

Akutversorgung in der Psychotherapie

Grundriss eines dreistufigen Konzeptes unter Berücksichtigung von Kompetenzen und Ressourcen

C. Messer, T. Marte, B. Palmowski

Akademie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (APM)

Akutversorgung stellt Weichen. Hier entscheidet sich der weitere Weg des Patienten im Gesundheitswesen. In der Psychotherapie ist dieser derzeit oft von Zufällen abhängig, das therapeutische Angebot für den Patienten schwer überschaubar (1). Entsprechend groß ist die Verantwortung derjenigen, die an dieser Schaltstelle tätig sind. Eindeutig definierte strukturelle und persönlich-fachliche Voraussetzungen sind hierbei unabdingbar. Für den sinnvollen Einsatz begrenzter Ressourcen gelten die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Im Folgenden soll ein dreistufiges Konzept dargestellt werden, das im Sinne einer klaren Abfolge (3xA) gegliedert ist:

1. Aufnahme, erster Kontakt
2. Abklärung mit Diagnosestellung
3. Anfang der psychotherapeutischen Behandlung

Aufnahme, erster Kontakt

Die erste Kontaktaufnahme des hilfeschenden Patienten erfolgt in der Regel telefonisch. Darüberhinaus stellen manche Praxen eine offene Sprechstunde zur Verfügung, bei der sich Patienten zur angegebenen Sprechzeit frei für einen ersten Termin vor Ort einfinden können, dann allerdings mit gegebenenfalls längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Im Falle einer primär telefonischen Kontaktaufnahme ist bereits an dieser Stelle eine erste orientierende Sichtung des Behandlungsbedarfs möglich. Gelegentlich bedürfen hilfeschende Personen nämlich eher eines Hausarztes, eines Rechtsanwaltes oder einer Ehe-, Berufs-, Schuldnerberatung etc. Insofern sollte an dieser Stelle der behandelnde Arzt persönlich oder gut geschultes Personal zum Einsatz kommen. Unnötige Enttäuschungen auf Seiten des Hilfeschenden und unzureichende Kapazitätsbelastungen der Praxis können so frühzeitig vermieden werden.

Im Falle eines angemessenen therapiebezogenen Anliegen sollte der erste Termin innerhalb von 14 Tagen liegen. Psychosomatische Versorgungspraxen können bereits heute mit

durchschnittlich 12,6 Tagen eine vergleichsweise kurze Frist bis zur Erstkonsultation aufweisen, sodass dass eine zeitnahe Erstversorgung bei gegebener Infrastruktur angebahnt ist (2).

Abklärung des Krankheitsbildes

Für die Erstkonsultation ist ein Sprechstundentermin von 50 min vorzusehen, bei Erfahrenen auch kürzer. In diesem sollen die körperlichen und psychosozialen Beschwerden des Patienten grundlegend erfasst, die entsprechenden Diagnosen gestellt, die voraussichtliche Eignung des Patienten für ein psychotherapeutisches Vorgehen eingeschätzt und das weitere Procedere geplant werden. Falls notwendig, können kurzfristig ein oder zwei weitere derartige Besuche vereinbart werden. Diese initiale Abklärung unter Berücksichtigung der oft komplexen somatischen und psychischen Symptomatik beinhaltet neben einer verdichteten und konzentrierten Anamneseerhebung die Zusammenführung und Bewertung vorliegender medizinischer Befunde und stellt höchste fachliche Ansprüche.

Vier notwendige Kompetenzen

Kenntnisse und Erfahrungen in vier zentralen Bereichen sind zur Sicherstellung einer angemessenen initialen Abklärung und rationalen Steuerung erforderlich.

1. Somatisch-medizinische Kompetenz zur Sichtung, Bewertung und basalen Mitversorgung somatischer Morbidität sowie zur Erfüllung kompetenzbezogener Patientenerwartungen an einen medizinisch erfahrenen Behandler.

Oft suchen Patienten mit zunächst sehr vagen und unbestimmten Beschwerden wie Erschöpfung („Burn-out“), Kraftlosigkeit, Mattigkeit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Inappetenz, Gewichtsabnahme etc. Hilfe. Gleichzeitig wird der Wunsch nach Beistand sehr dringend erlebt. Für den behandelnden Arzt stellt diese Situation eine große Herausforderung dar, denn das Spektrum möglicher Ursachen erstreckt sich schließlich von psycho-sozialen Konflikten wie Arbeitsplatz- oder Eheproblemen über Infektionskrankheiten wie beispielsweise Hepatitis oder Tuberkulose bis hin zu malignen Erkrankungen wie Tumoren oder

hämatologischen Erkrankungen, bestenfalls einer Eisenmangelanämie, schlimmstenfalls einer Leukämie. Ebenso können Herzrhythmusstörungen, Nervosität und innerer Druck Ausdruck psychischer Verzweiflung angesichts eines existentiellen beruflichen oder finanziellen Scheiterns sein, gleichwohl aber auch Anzeichen einer bisher nicht erkannten Herzerkrankung. Die Erfassung und Differenzierung dieser komplexen psycho-somatischen Gemengelage von möglicherweise gravierenden somatischen Erkrankungen mit persönlichkeitsbedingtem Krankheitsverhalten und psychosozialer Not erfordern fundierte medizinisch-somatische Kenntnisse und Erfahrungen. Die Weiterbildung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist inhaltlich dementsprechend strukturiert.

Im Einzelfall kann eine Einweisung zur Krankenhausbehandlung erforderlich sein und unmittelbar in die Wege geleitet werden.

2. Umfassende und differenzierte psychotherapeutische Kompetenz mit Kenntnissen und Erfahrungen in den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden sowie zwingend in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Dazu gehört das Vorhalten einer eigenen angemessenen psychotherapeutischen Versorgungskapazität (incl. Gruppenpsychotherapie), um entsprechende Patienten gegebenenfalls unmittelbar in Behandlung nehmen zu können. Die ausschließliche Kompetenz in der Einzelpsychotherapie ist nicht ausreichend.

Testdiagnostik ist in der Regel allenfalls als akzessorisches Element denkbar. Sie kann gegebenenfalls bei spezifischer Indikation eingesetzt werden. Von Patienten wird dies meist als wenig hilfreiche, eher bürokratische Belastung erlebt und liefert inhaltlich für die anstehenden meist keinen definierten Zusatznutzen. Bereits im somatisch-medizinischen Bereich ergeben sich 80% der Diagnose aus der korrekt erhobenen Anamnese (3).

Im Einzelfall kann auch hier die Notwendigkeit zur psychosomatisch-medizinischen oder psychiatrischen Krankenhausbehandlung festgestellt und persönlich veranlasst werden.

3. Sozialmedizinische Kompetenz zur Erkennung, Bewertung und planenden Berücksichtigung der häufig mitbestehenden hochrelevanten Belange von Schwerbeschädigung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Diese Belange spielen oft eine entscheidende Rolle im Therapieanliegen.

Nicht immer sind sie manifest und einem direkten Zugang offen.

Um nur ein Beispiel zu skizzieren: 50-jährige Sekretärin mit Erschöpfungsdepression (Anmeldungsstichwort "Burn-out"), Arbeitsplatzphobie bei Umstrukturierung, chronischem Rückenschmerz, Adipositas, über 13-monatiger Langzeit-AU, ergebnisloser stationärer Reha und zwiespältiger Erwerbstätigkeitsperspektive.

Entsprechende sozialmedizinische Erfahrung ist für ein kritisches und empathisches Verständnis der im Einzelfall therapiebezogen ambivalenten Motivationslage erforderlich, um unter Umständen ebenso sinnlosen wie deletären äußeren Druck zu vermeiden und nichtzielführende psychotherapeutische Aktivitäten zu begrenzen.

4. Pharmakologische Kompetenz zur gegebenenfalls notwendigen medikamentösen Intervention. Diese kann kurativ mit ausreichender Wirkung erfolgen oder aber als überbrückend entlastende Maßnahme bis zum Beginn einer evtl. indizierten Psychotherapie. Nach einem entsprechenden Therapievorschlag an den Hausarzt kann die gewählte Medikation dann gegebenenfalls zunächst von diesem weiter verordnet werden.

Über diese vier elementaren Qualifikationen verfügen in hinreichender Ausprägung drei Arztgruppen: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte anderer Gebiete mit Zusatztitel Psychotherapie. Grundvoraussetzung ist die unbeschränkte heilkundliche Approbation als Arzt in Kombination mit einer fachärztlich-psychotherapeutischen Qualifikation.

[Anfang der psychotherapeutischen Behandlung](#)

Nach Abklärung des Krankheitsbildes kann bei festgestellter Indikation eine psychotherapeutische Behandlung erfolgen. An dieser Stelle des Ablaufs kann der Patient an einen entsprechend spezialisiert psychotherapeutisch tätigen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten überwiesen werden, falls der primär abklärende Arzt die Behandlung nicht selbst übernimmt.

Im Rahmen der probatorischen Sitzungen überprüft der jeweilige Psychotherapeut unter Einschluss der bereits erhobenen biografischen Anamnese die spezifische Eignung des Patienten für das von ihm angebotene Psychotherapieverfahren. Darüberhinaus können sich Patient und Psychotherapeut kennenlernen und sehen, ob man zueinander passt - eine

unabdingbare Voraussetzung für hilfreiche psychotherapeutische Arbeit.

Hohe Ressourcen

Im Laufe der letzten 50 Jahre hat sich in Deutschland ein umfassendes, differenziertes und ausgereiftes System der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt, das höchsten Anforderungen entspricht und im internationalen Maßstab ohnegleichen ist.

Zur Realisierung eines wie dargestellt abgestuften Vorgehens steht eine große Zahl von Leistungsanbietern zur Verfügung. Für den Schritt der Abklärung des Krankheitsbildes verfügen wir bei Berücksichtigung der oben angeführten Arztgruppen über 18.090 psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte. Zur Durchführung der anschließenden Psychotherapie stehen neben diesen Ärzten 19.331 nicht-ärztliche Therapeuten zur Verfügung. Dies ergibt eine Zahl von insgesamt 34.721 Psychotherapeuten (4). Das entspricht in etwa der Anzahl der Allgemeinärzte.

Auch die notwendigen Instrumente sind vorhanden. Die oben angeführten Arztgruppen können über vier eigenständige Kapitel der Gebührenordnung (EBM) verfügen mit insgesamt annähernd 50 verschiedenen psychotherapiebezogenen Leistungen. Alleine das Kapitel 35 des EBM zur Richtlinien-Psychotherapie beinhaltet 27 unterschiedliche Gebührenordnungspositionen (5).

Es gibt also keinen Anlass, dass Rad neu erfinden zu wollen oder in eine kurzsichtige Polypragmasie zu verfallen. Bei den Bestrebungen zur Optimierung des derzeitigen Angebots in der Akutversorgung sollte es vielmehr darum gehen, vorhandene Ressourcen zu mobilisieren und die bestehenden Kapazitäten sinnvoll und zweckbestimmt zu nutzen. Insbesondere fehlen Anreize zu einer fallzahlbezogenen Versorgung und zum stärkeren Einsatz von Gruppenpsychotherapie.

Niedrige Fallzahlen

Trotz der hohen Zahl psychotherapeutischer Leistungserbringer werden vergleichsweise wenige Patienten versorgt. Liegt die Patientenzahl pro Quartal in der Allgemeinmedizin bei 888 je Praxis und in der Psychiatrie bei 404, dann behandeln psychotherapeutische Leistungserbringer lediglich ca. 40 Patienten im Quartal (6).

Auch wenn dieser Umstand im Einzelfall einer ganz besonderen Spezialisierung mit überwiegend hochfrequenter Psychotherapie (3 Stunden / Woche) geschuldet sein mag, so scheinen doch

strukturelle Verwerfungen und Unwuchten zu bestehen. Miß weist anhand von Daten der KBV darauf hin, daß nur einer von zwanzig Psychotherapeuten eine voll ausgelastete Praxis führt und zwei Drittel weniger als halbtags arbeiten (7).

Seltene Gruppenpsychotherapie

Eng verbunden mit der niedrigen Patientenzahl ist die verschwindend geringe Anwendung von Gruppenpsychotherapie. Dieser eklatante Mangel steht in scharfem Kontrast mit der erwiesenen hohen Wirksamkeit und der besonderen Effizienz des Verfahrens. Werden in der Einzeltherapie von einem Therapeuten in 100 min (2 Sitzungen à 50 min) 2 Patienten behandelt, dann sind es in der Gruppentherapie (1 Sitzung à 100 min) in der gleichen Zeit 9 Patienten (8).

Häufigere Anwendung von Gruppenpsychotherapie brächte also eine unmittelbar spürbare Erweiterung psychotherapeutischer Versorgungskapazität - angesichts der Wartezeit- und Therapieplatzmiserie ein entscheidender Vorteil. Des Weiteren bewirkt die Durchführung von Gruppenbehandlung auf Grund des höheren Durchlaufs naturgemäß eine strukturelle Öffnung zu höheren Fallzahlen. Das Vorhalten einer oder mehrerer laufender Therapiegruppen ist nur bei höherer Fallzahl in der Praxis möglich, da bei ausscheidenden Patienten andernfalls der Bestand der therapeutischen Einheit nicht mehr sichergestellt wäre.

Angesichts der gegenwärtigen Rahmenbedingungen erscheint das Angebot von Gruppenpsychotherapie für den Praxisinhaber jedoch wenig attraktiv: neben dem Vorhalten des geeigneten Raumes (der naturgemäß anderweitig praktisch nicht genutzt werden kann) stellt sich in der Praxis die im Verhältnis zur Einzeltherapie deutlich höhere Zahl der zu erstellenden Berichte an den Gutachter (nämlich bei acht Patienten in der Gruppe und einer Doppelstunde pro Woche die vierfache Zahl an Anträgen!) fraglos als wesentlicher Hinderungsgrund für den Therapeuten dar.

Daher könnte eine wirksame Förderung der Gruppenpsychotherapie durch Befreiung von der Gutachterpflicht erreicht werden. Dies sollte unter Beibehaltung der Antragspflicht und der jetzt gültigen Kontingente erfolgen, beispielsweise analog zur Befreiung von der Gutachterpflicht in der Kurzzeittherapie. Ein wesentliches abschreckendes Moment für die Durchführung von Gruppenpsychotherapie durch den Therapeuten würde damit entfallen.

Ohne zusätzlichen finanziellen Aufwand für die Kostenträger dürfte diese einfache und kurzfristig realisierbare Maßnahme zu der gewünschten Zunahme gruppenpsychotherapeutisch behandelter Patienten führen. Eine zusätzliche Ausweitung der bereits bestehenden Kombinationsmöglichkeiten von Einzel- und Gruppenpsychotherapie erscheint aus fachlicher Sicht außerordentlich fragwürdig (in der Regel sogar therapiebehindernd!) und würde ohne Not wieder einzeltherapeutische Kapazitäten belasten.

Kontaktadresse:
Dr. med. Christian Messer
Ansbacher Straße 13
10787 Berlin
E-Mail: info@praxis-messer.de

Fazit

Komplexe Beschwerdebilder mit verflochtener somatischer und psychischer Morbidität sowie vielfältige Schnittstellenprobleme vor einer Psychotherapie erfordern eine rationale Steuerung mit Strukturierung der Akutversorgung. Über die notwendige somatisch-medizinische, psychotherapeutische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenz verfügen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie andere Fachärzte mit Zusatzqualifikation Psychotherapie. Eine Optimierung und Effizienzsteigerung der auf die Akutversorgung gegebenenfalls folgenden Psychotherapie könnte im bestehenden bewährten Rahmen am ehesten durch Anreize in Richtung einer stärker fallzahlbezogenen Versorgung unter Einschluß verstärkter Anwendung von Gruppenpsychotherapie erreicht werden.

Literatur

- (1) Uhlemann T, Dilling J. Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes. November 2013
- (2) Kugelstadt A: Wartezeit in der Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapie 2012; 7, 54-56
- (3) Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Suhrkamp Verlag 2004
- (4) Bundesarztregister, Stand 31.12.2013
- (5) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand 17.12.2014
- (6) Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Kennzahlen der Abrechnungsgruppen, Stand 11.8.2014
- (7) Mihm A. Halbtagspraxis auf Kosten psychisch Kranker. FAZ 28.7.2014
- (8) Tschuschke V, Agazarian Y M, Beck A P. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Thieme 2001