



Stellungnahme

zum

Sondergutachten des Sachverständigenrates
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

„Koordination und Integration –
Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“

Berlin, 17. Juli 2009



Vorbemerkung

Der Sachverständigenrat (SVR) hat in seinem Gutachten die generationsspezifischen Aspekte des Gesundheitswesens untersucht, Probleme identifiziert und Lösungen vorgeschlagen. Der Sachverständigenrat benennt explizit die Probleme der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und die problematische Versorgung älterer Menschen mit psychischen Krankheiten.

Bereits in seinem Jahresgutachten 2000/2001 hatte der Sachverständigenrat auf die unzureichende Behandlung psychischer Krankheiten hingewiesen, z.B. auf den unkritischen Einsatz von Psychopharmaka (Addendum zum Gutachten 2000/2001, S. 32) und allgemein auf die „somatische Fixierung“ des deutschen Gesundheitswesens: „Die sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.“ (Gutachten 2000/2001, S. 31)

Nachfolgend wird zu einzelnen Schwerpunkten des Gutachtens, die sich auf die Versorgung psychisch kranker Menschen beziehen, Stellung genommen.

Probleme der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen

Der SVR verweist zunächst auf die Schwierigkeit, dass es keine wissenschaftlich belegten Aussagen zur Frage gibt, ob das psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebot bedarfsgerecht und ausreichend sei. So sei es nicht erwiesen, dass in den vergangenen Jahren eine Zu- oder Abnahme psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erkennen sei. Die fehlenden Aussagen zur Über-, Unter- oder Fehlversorgung werden damit begründet, dass alleine anhand der Daten zur Prävalenz psychischer Störungen und zur Dichte der Versorgungsangebote keine seriöse Abschätzung möglich sei.

Die Aussage widerspiegelt in dieser allgemeinen Form jedoch nicht die Tatsache, dass sich in Ballungsgebieten die psychische Gesundheit von Kindern eher verschlechtert hat. So kommt die HBSC-Studie der WHO (Health Behaviour of School-aged Children) zu dem Ergebnis, dass in Berlin die Anzahl von Schulkindern mit psychischen Problemen von 2002 bis 2006 von 5% auf 8% gestiegen ist.





Unbestritten ist sicher auch die Feststellung, dass die Kapazitäten der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche seit den 1970er Jahren zugenommen haben. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sei die Versorgungsdichte in städtisch geprägten Regionen höher als in ländlich geprägten Regionen.

Es bestehe weiterhin Forschungsbedarf „zu Ätiologie und Determinanten psychischer Störungen, zur Qualität primärer und sekundärer Präventionskonzepte, zur Diagnostik und Indikationsstellung sowie zur Qualität der unterschiedlichen Therapien und Konzepte“. Deutliche Mängel bestehen nach Meinung der Sachverständigen bei der Koordination notwendiger Behandlungen und der entsprechenden Kooperation.

In der Bevölkerung (auch bei betroffenen Eltern) bestünden immer noch erhebliche Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen. Diesen Vorurteilen und der damit verbundenen Stigmatisierung müsse durch öffentliche Aufklärungsmaßnahmen entgegengewirkt werden.

Zu viel medikamentöse Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei ADHS

Unter den psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters nehme das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) wegen seiner relativ hohen und zunehmenden Prävalenz einen wichtigen Platz ein. Eine adäquate Behandlung sei auch deswegen wichtig, weil ADHS mit „oft gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für den gesamten Lebensverlauf“ einhergehe und häufig ein bleibendes Problem im Erwachsenenalter darstelle. Die Sachverständigen kritisieren die bestehende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in erheblichem Maße. Obwohl eine integrative, multimodale Behandlung bei ADHS im wissenschaftlichen Konsens empfohlen sei, würden viele niedergelassene Ärzte weiterhin die ausschließlich medikamentöse Behandlung praktizieren. Es sei schwierig, die betroffenen Kinder in psychotherapeutische Behandlung zu bringen, da Therapieplätze „z.T. nicht verfügbar oder mit langen Wartezeiten verbunden“ seien. Der SVR fordert daher die zuständigen Fachgesellschaften auf, ihre entsprechenden Therapieangebote zu erweitern und verlangt die Intensivierung multidisziplinärer Forschung.





Die bestehenden Richtlinien in der Praxis würden nur unzureichend umgesetzt, z.B. die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie. Mädchen seien von der schnellen Medikalisierung aufgrund der geringeren auftretenden Hyperaktivität und der damit geringeren Störwirkungen auf ihr Umfeld weniger betroffen als Jungen. Um die Rationalität der medikamentösen Therapie bei ADHS zu erhöhen, fordert der SVR ein Zweitmeinungsverfahren (nach §73d SGB V), in das „immer Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzubinden wären“. Hier ist aus Sicht der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung anzufügen, dass zur Abklärung der Indikation für eine medikamentöse Behandlung neben Kinder- und Jugendpsychiatern auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einbezogen werden sollten. Bei den weiter unten erwähnten ADHS-Verträgen ist das der Fall.

Außerdem wird das Problem angesprochen, dass viele bei Kindern und Jugendlichen angewendete Arzneimittel nicht für die entsprechende Altersgruppe erprobt und zugelassen sind (off-label-use). Es bedarf nach Meinung des SVR der „raschen Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie von 2007“. Ergänzend zum SVR-Gutachten kann angefügt werden, dass entsprechend einer von der DAK in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage 2008 ergeben hat, dass Schüler und Studenten in erheblichem Ausmaß Stimulantien und Psychopharmaka einnehmen, die über Privatrezepte besorgt werden.

Kinder- und Allgemeinärzte, die oft erste Ansprechpartner sind, haben nach Meinung der Sachverständigen defizitäre Kenntnisse in der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern bzw. von ADHS. Der SVR schlägt daher als Kooperationsform mit Kinder- und Jugendpsychologen bzw. –psychiatern „Patenschaften im Rahmen von Konsilen“ vor, „auch wenn dies wegen der geringen Zahl der Kinder- und Jugendpsychiatern nicht immer einfach zu sein scheint“.

Mit der Verwechslung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit „Kinder- und Jugendpsychologen“ läßt der SVR zwar eine gewisse Unkenntnis der Versorgungslandschaft erkennen, jedoch kann der Erkenntnis, dass bei der Behandlung von ADHS noch zu wenig Kooperation zwischen den Berufsgruppen stattfindet, durchaus zugestimmt werden.

Dem SVR ist aber anscheinend nicht bekannt, dass es bereits Versorgungsverträge gibt, die eine bessere Versorgung von ADHS-Patienten zum Ziel haben. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hat in Rheinland-Pfalz schon vor fünf Jahren einen





integrierten Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V mit den Ersatzkassen geschlossen, der eine verbesserte Kooperation mit den Kinderärzten und Kinderpsychiatern vorsieht. Nach ähnlichem Muster wurde unter Federführung der KBV ein Vertrag nach § 73c SGB V entwickelt, der seit dem 1. April 2009 in Baden-Württemberg zwischen der KV und den Betriebskrankenkassen geschlossen wurde. Auch hier war die DPtV federführend für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beteiligt.

Dass der Einsatz von Psychopharmaka ein Problem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt, wird in einem Beitrag der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ bestätigt (Kölch, M., Allroggen, M., Fegert, J.M.: Off-Label-Use von Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ausgabe vom 18. Juni 2009): „Außer den Stimulanzien und Atomoxetin für die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung besitzen die meisten Psychopharmaka keine Zulassung für den Einsatz bei Minderjährigen. Dadurch ergeben sich sowohl Probleme bezüglich der Pharmakosicherheit und der Beurteilung der Wirksamkeit als auch rechtliche Probleme, etwa was die Kostenerstattung durch Krankenkassen oder Haftungsfragen angeht.“

Als einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nennt der SVR auch die Einführung einer Bedarfsplanungs-Mindestquote von 20% für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Das Gesetz ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten, jedoch bis heute noch nicht umgesetzt. Am 18. Juni 2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) zwar die überfällige Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie beschlossen. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung kritisiert den Beschluss des GBA jedoch, weil er, anstatt das Gesetz 1:1 umzusetzen, Hindernisse aufgebaut hat, die zu einer Verzögerung des Aufbaus weiterer Behandlungsplätze führen (s. Pressemitteilung 6/2009, www.dptv.de).

Medikamentöse Fehlversorgung bei psychisch kranken älteren Menschen

Ca. 2/3 der über 65-jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf. Die mehrfach erkrankten Menschen sind im höheren Lebensalter sehr häufig von einer Vielzahl an Funktionseinschränkungen betroffen und psychische und Verhaltensstörungen stellen nach den Erkenntnissen des SVR die häufigste pflegebegründende Diagnosehauptgruppe dar.





Der Sachverständigenrat kritisiert den bislang mangelhaften Stand an empirischen Untersuchungen zur Bedeutung der Mehrfacherkrankungen und die fehlende Umsetzung entsprechender Ergebnisse in Behandlungsleitlinien. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass in Studien die psychische Komorbidität bei alten Patienten nicht berücksichtigt werde, was zu schwerwiegenden Folgen für die Patienten führen könne (z.B. könne eine Depression ein wichtiger Faktor bezüglich der Verschlechterung der allgemeinen Gesundheit der Patienten sein).

Als ein besonderes Problem kennzeichnet der SVR die oft unkoordinierte und in den Wechselwirkungen nicht überschaubare Verordnung unterschiedlicher Wirkstoffe bei älteren Patienten, was als „Polypharmazie“ bezeichnet wird. Ältere mehrfach erkrankte Patienten erhalten eine Vielzahl von Arzneimittelverordnungen und nehmen zudem viele Wirkstoffe im Rahmen der Selbstmedikation ein. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen stellen in diesem Zusammenhang ein großes Problem dar.

Die Sachverständigen stellen fest, dass ca. 35% der Männer und 40% der Frauen über 65 Jahre neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie erhalten. Ein nicht unerheblicher Verordnungsanteil u. a. von Benzodiazepinen für ältere GKV-Versicherte entfalle auf Privatrezepte. Der SVR vermutet, dass dies auf eine zunehmende Strategie von Vertragsärzten zurückzuführen sei, um der Kritik von Kassen- oder KV-Seite über die unangemessene Häufigkeit und Dauer dieser teilweise abhängig machenden Arzneimittel zu entgehen.

Ein besonderes Problem, das der SVR in seinem Gutachten leider nicht gesondert hervorhebt, ist die Fehlversorgung älterer depressiver Patienten. Zu häufig werden Antidepressiva verschrieben und zu selten wird eine Psychotherapie empfohlen. Dies gilt v.a. für Frauen, was sich daran zeigt, dass nach dem GEK-Arzneimittelreport 2008 jede vierte Frau im Alter von 80 Jahren ein Antidepressivum erhält. Psychotherapien für depressive Patienten, die älter als 65 Jahre sind, werden kaum durchgeführt, obwohl die hohe Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren auch bei älteren Menschen belegt ist. Die Gründe für diese Fehlversorgung älterer depressiver Patienten liegen vermutlich in der immer noch vorhandenen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten und in sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten vorhandenen Vorurteilen, eine Psychotherapie im höheren Alter sei wenig wirkungsvoll.





Für die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung ist die nicht indizierte und nicht mit dem Psychotherapeuten oder Psychiater abgestimmte Verschreibung von Psychopharmaka nicht nur ein fachliches, sondern auch ein gesellschaftspolitisches Problem. Den Patienten wird suggeriert, für jedes Problem gebe es eine einfache und schnelle Lösung um wieder funktionsfähig zu werden anstatt die Auseinandersetzung mit sich selbst und ungünstigen Lebensumständen zu fördern, um Änderungen im Erleben und Verhalten und in den Lebensumständen vorzunehmen.

Auch bei der Behandlung der Demenz werden nach Aussagen der Sachverständigen viel zu häufig Psychopharmaka verordnet, die unerwünschte Wirkungen mit sich bringen. Benzodiazepine führten zur Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten der Patienten; die Anwendung von Neuroleptika gehe sogar mit höherer Sterblichkeit einher. Eine Anwendung von Neuroleptika sei nur kurzfristig dann vertretbar, wenn ansonsten „nicht beherrschbare Gefährdungen des Patienten selbst oder seiner Umgebung auftreten könnten.

Darüber hinaus gebe es einige Medikamente, die grundsätzlich nicht bei älteren Menschen eingesetzt werden sollten. Eine Auflistung solcher Medikamente findet sich in der Beers-Liste (erstellt von amerikanischen Wissenschaftlern um Mark Beers). Die Liste enthält größtenteils Medikamente, die das Nervensystem beeinflussen (z.B. Flurazepam, trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine, Barbiturate). Der Sachverständigenrat empfiehlt eine Aktualisierung und Anpassung dieser Liste für den deutschen Arzneimittelmarkt mit dem Ziel der Verbesserung der Therapiesicherheit bei älteren Menschen.

Zusammenfassende Bewertung des SVR-Gutachtens

Das Gutachten unterstreicht nach Meinung der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung die Notwendigkeit, psychische Krankheiten frühzeitiger als bisher zu erkennen und zu behandeln. Die Abklärung und Behandlung dieser Krankheiten ist verbesserungsbedürftig und es dauert oft zu lange, bis eine geeignete Behandlung begonnen wird. Dies trägt zur Generalisierung und zur Chronifizierung bei. Bei psychischen Krankheiten sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten besonders lang und kostenträchtig, wie Krankenkassenreporte eindrücklich belegen (TK-Gesundheitsreport 2008, Schwer-





punkt psychische Störungen, DAK-Gesundheitsreport 2009, Schwerpunktthema: Doping am Arbeitsplatz, BKK-Gesundheitsreport 2008: „Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen“). Psychische Krankheiten sind auch ein häufiger Grund für Frühberentungen. Der volkswirtschaftliche Schaden psychischer Krankheiten übertrifft bei weitem die Kosten für die erforderliche Behandlung (Margraf, J.: Kosten und Nutzen der Psychotherapie – eine kritische Literaturlauswertung, Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009).

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung zieht folgende Schlussfolgerungen aus dem Gutachten des Sachverständigenrats:

- Die Erkennensrate psychischer Krankheiten, insbesondere im hausärztlichen Bereich, sollte verbessert werden. Der konsiliarische Austausch zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten / Psychiatern muss verbessert werden.
- Dies gilt auch für Patienten, die wegen körperlicher Krankheiten im Krankenhaus behandelt werden und die zusätzlich mit psychischen Störungen belastet sind. In den Krankenhausplänen der Länder müssen verbindliche Liaison- und Konsiliardienste mit Psychotherapeuten vorgesehen werden.
- Bei schweren und chronifizierten psychischen Krankheiten und bei psychischen Krankheiten, die in Zusammenhang mit somatischen oder psychiatrischen Störungen auftreten, ist eine interdisziplinäre Behandlung notwendig. Nachahmenswerte Beispiele für solche Behandlungskonzepte sind z.B. die Nationale Versorgungsleitlinie Depression oder die in dieser Stellungnahme erwähnten ADHS-Verträge.
- Für die Behandlung psychischer Krankheiten war die Einführung der Psychotherapie als Kassenleistung 1968 ein großer Fortschritt. Die Psychotherapierichtlinien sichern einheitliche und verlässliche Rahmenbedingungen, was für Patienten mit schweren psychischen Krankheiten besonders wichtig ist, weil sie krankheitsbedingt nur eingeschränkt in der Lage sind, sich in einem Markt unterschiedlicher therapeutischer Angebote zurecht zu finden. Die therapeutischen Möglichkeiten der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind durch sozialrechtliche Bestimmungen im SGB V und in den Verträgen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband jedoch eingeschränkt. So sind längerfristige, psychotherapeutisch-supportive Behandlungen bei chronifizierten





psychischen und psychosomatischen Krankheiten ebenso erschwert, wie die begleitende psychotherapeutische Behandlung von körperlichen Krankheiten und Leistungen im Bereich der Prävention. Kostensparende Gruppenbehandlungen, z.B. im Sinne von Psychoedukation bei chronischen psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen sind aufgrund der sozialrechtlichen Beschränkungen nicht möglich.

- Die derzeitige Bedarfsplanung, wie sie seit 1993 in der Bedarfsplanungsrichtlinie geregelt ist, erweist sich immer mehr als ungeeignet, die erheblichen regionalen Unterschiede in der Versorgung beseitigen. Daher sollte die Bedarfsplanung in der jetzigen Form auf andere Grundlagen gestellt werden. Bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist die gesetzliche Auflage, mindestens 20% der Psychotherapeutensitze in den Planungsbezirken für die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen vorzusehen, als Einzelmaßnahme ein wichtiger Beitrag, die prekäre Versorgungslage in diesem Bereich mit weiteren ca. 700 Sitzen zu verbessern. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift ist jedoch nicht geeignet, für eine schnelle Abhilfe zu sorgen.

Kontakt:

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15
10785 Berlin

Dieter Best, Bundesvorsitzender
Tel. 0621-632836, 0173-9826707
Email: dieterbest@dptv.de

