

# BPTK-Newsletter

D 67833  
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2014

März  
2014

## Psychische Erkrankungen – Steigende Zahlen bei Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung

### Themen dieser Ausgabe:

- *Psychische Erkrankungen – Steigende Zahlen bei Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung*
- *BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit 2013 – die wichtigsten Ergebnisse*
- *Leitliniengerechte psychoonkologische Versorgung findet keine Mehrheit im Gemeinsamen Bundesausschuss*
- *BPTK-Dialog: Psychische Erkrankungen und Frührente – Interview mit Dr. Susanne Weinbrenner (DRV)*
- *BPTK-Fokus: Zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung*
- *BPTK-Inside: Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychoonkologie*

Der Trend der letzten Jahre setzt sich ungebrochen fort: Psychische Erkrankungen sind immer häufiger die Ursache für betriebliche Fehlzeiten von Arbeitnehmern und seit mehr als zehn Jahren die Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten (siehe Seite 2). Die steigenden Zahlen der Arbeitsunfähigkeit und der Frühverrentung zeigen deutlich, dass psychische Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden, und dass das Rehabilitationsangebot noch nicht ausreichend an den Bedarf psychisch kranker Menschen angepasst ist.

Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) bestätigen, dass bisher eine leitliniengerechte Versorgung psychischer Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem nicht gelingt. In Deutschland erhält nur jeder dritte psychisch kranke Mensch im Laufe seines Lebens irgendei-

der kranke Frührentner erhielt in den fünf Jahren vor dem Rentenbescheid keine medizinischen Rehabilitationsleistungen. Dies liegt vor allem daran, dass für einen Teil der psychisch erkrankten Menschen, wie zum Beispiel solchen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die bestehenden Rehabilitationskonzepte, wie die „traditionelle“ psychosomatische Rehabilitation, nicht indiziert sind.

### Aktionsprogramm Psychische Gesundheit

Ein zentraler Hebel, das Risiko einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit und einer Frühverrentung zu verringern, ist eine angemessene betriebliche Prävention, die ihren Fokus auf die psychosozialen Belastungsfaktoren der modernen Arbeitswelt richtet. Das Ziel sollte sein, die Arbeit so zu gestalten, dass Menschen nicht krank werden, sondern dass die positiven Impulse der

Arbeit vor. Ein solches Programm könnte Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abbauen, über psychische Gesundheit und Krankheit aufklären, Wege aufzeigen, wie es gelingen kann, gesund zu bleiben, und wie es möglich ist, die Arbeitswelt gesundheitsverträglicher zu gestalten.

### Ausbau des Rehabilitationsbudgets

Außerdem sollte mit dem Rentenversicherungs-Leistungsverbesserungsgesetz, dessen Beratung der Deutsche Bundestag gerade aufgenommen hat, die finanzielle Basis für einen bedarfsgerechten Ausbau der Rehabilitation gelegt werden. Die konsequente Umsetzung der von der Deutschen Rentenversicherung in ihrem Positionspapier vorgeschlagenen Reformen ist dringend notwendig (vgl. auch Interview mit Frau Dr. Weinbrenner, Seite 3). Auch das für diese Legislaturperiode geplante Bundesleistungsgesetz sollte Teilhabe zum Kriterium der Leistungsbemessung machen.

### Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Dringend notwendig ist ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung, sodass Wartezeiten von über drei Monaten auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten deutlich verkürzt werden. Der wachsende psychotherapeutische Behandlungsbedarf resultiert unter anderem aus einem sich wandelnden Umgang mit psychischen Leiden. Patienten suchen Hilfe auch aufgrund einer nachlassenden Angst vor Stigmatisierung. Vor allem jedoch suchen sie eine evidenzbasierte Behandlung und das ist in aller Regel Psychotherapie.

**„Wir brauchen für psychisch kranke Menschen die Realisierung des Dreischritts: Prävention vor Kuration, Kuration vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Rente.“**

**Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK**

ne Form von Behandlung. Psychotherapie ist jedoch bei den meisten psychischen Erkrankungen die in Leitlinien empfohlene Behandlungsart. Diese ist längst nicht für jeden psychisch Kranken verfügbar. Auf einen Psychotherapieplatz warten Patienten durchschnittlich drei Monate. Das ist erheblich zu lang. Viele Patienten geben angesichts der monatelangen Wartezeiten auf und bleiben unbehandelt.

Aber auch im Rehabilitationsbereich gibt es Reformbedarf. Etwa jeder zweite psychisch

Arbeit für die psychische Gesundheit zum Tragen kommen. Arbeit ist auch eine wichtige gesundheitliche Ressource. Sie bietet z. B. Tagesstruktur, Aktivität und soziale Kontakte sowie die Bestätigung, für die Gesellschaft nützlich zu sein.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält deshalb nicht nur das Präventionsgesetz, das für den Anfang der Legislaturperiode geplant ist, für dringend erforderlich, sondern schlägt auch ein Aktionsprogramm für psychische Gesund-

Link:

[www.deutsche-  
rentenversicherung.de](http://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de)

## BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit 2013

Die BPTK hat – wie bereits in den vergangenen Jahren – die Angaben der großen gesetzlichen Krankenkassen (AOK, BARMER GEK, BKK, DAK, TK) zu Arbeitsunfähigkeit und psychischen Erkrankungen für den Zeitraum 2000 bis 2012 ausgewertet. Weiterhin wurde erstmalig auch die Entwicklung der Verrentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit seit 2001 – mit Fokus auf psychischen Erkrankungen – analysiert. Die Datengrundlage hierfür bildeten Daten der gesetzlichen Rentenversicherung.

Link:  
www.bptk.de  
>Publikationen

Prozent aller betrieblichen Fehltag auf psychische Erkrankungen zurück. Damit waren psychische Erkrankungen der zweithäufigste Grund für Fehltag nach Muskel-Skelettkrankheiten.

Die Zunahme des Anteils psychisch bedingter Fehltag ist vor allem auf die immer längere Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen zurückzuführen. Diese hat sich von 2000 bis 2012 um 31 Prozent verlängert. Psychische Erkrankungen führen inzwischen zu einer durchschnittli-

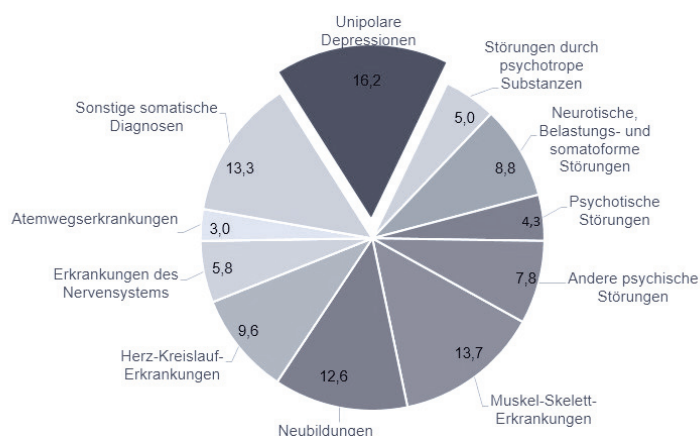
geld – eine herausragende Rolle. Bei Beschäftigten standen sie 2012 mit 25 Prozent an zweiter Stelle; bei Arbeitslosen mit 38 Prozent sogar an erster Stelle der Ursachen für Krankengeldtage.

### Mit 49 Jahren erwerbsunfähig

Die Auswertung der Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigt, dass die Zahl der psychisch bedingten Frühverrentungen seit 2001 um 41 Prozent gestiegen ist. 2012 bezogen rund 75.000 Versicherte aufgrund einer psychischen Erkrankung erstmals eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Damit waren 2012 42 Prozent der Frühverrentungen psychisch bedingt. Muskel-Skelett-Erkrankungen waren im Vergleich dazu bei 14 Prozent, Neubildungen bei 13 Prozent und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei zehn Prozent Ursache für eine Frühverrentung.



Abbildung 1: Krankheiten insgesamt – Frühverrentungen 2012



Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang, Darstellung BPTK

Dargestellt sind die prozentualen Anteile einzelner Erkrankungen an den Rentenanzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2012.

### Trend bei Arbeitsunfähigkeit ungebrochen

Die Auswertung der Krankenkassendaten zeigt, dass sich der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage, der auf psychische Erkrankungen zurück geht, von 2000 bis 2012 fast verdoppelt hat (plus 96 Prozent). Dagegen hat im selben Zeitraum der Anteil von betrieblichen Fehltag aufgrund körperlicher Erkrankungen abgenommen.

Im Jahr 2012 gingen knapp 14

Prozent aller betrieblichen Fehltag auf psychische Erkrankungen zurück. Dies ist deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen (z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen: durchschnittlich 19 Tage; Atemwegserkrankungen: durchschnittlich 7 Tage).

Psychische Erkrankungen spielen aufgrund der langen Krankschreibungszeiten bei Langzeitarbeitsunfähigkeit von über sechs Wochen – und damit bei der Zahlung von Kranken-

Vor allem Depressionen (plus 96 Prozent), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (plus 74 Prozent) sowie Suchterkrankungen (plus 49 Prozent) haben als Grund für Frühverrentung in den letzten zehn Jahren zugenommen. Unipolare Depressionen waren 2012 mit 16 Prozent im Vergleich zu allen Krankheiten – auch den körperlichen – die Hauptursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente (siehe Abbildung 1).

Außerdem führen psychische Erkrankungen besonders früh zu vorzeitigen gesundheitsbedingten Renten. 2012 gingen Versicherte bereits mit durchschnittlich knapp 49 Jahren in Frührente. Bei körperlichen Erkrankungen erfolgten Frühverrentungen erst bei einem Durchschnittsalter von 50 bis 55 Jahren. Nur Erkrankungen des Nervensystems zeigten ein noch niedrigeres Renteneintrittsalter.

## Psychische Erkrankungen und Frührente Interview mit Dr. Susanne Weinbrenner

### Welche Gründe sehen Sie für die Zunahme psychischer Erkrankungen als Ursache für Erwerbsminderungsrenten?

Psychische Erkrankungen sind häufig, ihre Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung jedoch seit Jahrzehnten stabil. In Deutschland sind bis zu 43 % der Bevölkerung irgendwann in ihrem Leben davon betroffen. Im Jahre 2012 erfolgten 37 % der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Renten) aufgrund psychischer Störungen (ohne Suchterkrankungen).

Oft gehen psychische Störungen in ihrem Verlauf mit Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben einher. Psychische Störungen sind für die betroffenen Menschen oft mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität und großem Leiden verbunden. Die Zeitdauer bis zur Diagnosestellung und angemessener medizinischer Behandlung trägt erheblich zur Chronifizierung bei. Die Rentenantragstellung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit steht meistens am Ende eines komplexen und lang dauernden Prozesses.

Als zentraler Grund für die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit EM-Renten kann angenommen werden, dass durch die gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Störungen diese in den EM-Rentenanträgen klarer benannt werden und sich nicht hinter anderen unspezifischen Erkrankungen verbergen.

### Was wird bisher getan, um EM-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen zu verhindern?

Zunächst wird im Rahmen der Bearbeitung eines Antrags auf eine EM-Rente bei der Deutschen Rentenversicherung nach dem Prinzip „Reha vor Rente“ sozialmedizinisch geprüft, ob eine medizinische Rehabilitation in Betracht kommt. Um diesen

Prozess zu unterstützen, wurde im August 2012 die „Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung von Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen“ veröffentlicht.

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist – bei geeigneter Indikationsstellung – wirksam. Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte werden neue Interventionen erarbeitet und geprüft. Über die „normale“ psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation hinaus existiert eine Vielzahl von Konzepten, die sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung, Interventionen und Angebote auf unterschiedliche Bedarfslagen beziehen. Genannt seien hier besondere berufliche Problemlagen, ältere Versicherte, Menschen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Langzeitarbeitslose. Im Rahmen der Nachsorge wird den Versicherten die Möglichkeit gegeben, den Reha-Erfolg zu verstetigen. Auch hier existieren indikationsspezifische Konzepte, wie z. B. das Curriculum Hannover.

Neben einer medizinischen Rehabilitation können auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sein. Hier ist der Anteil der Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen seit sechs Jahren mit rund 13 % relativ konstant. Viele Modellprojekte werden durchgeführt, um diese Leistungen weiterzuentwickeln: einerseits in Kooperation mit regionalen Berufsförderungswerken, mit Arbeitgebern bezüglich organisatorischer Veränderungen am Arbeitsplatz oder auch durch „Trainings on the Job“.

### Welche Hindernisse können auftreten und die Wirksamkeit der angebotenen Maßnahmen einschränken?

2012 hatten 54 % der Versicherten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung erstmals

eine EM-Rente bewilligt bekommen, in den fünf Jahren zuvor eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Dieser Anteil ist höher als bei Versicherten, die wegen anderer Erkrankungen erstmals eine EM-Rente bekamen.

In 46 % der Fälle allerdings wurde keine medizinische Rehabilitation durchgeführt. Gründe hierfür liegen einerseits in subjektiven Hindernissen seitens der Versicherten, vor allem aber in der fehlenden Erfolgsaussicht der Rehabilitation (negative Erwerbsprognose) bei bereits stark chronifizierten Störungen. Zentrales Hindernis im Prozess ist hier die nicht ausreichende Behandlung im akutmedizinischen Sektor.

### Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Die Deutsche Rentenversicherung hat Anfang Januar ein Positionspapier zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung veröffentlicht. Darin erfolgte zum einen eine Situationsanalyse, zum anderen wurden Handlungsfelder benannt für die Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse im Umgang mit psychischen Störungen. Diese werden derzeit konkretisiert.

Darüber hinaus müssen die besonderen Schwierigkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben sensibler wahrgenommen und berücksichtigt werden. Eine frühzeitige Identifikation von Betroffenen kann insbesondere das Risiko der Chronifizierung und deren Konsequenzen verringern. Mit hoher Priorität sollen Fragen des Zugangs zur Rehabilitation wie Indikation, Vorbehandlung, Information über Rehabilitationsangebote und die Wege dorthin bearbeitet werden. Voraussetzung für eine Verbesserung dieser Situation ist eine gute Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens.



**Dr. Susanne Weinbrenner**

Leitende Ärztin und Geschäftsbereichsleiterin Sozialmedizin und Rehabilitation  
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)

## BPtK-Fokus



## Zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Knapp 30 Prozent der Erwachsenen erkranken in Deutschland innerhalb eines Jahres an mindestens einer psychischen Erkrankung. Von ihnen erhält aber nur knapp jeder Fünfte innerhalb eines Jahres eine wenigstens minimale ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Die Unterversorgung psychisch kranker Menschen ist eines der dringendsten Probleme des deutschen Gesundheitssystems. Der Bedarf an Psychotherapie wird zukünftig sogar noch steigen, weil psychische Krankheiten tendenziell weniger stark stigmatisiert werden als früher und weil eine leitlini-

engerechte Versorgung mehr Psychotherapie erfordert.

Die neue Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag diesen Handlungsbedarf erkannt (siehe Kasten). Ungewöhnlich detailliert haben CDU/CSU und SPD vereinbart, die Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verringern, mehr Patienten „ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie“ zu eröffnen sowie die Gruppenpsychotherapie auszubauen.

### Zukunft der ambulanten Versorgung

Aus Sicht der BPtK ist eine

bedarfsorientierte Planung der ambulanten Versorgungskapazitäten notwendig, die die fehlerhaften Berechnungen aus dem Jahr 1999 endlich ad acta legt und den tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischen Praxen ermittelt. Psychotherapeutische Praxen benötigen ferner flexiblere Rahmenbedingungen bei Jobsharing und Anstellung. Schließlich sollte es möglich sein, schneller ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten zu führen, damit möglichst frühzeitig festgestellt werden kann, wie akut und wie schwer krank ein Patient ist und welche Beratungs- und Behandlungsangebote er deshalb benötigt.

## Koalitionsvertrag zur ambulanten Versorgung

Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD erkennt an, dass die ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen verbessert werden muss. An prominenter Stelle des Kapitels 2.4 „Gesundheit und Pflege“ fordert die Koalition, die Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu verringern und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie zu eröffnen. Insbesondere drei Maßnahmen sollen dies ermöglichen: die Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens, die Förderung der Gruppentherapie und der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), mit gesetzlicher Frist die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Zudem soll auch die Aufhebung der Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten überprüft werden.

Ferner sollen die Wartezeiten in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung durch Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verringert werden. Diese sollen den Versicherten bei Überweisung innerhalb von einer Woche einen Behandlungstermin vermitteln. Wird trotzdem die Wartezeit von vier Wochen überschritten, kann sich der Versicherte ambulant in einem Krankenhaus zulasten des jeweiligen KV-Budgets behandeln lassen.

Eine wichtige Erweiterung stellen die arztgleichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) dar. Dadurch könnten auch rein psychotherapeutische MVZ ermöglicht werden. Sie wären insbesondere geeignet, erforderliche Weiterentwicklungen wie die Offene Sprechstunde und die Differenzierung des psychotherapeutischen Leistungsangebots, z. B. bei der Gruppenpsychotherapie, erfolgreich umzusetzen.

Darüber hinaus plant die Bundesregierung, den G-BA mit der Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen, DMP) für Depressionen und Rückenleiden zu beauftragen. In der Bedarfsplanung sehen die Koalitionäre vor, die Regelungen zum Aufkauf von Arztsitzen bei Praxisabgabe in rechnerisch übertensorgten Regionen zu verschärfen und die gegenwärtige „Kann“-Regelung in eine „Soll“-Regelung zu überführen.

Dies ließe sich durch eine Offene Sprechstunde beim niedergelassenen Psychotherapeuten erreichen. Patienten sollten möglichst innerhalb von einer Woche ein diagnostisches Erstgespräch beim Psychotherapeuten erhalten, insbesondere bei Überweisung oder Entlassung aus dem Krankenhaus. Haus- und Fachärzte könnten so ihren Patienten schneller zu einer psychotherapeutischen Expertise verhelfen und Krankenhäuser sicherstellen, dass stationär behandelte Patienten möglichst ohne große Unterbrechung ambulant weiterbehandelt werden. Die Offene Sprechstunde könnte damit ein Weg sein, mehr Patienten einen schnellen ersten Kontakt zu einem Psychotherapeuten zu ermöglichen.

Die Kernleistungen der Offenen Sprechstunde wären erste diagnostische Einschätzung und Indikationsstellung zur weiteren Versorgung, z. B. zur vertiefenden Diagnostik, Durchführung von niederschweligen Interventionen und Indikationsstellung zur Psychotherapie, zur fach-

## BpTK-Fokus



ärztlichen Mit- oder Weiterbehandlung oder zur stationären Behandlung. Für diese Offene Sprechstunde müssten feste Zeiten zur Verfügung stehen, die angekündigt werden. Die Vergütung müsste insbesondere berücksichtigen, dass für dieses Angebot komplexere Praxisstrukturen und zusätzliche Leistungen notwendig sind.

Ein so gestalteter schneller Zugang zur Psychotherapie macht allerdings nur Sinn, wenn danach auch ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen. Wenn psychisch kranke Menschen nach der Erstdiagnostik sechs Monate auf den Beginn der Behandlung warten müssen, wäre wenig gewonnen. Um dies zu verhindern, müssten deutlich mehr Praxen zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden als bisher. Außerdem müsste neben der bewährten Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie auch ein stärker differenziertes Leistungsangebot geschaffen werden, das ergänzend genutzt werden kann. So brauchen etwa chronisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen langfristige Angebote, die sicherstellen, dass Psychotherapien nicht mehr abgebrochen werden müssen und komplexere Versorgungsbedarfe gedeckt werden können. Ferner müsste der bürokratische Aufwand für die Beantragung von psychotherapeutischen Leistungen reduziert werden.

#### Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes

Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit einem Positionspapier ihres Spitzenverbandes ihre Überlegungen zur ambulanten Psychotherapie vorgestellt. Viele der Vorschläge konterkarieren geradezu die Erfordernisse einer

patientenorientierten Versorgung. Ein ausgewogenes Gesamtkonzept für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die unterschiedlich akut und schwer erkrankt sind, ist nicht zu erkennen. Viele Vorschläge bedeuten eine kaum beschönigte Rationierung der Versorgung.

Der GKV-Spitzenverband spricht von der Sicherstellung der Versorgung mit den vorhandenen Ressourcen, meint damit aber ausschließlich den Abbau der Psychotherapiepraxen in Regionen, die dem statistischen Anschein nach besser versorgt sind. Der Vorschlag, tatsächlich mehr Behandlungskapazitäten in den besonders schlecht versorgten Regionen aufzubauen, fehlt. Das GKV-Papier schlägt außerdem erhebliche Kürzungen und zusätzliche Hürden in der psychotherapeutischen Versorgung vor.

In einer obligatorischen Orientierungsstunde sollen Patienten künftig eine allgemeine Information über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten erhalten, ohne dass ausreichend geklärt wird, welchen Bedarf sie überhaupt haben. Daran würden sich verpflichtend drei probatorische Sitzungen für die Indikationsstellung zur Psychotherapie anschließen. Den probatorischen Sitzungen würden – wiederum verpflichtend – zwölf Stunden Kurzzeittherapie folgen. Das wäre in etwa eine Halbierung der bisherigen Kurzzeittherapie von 25 Stunden. Danach müssten mit wenigen Ausnahmen alle Patienten eine mindestens sechswöchige Zwangspause einlegen. Weder für diese Zerstückelung des Behandlungsprozesses noch für eine regelhafte Unterbrechung der Behandlung existieren fachliche Begründungen und erst recht keine Evidenz. Die regelhafte

Zwangspause käme dem Vorschlag gleich, bei jedem Patienten nach drei Monaten Pharmakotherapie für mindestens sechs Wochen die Medikamente abzusetzen, um auszuprobieren, ob er vielleicht auch ohne Medikamente gesund wird. Zahlreiche Rückfälle und Verschlechterungen nähme man damit sehenden Auges in Kauf. Eine kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung würde damit zum Ausnahmefall. Erst nach Kurzzeittherapie und Zwangspause sollen die Patienten die bisherige Psychotherapie erhalten können. Die Kontingente dafür würden wiederum pauschal auf höchstens 50 Stunden begrenzt. Solche Behandlungskonzepte haben mit wissenschaftlich begründeten Vorstellungen über eine möglichst passgenaue Versorgung von psychisch kranken Menschen nichts zu tun.

Schon jetzt erhält die Mehrheit der psychisch kranken Menschen eine Kurzzeittherapie von bis zu 25 Stunden. Die Statistiken der Krankenkassen belegen zudem, dass Psychotherapeuten die bewilligten Stundenkontingente nur bei etwa der Hälfte der Patienten voll ausschöpfen, weil sie die Dauer einer Behandlung individuell auf den Bedarf des Patienten abstimmen. Wider besseres Wissen wollen die Kassen sogar an bürokratischen Hemmnissen festhalten, die den Ausbau der Gruppentherapie behindern. In Baden-Württemberg haben beispielsweise die Aussetzung des Gutachterverfahrens und eine höhere Vergütung für die Gruppenpsychotherapie zu einer deutlichen Steigerung der gruppenpsychotherapeutischen Leistungen geführt. Im Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes hingegen findet sich kein einziger Vorschlag, wie die Gruppenpsychotherapie künftig gefördert werden kann.

Link:  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Leitliniengerechte psychoonkologische Versorgung findet keine Mehrheit im Gemeinsamen Bundesausschuss

Eine leitliniengerechte psychoonkologische Versorgung von Patienten mit Magen- oder Darmkrebs hat im G-BA keine Mehrheit bekommen. Am 20. Februar 2014 beschloss der G-BA die Richtlinie zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) „Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle“. Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme gefordert, die psychoonkologische Versorgung an den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ zu orientieren, dazu gehören insbesondere auch psychotherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verhielten sich jedoch die Aufnahme dieser Leistungen im erforderlichen Umfang für krebserkrankte Patienten. Der unparteiische Vorsitzende Josef Hecken und das für dieses Thema zuständige unparteiische Mitglied des G-BA Dr. Regina Klakow-Franck hatten gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft für eine leitliniengerechte Lösung gestimmt.

### Psychische Belastungen von Krebspatienten

Bis zu einem Drittel aller Krebspatienten leiden zusätzlich unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen oder ausgeprägten psychischen Belastungen. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Suchterkrankungen. Unter ausgeprägten psychischen oder „subsyndromalen“ Belastungen werden starke Belastungen gefasst, bei denen mehrere, aber nicht alle diagnostischen Kriterien einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 oder DSM-IV vorliegen. Zu den häufigsten Belastungen zählen Überforderung durch die Krebsdiagnose (Distress), chronische Erschöpfung (Fatigue), ausgeprägte Ängste, insbesondere die Angst vor dem weiteren Fortschreiten der Krebserkrankung

(Progredienzangst), und Depressivität. Patienten mit solchen psychischen Belastungen benötigen psychosoziale und psychotherapeutische Versorgungsangebote.

Psychoonkologische Leistungen gehören deshalb grundsätzlich auch zu den Leistungen, die ein Patient mit Magen- oder Darmkrebs in der ASV erhält. Psychotherapeuten gehören allerdings nicht zum „Kernteam“, sondern zu den „hinzuzuziehenden Leistungserbringern“. Damit sie tätig werden können, müssen die psychischen Belastungen der Patienten erst einmal erfasst worden sein. Nach der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“, die am 4. Februar 2014 veröffentlicht wurde, sollen bei allen Patienten mit einer Krebserkrankung die psychischen Belastungen regelmäßig erfasst werden. Das kann mithilfe standardisierter Kurzfragebögen bei der Befunderhebung erfolgen. Bei hoher psychischer Belastung sollte dann an einen Psychotherapeuten oder Facharzt weiterverwiesen werden.

### Evidenzbasierte Psychoonkologie

Die S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ empfiehlt dann folgende psychoonkologische Leistungen:

- bei starken Belastungen eine weiterführende psychotherapeutische Diagnostik,
- das Angebot psychotherapeutischer Einzel- und/oder Gruppeninterventionen für Patienten mit „subsyndromalen“ Belastungen,
- bei komorbiden psychischen Erkrankungen eine Behandlung nach den verfügbaren Leitlinien für die jeweilige Erkrankung.

### Leistungen bei Magen- oder Darmkrebs

Die in der S3-Leitlinie empfohlenen Leistungen sind im ASV-Katalog bei Magen- oder Darmkrebs, der auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaß-

stabs (EBM) erstellt wurde, nur teilweise aufgeführt. Dies gilt insbesondere für Patienten mit subsyndromalen Belastungen. Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen können außerhalb der ASV im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie behandelt werden. Für Patienten mit subsyndromalen Belastungen stehen diese Leistungen nicht zur Verfügung. In der ASV sind für psychotherapeutische Gespräche lediglich 150 Minuten pro Quartal vorgesehen. Für eine psychotherapeutische Diagnostik und die psychoonkologische Versorgung von Patienten mit subsyndromalen Belastungen reichen diese Leistungen gemäß EBM nicht aus.

Die BPTK fordert deshalb nachdrücklich, bei den Spezifizierungen der ASV psychoonkologische Leistungen bei Krebserkrankungen angemessen zu berücksichtigen. Mit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten“ liegen erstmals differenzierte und auf höherem methodischem Niveau evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen vor. Diese sollten auch in der ASV berücksichtigt werden. Ein ASV-Leistungskatalog, der dahinter zurückbleibt, ist fachlich nicht mehr auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand.

Mit der ASV ermöglicht es der Gesetzgeber ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern, spezielle Versorgungsangebote für Patienten mit schweren Erkrankungen anzubieten. Die dafür notwendige Richtlinie mit den grundsätzlichen Anforderungen liegt seit März 2013 vor. Sie wird derzeit für die einzelnen Erkrankungen und Leistungen konkretisiert. Die erste Anlage hat der G-BA am 19. Dezember 2013 für die Tuberkulose beschlossen.

Link:  
www.g-ba.de  
>Informationen  
>Richtlinien

Link:  
www.awmf.org  
>Leitlinien

## Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychoonkologie

„Die psychoonkologische Versorgung ist ein unverzichtbarer Bestandteil in der Versorgung krebskranker Patienten“, stellte Vizepräsidentin Monika Konitzer in ihrer Begrüßung der rund 60 Teilnehmer der BPtK-Veranstaltung „Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychoonkologie“ fest, die am 10. Februar 2014 in Berlin stattfand.

### S3-Leitlinie „Psychoonkologie“

Mit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ am 4. Februar 2014 liegen in Deutschland erstmals evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen auf hohem methodischem Niveau vor. Projektleiter Prof. Dr. Joachim Weis von der Universität Freiburg erläuterte, dass Krebspatienten psychoonkologische Interventionen je nach ihrem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung wohnortnah angeboten werden sollten. Dies setze voraus, dass die psychischen Belastungen regelmäßig und wiederholt im Behandlungsverlauf erfasst würden.

Bei Krebspatienten kämen neben komorbiden Erkrankungen (affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Suchterkrankungen) vor allem Patienten mit „subsyndromalen“ Belastungen hinzu,

die zwar eine hohe behandlungsbedürftige psychische Belastung haben, aber (noch) nicht alle Kriterien für die Diagnose einer psychischen Erkrankung gemäß ICD erfüllen. Dazu gehörten vor allem Patienten mit einer starken Angst vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung (Progredienzangst) oder chronischer Erschöpfung (Fatigue). Die ambulante Behandlung nach den engen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie setze allerdings noch voraus, dass eine psychische Erkrankung vorliege. Hier bestehe deshalb dringender Anpassungs- und Veränderungsbedarf, um die Leitlinienempfehlungen umzusetzen.

### Psychoonkologie in der Praxis

Wie eine „leitliniengemäße“ psychoonkologische Behandlung in der Praxis aussehen kann, stellte Dr. Frank Schulz-Kindermann, Psychotherapeut und Leiter der Psychoonkologischen Institutsambulanz am UKE in Hamburg, dar. Vom ersten Schock nach der Diagnosestellung über die akute Behandlungsphase, in der vor allem der Umgang mit Angst, traumatischen körperlichen Erfahrungen und Distress im Vordergrund stehe, bis zur psychotherapeutischen Begleitung bei Rezidiven und in der Palliativ- und Sterbephase, stelle die psychotherapeutische Begleitung der Patienten (auch



Monika Konitzer

eine existenzielle Herausforderung für den Psychotherapeuten dar.

Esther R., die mit 33 Jahren an Krebs erkrankte, schilderte, dass sie in ihrem Psychotherapeuten einen Gesprächspartner gehabt habe, der sie, ihre Angst und alle anderen Gefühle aushalte. Ihre Angehörigen hätten häufig selbst mit Angst und Trauer zu kämpfen gehabt.

Die Begegnung mit Krebspatienten finde „auf Augenhöhe“ statt, berichtete Dr. Klaus Lang, niedergelassener Psychotherapeut aus München. Der Wissensvorsprung des Therapeuten sei bei den existenziellen Fragen und Krisen einer lebensbedrohlichen Erkrankung geringer als z. B. bei der Behandlung von Depressionen, in der der Psychotherapeut als Experte für psychische Erkrankungen dem Patienten an diesem Punkt voraus sei. Dr. Lang sprach sich dafür aus, die psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung psychischer Belastungen, die infolge schwerer bzw. lebensbedrohlicher körperlicher Erkrankungen auftreten, zu Indikationen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu machen. In Bayern sei es bereits gelungen, im DMP Brustkrebs Psychotherapie ohne Antrag und Kontingentierung zu verankern.

## BPtK-Inside



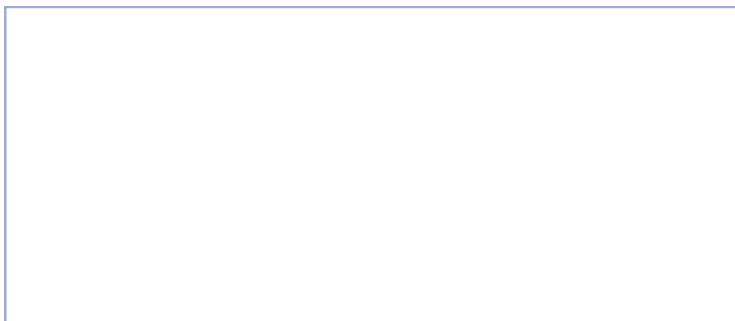
Link:  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
>Web-Bericht



v.l.n.r.: Dr. Frank Schulz-Kindermann, Dr. Klaus Lang und Cornelia Wanke



Prof. Dr. Joachim Weis



## Gemeinsamer Bundesausschuss: Erstes Stellungnahmeverfahren zur Systemischen Therapie

Der G-BA prüft zurzeit die Anerkennung der Systemischen Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Erwachsenen. Dazu hatte er die Kammern, Fachgesellschaften und Einzelexperten um ihre Stellungnahme bis zum 20. Februar 2014 gebeten. Dabei sollte eine erste Einschätzung abgegeben werden, ob die Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren zur Versorgung von GKV-Patienten anzusehen ist. Auch die BpTK hat hierzu eine ausführliche Stellungnahme abgegeben.

Der G-BA hatte im April 2013 beschlossen, eine Bewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen durchzuführen. Die Nutzenbewertung wird voraussichtlich vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durchgeführt werden.

Die Systemische Therapie zählt seit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14. Dezember 2008 zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Der WBP bestätigte seinerzeit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie in der Behandlung von Erwachsenen für die Anwendungsbereiche:

- Affektive Störungen (F3),
- Essstörungen (F50),
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54),
- Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55),
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F2).

Der WBP empfahl die Systemische Therapie als Verfahren für die vertiefte Ausbildung sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten. Der G-BA prüft nun, ob bei der Systemischen Therapie ein Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit belegbar ist – und zwar mindestens für die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ sowie „Angststörungen und Zwangsstörungen“ und in mindestens einem der drei Anwendungsbereiche „somatoforme Störungen“, „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ oder in mindestens zwei der sonstigen Anwendungsbereiche der Psychotherapie-Richtlinie.

**Link:**

[www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
>Stellungnahmen

## 3./4. Juli in Dresden – Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Beschäftigten



Wenn Beschäftigte nach einer psychischen Erkrankung an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, besteht oft große Unsicherheit. Viele Verantwortliche in den Betrieben haben zu wenig Erfahrung im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten und zu geringe Kenntnisse über psychische Erkrankungen. Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und den behandelnden Psychotherapeuten und Ärzten könnte die Chancen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung steigern. Die Behandelnden sind in der Regel nicht eingebunden, obwohl sie die Betroffenen und ihre Leistungsfähigkeit mit am besten beurteilen können. Auch weitere externe Berater werden nur selten hinzugezogen. Eine bessere Gestaltung der Schnittstellen zwischen Behandlung und Wiedereingliederung ist wünschenswert.

Die zweite Veranstaltung in der Reihe „Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie“ möchte Verantwortliche aus den Unternehmen und externe Hilfeleister zu dieser Frage zusammenbringen, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Die Deutsche Unfallversicherung veranstaltet in Kooperation mit der BpTK und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege am 3. und 4. Juli 2014 im MG Dresden

**Weitere Informationen:**

[www.dguv.de](http://www.dguv.de)  
>IAG  
>Veranstaltungen  
>Weitere Veranstaltungen  
>Wiedereingliederung

## Impressum

BpTK-Newsletter  
Herausgeber: BpTK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter  
Redaktion: Kay Funke-Kaiser  
Layout: Sylvia Rückstieß  
Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.  
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Telefon: 030 278785-0  
Fax: 030 278785-44  
E-Mail: [info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
Internet: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)