



Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.

DDPP Thomas-Dehler-Str. 7, 10787 Berlin www.ddpp.eu

Berlin, 25.11.2011

Stellungnahme des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) zur Debatte um seelische Gesundheit, Psychotherapiebedarf und „Integrierte Versorgung“

Brauchen wir mehr Psychotherapeuten? Nur wenn sie keinen Bogen mehr machen um die, die sie am meisten brauchen. Bringen die neuen Strukturen der „Integrierten Versorgung“ einen Fortschritt? Nur wenn ambulante Krisenintervention und eine aufsuchende Behandlung (hometreatment) adäquat psychotherapeutisch qualifiziert sind.

Liest man die drastischen Zahlen über die Zunahme von Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankung, könnte einem angst und bange werden um die Gesundheit der Gesellschaft. Interpretiert man die Zahlen aber eher als wachsende Bereitschaft, sich zu einer psychischen Erkrankung zu bekennen und entsprechend wahrgenommen zu werden, könnte das bedeuten, dass der Kampf gegen Vorurteile doch langsam Fortschritte macht. Die Stadt Hamburg z. B. hat die höchsten Zuwachsraten bei psychiatrischen Diagnosen, im sogenannten „Glücksregister“ aber auch zugleich die meisten Menschen, die sich glücklich nennen. Eine schreiende Ungerechtigkeit oder ein Zeichen, dass Erkrankung und Glück im selben Leben Platz haben? Folgt man der epidemiologischen Wissenschaft, gibt es eine wirklich Zunahme vermutlich nur bei wenigen Diagnosen; sicher ist, dass Menschen älter und im Alter auch kränker werden, dass speziell psychische Erkrankungen auf das Alter bezogen früher auftreten oder erkannt werden und dass sich Geschlechtsunterschiede angleichen, also junge Männer häufiger depressiv, junge Frauen eher süchtig werden. Sicher ist ebenso, dass der Stress am Arbeitsplatz zunimmt und es weniger Arbeitsplatz-Nischen für sensible und weniger belastbare Menschen gibt.

Hilfen nach Zufall oder Bedarf?

Wie auch immer: Mehr Menschen erwarten Hilfe für Ihre wunde/krankte Seele! Wie gehen wir damit um? Wo geht es um Lebenshilfe und sozialen Rückhalt, wo um Psychiatrie und Psychotherapie? Wo brauchen wir eine Stärkung von Selbsthilfe und nachbarschaftliche Unterstützung, wo den Fachmann für die Leiden des Einzelnen, wo den für das Zusammenleben von Paaren, Familien und sozialen Systemen? Und wie erreichen wir, dass bei dem entbrannten Verteilungskampf zwischen Institutionen und Berufsgruppen nicht die Patienten hinten anstehen, die professionelle Hilfen vielleicht am meisten brauchen, aber am wenigsten laut selbst dafür sorgen können? Wie tragen wir dazu bei, dass z.B. bei psychoseerfahrenen Patienten nicht Zufall, Markt, Geld oder vermeintliche Attraktivität über bestimmte Hilfen entscheiden, sondern individuelle Bedürfnisse und Ressourcen, klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Behandlungsleitlinien?

Nachhaltige Hilfe bei Psychosen möglich – aber nicht üblich

Menschen, die Psychosen entwickeln, können in existentiellen Lebenskrisen aus der uns tragenden Realität aussteigen. Ihre Eigenwelt kann eine psychische, soziale und körperliche Eigendynamik entwickeln. Sie brauchen Hilfe auf dem Weg zurück. Soll die Hilfe nachhaltig sein, darf sie nicht nur durch Psychopharmaka erfolgen, sondern sie muss Problembewältigung, Verarbeitung und Aneignung des Erlebten und Reintegration beinhalten. Wir Psychotherapeuten haben begriffen: Gerade wenn, wie bei einer Psychose, Handeln, Denken und Fühlen vorübergehend auseinanderdriften, müssen die entsprechenden Fachleute – die z.B. verhaltenstherapeutischen, gesprächstherapeutischen, psychodynamischen und neuropsychologischen Fachleute – zusammenarbeiten. Es gibt Konzepte, die nachhaltig helfen, und alle aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien fordern ihre Anwendung.

Dr. med. Dorothea von Haebler
Vorsitzende
Universitätsklinikum Charité
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charitéplatz 1
10117 Berlin
dorothea.vonhaebler@charite.de

Dr. med. Günter Lempa
Stellvertretender Vorsitzender
Marktstr. 15
80802 München
Gulempa@aol.com

Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg
Stellvertretender Vorsitzender
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Oslanderstraße 24
72076 Tübingen
Stefan.Klingberg@med.uni-tuebingen.de

Dr. Hans Schultze-Jena
Beisitzer
Falkenried 7
20251 Hamburg
schultze-jena@mbi-hh.de

Dr. Norbert Hümbes
Beisitzer
Karl-Marx-Platz 7
12043 Berlin
Norbert.Huembes@gmx.de

Prof. Dr. phil. Thomas Bock
Beiratsmitglied
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20146 Hamburg

Sekretariat:

Anna Gerstein M.A.
c/o Dr.med Dorothea von Haebler
Universitätsklinikum Charité
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charitéplatz 1
Tel: 0176-20673004
Fax: 030-700143-4346
anna.gerstein@ddpp.eu

Bankverbindung:
Kto: 0008691029
BLZ: 300 606 01
Dt. Apotheker u Ärztebank Berlin

Je kränker, desto weniger Hilfe – in der übrigen Medizin undenkbar

Die Versorgungsrealität in Deutschland sieht folgendermaßen aus. Wer eine schizophrene/kognitive Psychose oder eine Depression/Manie mit psychotischen Spitzen entwickelt, bekommt nur selten eine adäquate psychotherapeutische Hilfe – obwohl der Nutzen erwiesen und die Bereitschaft vorhanden ist. Am Beispiel von Patienten mit diesen Diagnosen (F20 und F31) wird deutlich: Ein bloßer Zuwachs an Psychotherapie-Praxen alleine hilft den psychotisch Erkrankten nicht wesentlich; es geht auch um bessere Qualifikation und Zusammenarbeit, weniger Vorurteile und Ausgrenzung, vor allem um andere Strukturen, die mehr Kontinuität sowie eine andere Verteilung von ambulanten und stationären Ressourcen erlauben. Die so genannten Hilfen zur Wiedereingliederung fehlen entweder ganz oder werden durch Marktmechanismen zersplittert. Dieser Mangel bedingt ein Übergewicht stationärer Unterbringung – für den Einzelnen schlechter, für alle teurer. Eine paradoxe Situation: Weil ambulant qualifizierte Hilfen fehlen, landen und bleiben Patienten in Kliniken und Heimen, für die das schlechter und teurer ist. Je kränker jemand ist, desto geringer sind seine Chancen auf qualifizierte (ambulante) Hilfe. In der übrigen Medizin wäre diese Ungerechtigkeit undenkbar.

Ein neues Modell: die „Integrierte Versorgung“

„Integrierte Versorgung“ will die vorhandenen Ressourcen verfügbarer und die Behandlung tragfähiger machen. Im deutschen Gesundheitswesen ist dies eine Sisyphusaufgabe! Weil der Gesetzgeber sie (noch) nicht leistet, bieten einzelne Kassen Sonderverträge:

- Verträge, die v.a. die Krankenhausfinanzierung ändern und Kliniken dafür belohnen, Ressourcen in den ambulanten Bereich umzuwidmen und Hometreatment aufzubauen (Hamburger Modell DAK/AOK u.a.).
- Verträge, die den Auftrag an Träger der Sozialhilfe und Eingliederung (SGB 12) um ambulante Krisenintervention inkl. Hometreatment (SGB 5) erweitern (TK-Modell).
- Verträge, die Facharztpraxen aufzuwerten versuchen mit dem Ziel, komplexere und niedrigschwellige Leistungen anzubieten (Psyche Aktiv der AOK Sachsen, Berliner Modell DAK/BKK).

Ein Modell, das nach Kontrolle durch den Gesetzgeber schreit

Budgetübergreifende Krankenhausfinanzierung, Verbindung von SGB 5 und 12 sowie Vernetzung und Einbindung von Praxen – alles drei ist notwendig; aber nicht separiert, sondern integriert. Einzelne Kassen mögen vorangehen und erproben, doch die wirkliche „Integration der Integrierten Versorgung“ ist Aufgabe der Politik. Alle Modelle sind hoffnungsvoll, weil sie vorhandene Ressourcen besser nutzen. Doch ihre Qualität bedarf der Kontrolle,

- ob die regionale Vernetzung von Hilfen gestärkt oder geschwächt wird,
- ob sie psychotherapeutisch qualifiziert sind oder

sich auf die reine Kontrollfunktion beschränken und
- ob die Hilfen bedürfnis- und ressourcenorientiert sind oder fremden Interessen dienen:

Äußerst fragwürdig wird es, wenn pharmazeutische Unternehmen oder deren Ableger Integrierte Versorgung anbieten, wie der Janssen-Ableger Care4 in Niedersachsen; denn nicht nur Wirtschaftsunternehmen werden von eigenen Interessen geleitet; auch die AOK als Auftraggeber profitiert im Strukturausgleich der Kassen von der Höhe der Medikation! Beim besten Willen der Beschäftigten: wie soll bei solchen Interessenkonflikten unabhängige, bedürfnis-orientierte Hilfe möglich sein?

Qualitätsmerkmale für ambulante Psychotherapie und Integrierte Versorgung

- Für die psychotherapeutische Behandlung von Psychosen brauchen wir mehr verfahrensübergreifende Zusammenarbeit in Praxis, Lehre und Forschung.
- Die Ausbildungspläne von Hochschulen und privaten Instituten müssen die Bedürfnisse von Patienten mit Psychosen und Bipolaren Störungen besser berücksichtigen.
- Ärzte-/Psychotherapeutenkammern und Kassen müssen die Richtlinien für Psychotherapie entsprechend den modernen Behandlungsleitlinien ändern und erweitern.
- Die Umsetzung der S3-Leitlinien muss überprüft werden: diese empfehlen Psychotherapie im Rahmen der Routinebehandlung von allen Menschen mit psychotischen Erkrankungen mit der größten Empfehlungsstärke, so dass eigentlich jedem Patienten eine Psychotherapie zur Verfügung stehen sollte.
- Von den Anbietern „Integrierter Versorgung“ ist zu fordern, dass sie auch psychotherapeutisch qualifiziertes Personal einstellen, psychotherapeutische Qualifikation fördern und mit Psychotherapiepraxen zusammenarbeiten. Die Kostenträger sollten die Instrumente haben, um dies zu kontrollieren.
- Integrierte Versorgung sollte die Arbeit von Peer-Beratern (Betroffenen für Betroffene) einbeziehen, u.a. weil dies nachweislich Selbstwirksamkeit, Genesung und Lebensqualität fördert.
- Der Gesetzgeber muss die Tür für Fremdinteressen in der Integrierten Versorgung schließen und die für eine wirksame Qualitätskontrolle öffnen – bis hin zu Integration und Übernahme der Modelle in die Regelversorgung.

Der DDPP spricht sich für eine Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlungsangebote an Patienten mit Psychosen und anderen schweren psychiatrischen Störungen aus. Es ist Zeit für ein Ende des historisch bedingten und längst obsoleten Vorurteils, dass schwer kranke psychiatrische Patienten nicht von Psychotherapie profitieren!

Für den DDPP,
Dorothea von Haebler, Günter Lempa, Stefan Klingberg,
Hans Schultze-Jena, Norbert Hümbes, Thomas Bock