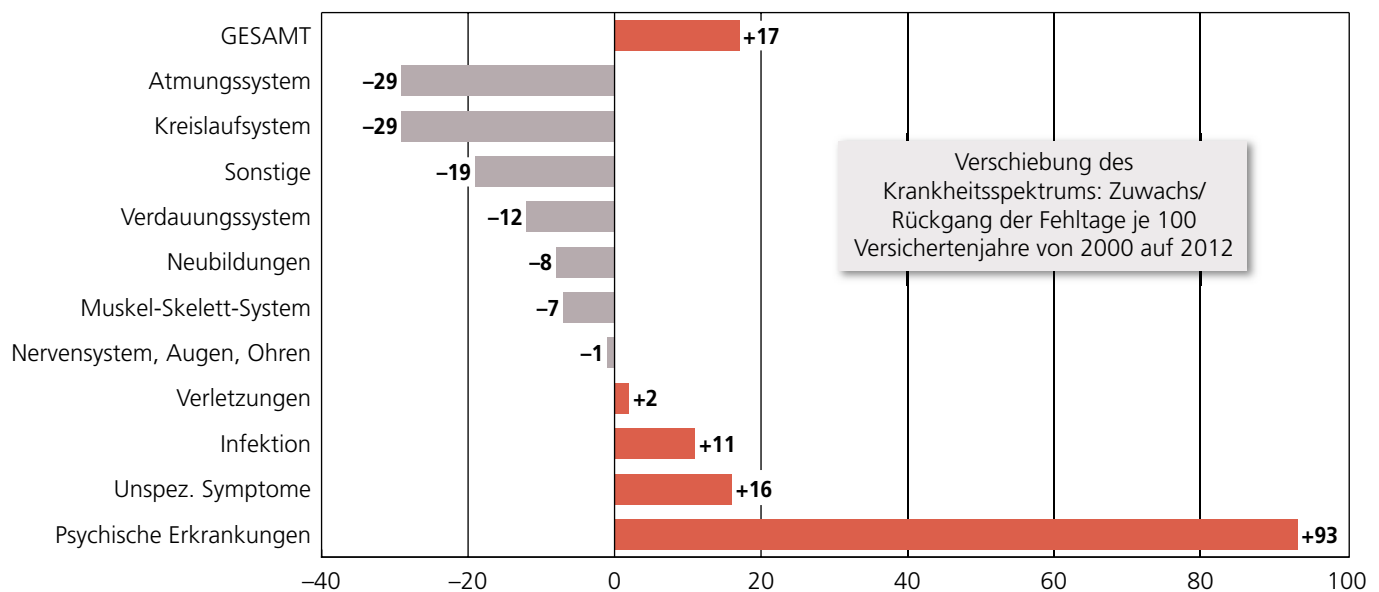
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2004-2012



Mit der Zusatzcodierung Z73 („Burnout“) werden Krankschreibungen im Umfang von etwa zehn Ausfalltagen pro 100 Erwerbstätige begründet. Im Vergleich dazu verursachen Depressionen acht Mal so viele Ausfalltage.

Verschiebungen im Krankheitsgeschehen im Vergleich der Jahre 2000 und 2012

„Sind wir heute anders krank, oder kriegen wir andere Diagnosen?“



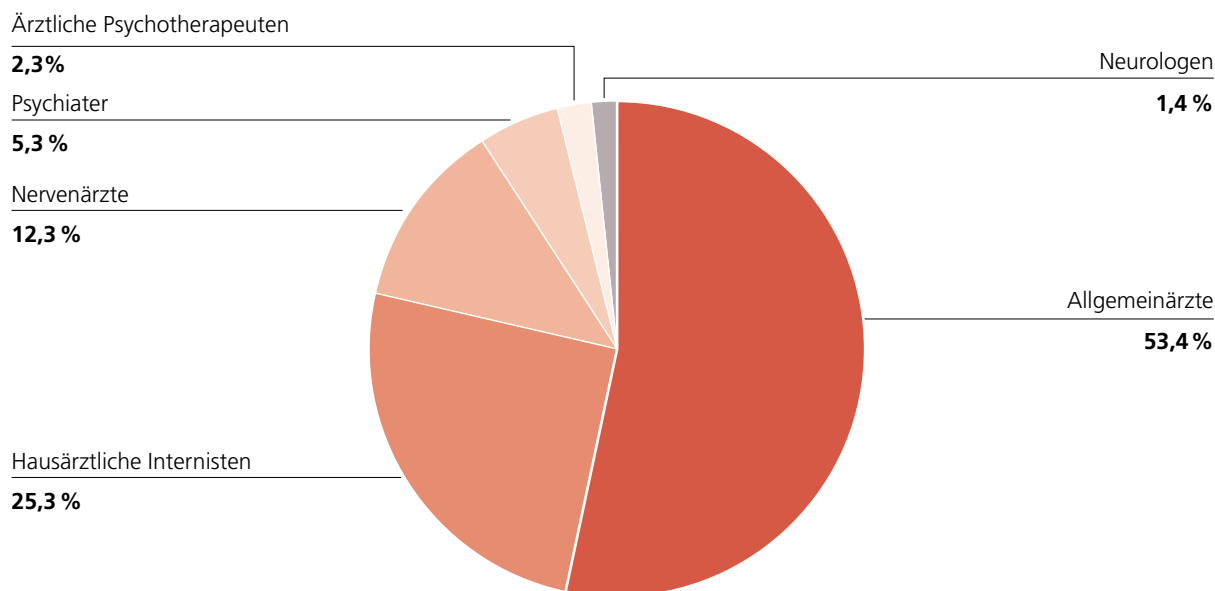
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012



In der Wissenschaft wird diskutiert, ob die Verschiebungen im Krankheitsgeschehen tatsächlich eine veränderte Morbidität spiegeln oder ob früher mehr psychiatrische Erkrankungen unter dem Deckmantel einer somatischen Diagnose kaschiert wurden.

Nur wenige Patienten mit psychischen Störungen gelangen zum Spezialisten

Depressive Episode (F31); Häufigkeit von Behandlungsfällen nach Arztgruppen



Quelle: Daten KV Nordrhein, Quartal 1/2011, N = 498.012 Behandlungsfälle



Patienten mit einer depressiven Episode werden in rund drei von vier Fällen vom Allgemeinarzt oder hausärztlichen Internisten behandelt. Nur etwas mehr als jeder fünfte Patient wird einem Spezialisten vorgestellt.

5322 ärztliche Psychotherapeuten (+ 7,8 Prozent) und 3110 Kinder- und Jugendlichentherapeuten (+ 3,6 Prozent) tätig (Quelle: KBV Grunddaten 2010).

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben gemeinsam festgelegt, dass im Rahmen der Bedarfsplanung ab Januar 2013 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für bis zu 1150 Psychotherapeuten möglich waren. Die Festlegung der räumlichen Verteilung der 1150 neuen Psychotherapeutesitze erfolgt mit dem Ziel einer verbesserten Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sowie unter Berücksichtigung der spezifischen Situation in Ballungsräumen (erhöhte Nachfragsituation für ambulante psychotherapeutische Leistungen). Dies gilt insbesondere für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die gegenüber den übrigen Therapeuten gestärkt und daher auch separat in der Planung berücksichtigt werden sollen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Verhältniszahlen (Einwohner/Psychotherapeut) so definiert, dass eine Verbesserung der Versorgung erreicht wird. Die Erwartung ist, die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie in absehbarer Zeit zu senken.

Vergütung

Auch bei den Vergütungsregelungen haben sich deutliche Verbesserungen ergeben. Das Honorar für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten steigt 2013 um einen Korridorbetrag zwischen 1,15 und 1,27 Milliarden Euro. Da die Vergütungsverhandlungen ab 2013 wieder regional geführt werden, kann die Bundesebene allerdings nur die Richtung vorgeben, die aber nach Einschätzung der KBV und des GKV-SV in den regionalen Honorarbeschlüssen ihren Niederschlag finden wird.

Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung ist von besonderer Bedeutung, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie aller Arztgruppen und die probatorischen Sitzungen der psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten und bestimmter Fachärzte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden, also ausgedeckt sind. Spätestens nach Ablauf von vier Jahren wird allerdings überprüft werden müssen, ob die Mengenentwicklung bei diesen Leistungen weiterhin überproportional zur Veränderungsrate steigt oder ob auf Grund einer Stabilisierung eine Eindeckung

in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung analog der Vorgaben möglich ist.

Nebeneinander verschiedener Therapieformen – Versorgungssteuerung fehlt

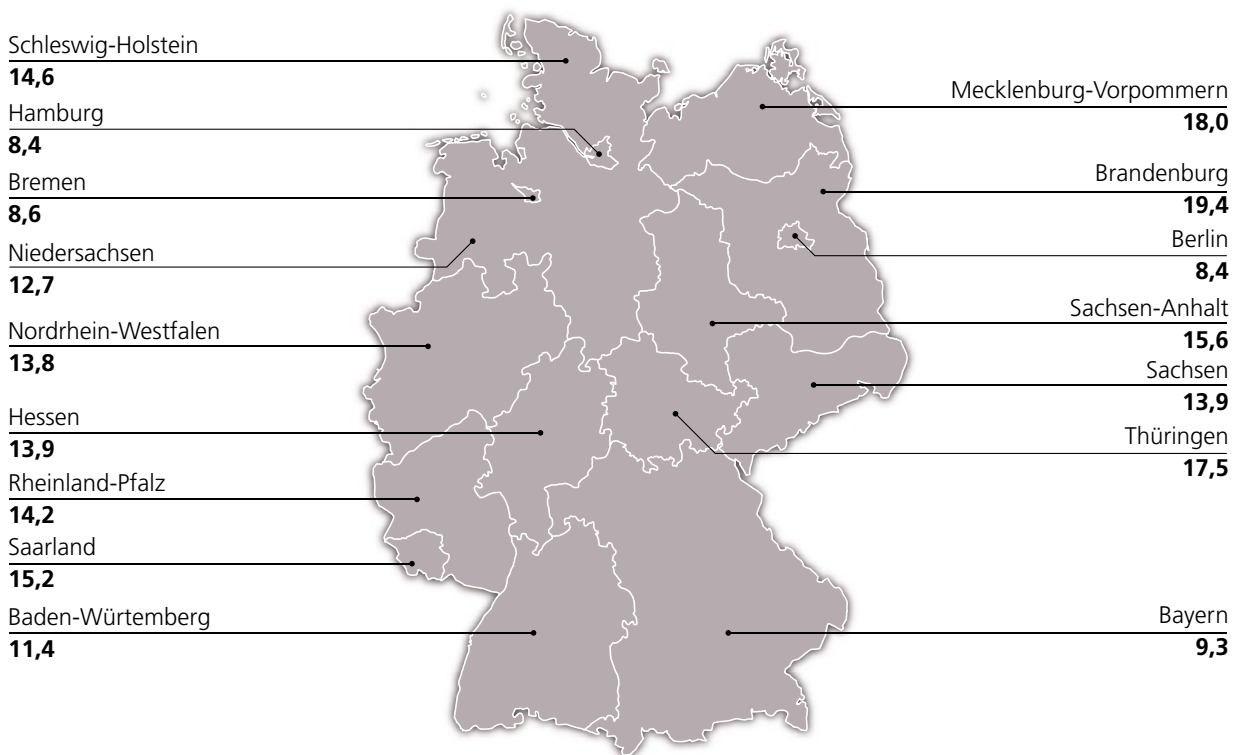
Für eine nachhaltige Qualitätssicherung bedarf es einer stärkeren Versorgungsforschung hinsichtlich der Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapieformen bei verschiedenen Erkrankungen. So existieren zwei völlig unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsformen für die gleichen Indikationen, die sich hinsichtlich ihrer Methodik und Dauer deutlich unterscheiden:

- Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Therapieformen mit Therapiedauern von 1-5 Jahren
- Verhaltenstherapie mit maximal 25-80 Sitzungen.

Die Versorgungsforschung sollte angesichts begrenzter Ressourcen stärker untersuchen, ob längere Therapien per se immer erfolgreicher sind als Kurzzeittherapien. Sehr lange Therapien binden in starkem Maße personelle Ressourcen und verlängern damit Wartezeiten.

Auch die Wahl und Zuweisung in die richtige Therapieform steht auf der Agenda. Die Therapeutesuche erfolgt meist auf Empfehlung des Hausarztes, durch Bekannte, Beratung durch Krankenkassen oder auch durch die Suche im Telefonbuch. Aber gelangen die Patienten mit ihren psychischen Leiden auch immer in die richtige Therapieform? Es fällt auf, dass die Verteilung der Therapieformen bei allen Diagnosen ähnlich ist. Eine Ausnahme bilden die phobischen Störungen, bei denen sich die Verhaltenstherapie häufig als effektivste Methode erwiesen hat, während bei sonstigen neurotischen Störungen die Psychoanalyse dominiert. Die Gruppentherapie findet derzeit als Behandlungsform kaum einen Niederschlag. Lediglich zwei Prozent der DAK-Versicherten befinden sich in einer Gruppentherapie. Diese Therapieform sollte jedoch – und so ist es auch im jüngsten Koalitionsvertrag fixiert – gefördert werden, nicht zuletzt um auch Wartezeiten zu reduzieren.

Wartezeiten auf ein Erstgespräch – Zeitraum in Wochen



Quelle: BPTK 2011



Die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch variieren je nach Region stark und reichen von rund acht Wochen (Hamburg) bis zu fast 20 Wochen (Brandenburg).

Inanspruchnahme – welche Unterschiede zeigen sich zwischen den Bundesländern?

Bei der Inanspruchnahme zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. In den Stadtstaaten Hamburg, Berlin, und Bremen nehmen etwa fünf Prozent der Versicherten eine Therapie in Anspruch, wo hingegen die neuen Bundesländer eine sehr niedrige Inanspruchnahme (ca. zwei Prozent) von Therapien vorweisen.

Nur ein kleiner Anteil der Versicherten der DAK-Gesundheit wurde neben der ambulanten Therapie auch stationär in einer psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses behandelt. In Sachsen ergab sich aus einer Umfrage das Bild, dass 12,3 Prozent der Versicherten direkt aus einer (teil-)stationären Behandlung in die ambulante Therapie kamen; 5,4 Prozent mussten sich auch nach der Therapie in eine (teil-) stationäre Behandlung begeben. Die durchschnittlichen Fallkosten betragen hierbei 7000 Euro. Die Anfragen bei Ärzten und Psychotherapeuten nach einem psychotherapeutischen Erstgespräch variieren auch wieder sehr stark in den einzelnen Ländern. Eine eindeutige Aussage kann nicht getroffen werden, da Patienten häufig mehrere Praxen anfragen, um Wartezeiten zu vermeiden.

Wartezeiten

Wartezeiten sind ein oft diskutiertes Thema in Bezug auf Psychotherapien. In allen Bundesländern existieren Praxen mit Wartelisten. Allerdings gibt es auch hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bis auf Hamburg, Berlin, Bremen und Bayern haben in allen Bundesländern mindestens die Hälfte der Praxen eine Warteliste.

Aggravierend wirkt sich die unterschiedliche Auslastung der Praxen aus. Viele Psychotherapeuten arbeiten weniger als in der Bedarfsplanung vorgesehen, was zu unnötigen Wartezeiten führt. Anders als die im Bundesmantelvertrag festgelegte Mindestzahl von 20 Wochenstunden, bieten Psychotherapeuten in Stadtstaaten gegenwärtig im Durchschnitt weniger als 20 Therapiestunden pro Woche für GKV-Patienten an.

Die längsten Wartezeiten findet man analog zu den Anfragen nach Erstgesprächen in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ebenso ist in diesen Bundesländern der Anteil der Patienten, die länger als drei Monate auf ein Erstgespräch warten höher als in den anderen Bundesländern. Je höher die Dichte der Psychotherapeuten, desto kürzer die Wartezeit auf das Erstgespräch. Die Jahresprä-

valenz der psychischen Erkrankungen schwankt hingegen nicht so stark.

Durch eine stärkere Berücksichtigung der Gruppentherapie und der Schaffung der Möglichkeit variabler und am Bedarf des Patienten orientierten Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie können Wartezeiten verringert werden.

Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens erforderlich

Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben verabredet, im Gemeinsamen Bundesausschuss die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiter zu entwickeln. Die DAK-Gesundheit bewertet dies positiv, da die Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsdauern, der Verfahren und das Verhältnis von Einzel- und Gruppentherapie zu prüfen ist. Hierzu haben die Ersatzkassen bereits ein entsprechendes Rahmenpapier entwickelt.

Effizienzsteigerungen in der Versorgung wird es meiner Meinung nach durch mehr Gruppentherapien geben: Spezifische Krankheitsbilder und Patientengruppen lassen sich sehr gut mit einer Gruppentherapie behandeln. Diese wird bisher aufgrund verschiedener Hemmnisse in nur sehr geringem Umfang angeboten. Hinderungsgründe sind fehlende Abrechnungsgenehmigungen der Psychotherapeuten und ein als zu hoch empfundener administrativer Aufwand für Gutachten und Antragsverfahren. Diesen Problemen könnte durch neue Ausbildungswege und praxisorientierte Lösungen abgeholfen werden. Rahmenbedingungen wie Gruppengröße und Bewilligungsschritte müssen daher an die Praxisrealität angepasst werden.

Weiterhin haben Auswertungen auf Grundlage von Abrechnungsdaten gezeigt, dass die Auslastung von über einem Drittel der Psychotherapeuten unterhalb von 50 Prozent liegt. Damit erfüllen viele Leistungserbringer die bundesmantelvertragliche Vorgabe von wöchentlich 20 Behandlungsstunden nicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Trägerinnen des Sicherstellungsauftrages sollten auf die Psychotherapeuten zeitnah zugehen und eine Anhebung des Tätigkeitsumfanges oder alternativ eine Teilung des Sitzes der Vertragstherapeuten einfordern.

Im Jahr 2009 wurden GKV-weit rund 310.000 Gutachten und Obergutachten durchgeführt, die Kosten von ca. 26 Millionen Euro verursacht haben – die Ablehnungsquote lag bei weniger als vier Prozent (Quelle: Qualitätssicherungsbericht der KBV 2010). Das Gutachterverfahren war 1967 die erste ambulante Qualitätssicherungsmaßnah-

Versorgungsziele und Lösungen der DAK-Gesundheit

So wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich

- Begleitung des Patienten im Versorgungspfad
- Vermeidung von Chronifizierung und sozialem Abstieg

Sicherstellung der Versorgung durch zeitnahen Zugang zum Therapeuten

- Information, Beratung und Steuerung der Versicherten in verpflichtenden Sprechstunden vor der Probatorik → Indikationssteuerung
- Einsatz psychometrischer Instrumente innerhalb der Probatorik → Qualitätssicherung/ Transparenzsteigerung im Versorgungsgeschehen
- Bessere Basisdiagnostik bei den Patienten
- Neufestsetzung der Bewilligungsschritte der Stundenkontingente

Förderung der Gruppentherapie

- Verringerung der Gruppengröße/ Selektivverträge

▶ Jeder Patient soll für seine Störung mit dem für ihn geeigneten Verfahren von einem „passenden“ Therapeuten in angemessener Zeit in dem medizinisch notwendigen Umfang behandelt werden.



Quelle: DAK-Gesundheit

Der zeitnahe Zugang zum Therapeuten ist eines der Ziele der rund 30 Integrationsverträge zum Thema psychische Erkrankungen, die die DAK-Gesundheit geschlossen hat. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung.

me innerhalb der GKV. Es wurde zu einer Zeit eingeführt, als der Beruf des Psychotherapeuten noch nicht durch das Psychotherapeutengesetz 1999 geschützt war. Dieses Verfahren wird von vielen Akteuren als kostenintensiv und wenig effektiv beurteilt. Nach Meinung der DAK-Gesundheit sollte die generell verpflichtende Begutachtung nach den ersten 25 Sitzungen geprüft werden. Die einzelnen Bewilligungsschritte sind ebenfalls zu hinterfragen. Die geringe Ablehnungsquote belegt auch, dass das Gutachterverfahren weder zweckmäßig noch verhältnismäßig ist. Das Gutachterverfahren ist mit dem Ziel der Vereinfachung, Vereinheitlichung und Entbürokratisierung neu zu strukturieren.

Lösungen der DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich intensiv mit anderen Akteuren daran, das Gesundheitssystem fort zu entwickeln und die Versorgungslandschaft an veränderte Rahmenbedingungen und Bedarfe anzupassen. Hierbei steht ihr ein medizinisch-wissenschaftlicher Beirat aus Gesundheitsökonomien, Medizinern, Epidemiologen und Versorgungsforschern zur Seite. Zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker setzt die DAK-Gesundheit darauf, den Patienten aktiv zu begleiten und dadurch einer Chronifizierung der Erkrankung so weit wie möglich vorzubeugen.

Dabei gilt der Grundsatz: So wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich. Ein möglichst zeitnaher Zugang zum Therapeuten soll nach Auffassung der DAK-Gesundheit durch folgende Kriterien unterstützt werden:

- Information, Beratung und Steuerung der Versicherten in verpflichtenden Sprechstunden vor der Probatorik. Ziel dabei ist, die patientengerechte Psychotherapieform je nach Indikationsstellung
- Wegfall der Antrags- und Begutachtungspflicht bei der Kurzzeittherapie – zukünftig sollten diese Therapien nur noch vom Therapeuten der Krankenkasse angezeigt werden
- Einsatz psychometrischer Instrumente innerhalb der Probatorik und zwischen den einzelnen Behandlungsschritten. Diese können helfen, die Transparenz im Versorgungsgeschehen zu steigern
- Bessere Basisdiagnostik bei den Patienten
- Neufestsetzung der Bewilligungsschritte der Stundenkontingente
- Förderung der Gruppentherapie/Verringerung der Gruppengröße/Einsatz von Selektivverträgen.

Eine wichtige Rolle zur Versorgungsoptimierung bei psychischen Erkrankungen spielen Modelle zur Integrierten Versorgung. Hierin sieht die DAK-Gesundheit gerade bei der Behandlung der psychischen Erkrankungen ein wichtiges

Beispiele für erfolgreiche IV-Verträge: Gesunde Seele – Mehr Lebensqualität

Enge Zusammenarbeit und Vernetzung von über 70 Psychiatern, Psycho-/ Soziotherapeuten und Rehasportanbietern unter Nutzung einer einheitlichen Software (Samedi)

Indikationsspektrum	affektive und Verhaltensstörungen, Angststörungen
Versorgungsregion	Berlin, Brandenburg
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Vernetzung der Versorgungsstufen, insbesondere der Übergänge zwischen den Leistungssektoren • frühzeitige Diagnostik und Behandlung beim richtigen Vertragspartner unter Berücksichtigung der individuellen Arbeits- und Lebenssituation • Vermittlung von Verständnis für die eigene Lebens- und Krankheitssituation inkl. Interventionsmöglichkeiten

Quelle: DAK-Gesundheit



Eines der Ziele des Integrationsvertrags „Gesunde Seele – Mehr Lebensqualität“ besteht darin, eine bessere Vernetzung der Versorgungsstufen zu erreichen; eine einheitliche Software soll dabei helfen.

Instrument. Aktuell hat die DAK-Gesundheit flächendeckend rund 30 IV-Verträge zum Thema der psychischen Erkrankungen in ihrem Leistungsportfolio. Ziel dieser Verträge ist:

- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung beim richtigen Vertragspartner
- Eine bessere Vernetzung der Versorgungsstufen, insbesondere der Übergänge zwischen den Leistungssektoren
- Vermeidung von Chronifizierung und Re-Hospitalisierung.

Insbesondere in den Metropolen, in denen die psychischen Erkrankungen stärker verbreitet sind, hat die DAK-Gesundheit erfolgreiche integrierte Versorgungsverträge geschlossen. In Berlin und Brandenburg hat die DAK-Gesundheit das Projekt „Gesunde Seele – mehr Lebensqualität“ aufgelegt. Dabei steht eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung von über 70 Psychiatern, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und Rehasportanbietern unter Nutzung einer einheitlichen Software (Samedi) im Vordergrund.

Ziele dieser Projekte sind:

- Bessere Vernetzung der Versorgungsstufen, insbesondere der Übergänge zwischen den Leistungssektoren
- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung beim richtigen Vertragspartner unter Berücksichtigung der individuellen Arbeits- und Lebenssituation

- Vermittlung von Verständnis für die eigene Lebens- und Krankheitssituation inkl. Interventionsmöglichkeiten
- Verkürzung oder Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte
- Behandlung im häuslichen Umfeld.

Ein weiteres beispielhaftes Projekt betrifft den tagesklinischen Alkoholentzug in der Charité Berlin. Dabei steht die Zusammenarbeit der Tagesklinik der Charité mit niedergelassenen Psychiatern, Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Suchtberatungsstellen im Vordergrund.

Ziele sind:

- Vermeidung stationärer Wiederaufnahme (Drehtüreffekt)
- Wiedereingliederung ins Berufsleben und in den Alltag
- Verbesserung der Lebensqualität
- Reduzierung von Stigmatisierung
- Vermeidung von Chronifizierung und Folgeerkrankungen.

Mit diesen und weiteren Lösungen, deren Wirkung auf die Versorgung jeweils zeitnah evaluiert wird, will die DAK-Gesundheit kurzfristig die lokale Versorgung der Betroffenen verbessern. Langfristig dienen diese Projekte dazu, über den „Wettbewerb der besten Ideen“ Impulse für die

weitere Ausgestaltung des Gesundheitssystems zu geben und so die Versorgung aller Versicherten im GKV-System global zu verbessern.

E-Mail-Kontakt: Vorstand@dak.de

.....
PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER
.....



Nach dem Studium der Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Universität der Bundeswehr in München war Herbert Rebscher ab 1992 als stellvertretender Geschäftsführer beim VdAK tätig. 1996 wurde er Vorsitzender des Vorstandes des VdAK. Zum 1. Oktober 2003 wechselte er in den Vorstand der DAK. Mit Jahresbeginn 2005 wurde Herbert Rebscher Vorsitzender des DAK-Vorstandes und hat seit August 2005 eine Honorarprofessur für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth inne.

