



**DPtV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# **Psychotherapeutische Behandlung schwerer psychischer Störungen**

**25. Juni 2015**

**Pressekonferenz 12 Uhr  
Symposium 13:30 bis 18:15 Uhr**

### **Ihre Gesprächspartner**

#### **Dipl.-Psych. Barbara Lubisch**

Bundvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

#### **Dipl.-Psych. Dieter Best**

Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

#### **Dipl.-Psych. Hans Gunia**

Psychologischer Psychotherapeut, Darmstadt

#### **Ursula-Anne Ochel**

Hauptstadtbüro für Kommunikation und Politik im Gesundheitswesen, Moderation

## STATEMENT

### **Dipl.-Psych. Barbara Lubisch**

Bundenvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung –  
DPtV

Schwere psychische Erkrankungen beeinträchtigen das Leben vieler Menschen in erheblichem Maße, gleichzeitig sind diese Patienten nicht optimal versorgt.

In den AWMF-Leitlinien wird von ‚schweren psychischen Störungen‘ ausgegangen, wenn Menschen mit Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen über mindestens zwei Jahre Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind.

Manchmal werden auch Demenz und Suchtstörungen unter die schweren psychischen Störungen gefasst.

Allerdings kann man diese enge Definition infrage stellen, denn psychische Erkrankungen die zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten), zu stationären Aufenthalten oder Frühberentungen führen sind sicher nicht als ‚leicht‘ zu bezeichnen. Das gilt weiter für die schweren Verlaufsformen bei Depressionen, bei Anorexie, bei Traumafolgestörungen oder bei multimorbid Erkrankten. Mehr als ein Drittel aller psychisch Erkrankten weist nach der DEGS-Studie mehrere Diagnosen auf.

So erscheint eine Unterscheidung in ‚schwer‘ oder ‚leicht‘ eher fragwürdig.

Für die psychischen Störungen gilt erst recht, was in der modernen Medizin inzwischen selbstverständlich ist: Eine Behandlung soll nicht allein nach Diagnose erfolgen sondern nach individuellen Parametern des Patienten, d.h. nach seinen oder ihren spezifischen therapeutischen Bedürfnissen und Möglichkeiten.

Dazu sind insbesondere im ambulanten Bereich die Behandlungsmöglichkeiten zu flexibilisieren, so wie es im stationären Bereich seit langem üblich ist: Bei vielen psychischen Erkrankungen geht es deshalb nicht um entweder / oder, z.B. entweder Verhaltens-Therapie (VT) oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), entweder Medikamente oder Psychotherapie, entweder Einzeltherapie oder Gruppe, usw., sondern um komplexe Behandlungen die gut geplant und abgestimmt angegangen werden sollten. Komplex bedeutet dabei, dass mehrere Behandler beteiligt sind, z.B. Psychotherapeuten und Psychiater, aber auch mehrere Therapieformen, z. B. Psychoedukation, Einzeltherapie und Gruppentherapie zur Einübung von angemessenem Verhalten anderen Menschen gegenüber. Die Kombination dieser Behandlungen wird von den

entsprechenden wissenschaftlichen Leitlinien als deutlich effektiver beschrieben als Einzel-Maßnahmen. Die Durchführung erfordert die Absprache zwischen verschiedenen Behandlern, wie sie z.B. in Kliniken mit Übergabegesprächen, Fallkonferenzen etc. selbstverständlich ist.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) bringt mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie einige strukturelle Erleichterungen, z.B. die Möglichkeiten von Sprechstunden, die Akutversorgung, die Rezidivprophylaxe, Erleichterungen für die Gruppentherapie und für das Antragsverfahren. Allerdings sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hierfür noch die genauen Bedingungen festzulegen und es besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen die neuen Möglichkeiten ‚verwässern‘.

Die Kooperation verschiedener an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen ist allerdings an keiner Stelle vorgesehen. Die Kombination verschiedener Behandlungselemente sowie die Kooperation verschiedener Fachgruppen gilt es dringend zu ermöglichen.

**Dipl.-Psych. Hans Gunia**  
Psychologischer Psychotherapeut, Darmstadt

## **Borderliner könnten ambulant besser versorgt sein**

Die Versorgung von Menschen mit Borderline-Störungen ist in Deutschland unzureichend geregelt. Viel zu viele Menschen mit dieser Störung sind gar nicht versorgt, oder sind in stationärer Behandlung, obwohl das verbleiben in ambulanten Strukturen deutlich besser ist. Dipl.-Psych. Hans Gunia aus Darmstadt berichtete während des jährlichen Symposiums der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) in Berlin, von sehr guten Ergebnissen von Therapien in einem Verbundsystem. Mittels der sog. Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) werden mit ambulanter Einzel-Psychotherapie, ambulanten Skills-Trainings, einer Therapeuten-Supervisionsgruppe, der Möglichkeit von Telefonkontakten zwischen Patient und Therapeuten und ergänzenden Behandlungen, wie Pharmakotherapie sehr gute Ergebnisse erzielt. Wie viele Menschen sind von Borderline Störungen betroffen und worin liegen die Ursachen der Erkrankung? Die Prävalenz liegt bei 1,5 Prozent. Am häufigsten sind Frauen betroffen (50 bis 75 Prozent der Betroffenen). Ursachen sind u.a. frühe neurologische Erkrankungen und Schädigungen und psychosoziale Belastungsfaktoren, wie sexuellen Gewalterfahrungen (70 Prozent), körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60 Prozent), Vernachlässigung (rund 40 Prozent) und instabile Bindungen zu primären Bezugspersonen.

Die Ergebnisse des Darmstädter DBT-Netzwerkes sind gut und zeigen, dass den betroffenen Menschen ambulant sehr gut und nachhaltig geholfen werden kann und neben der wohnortnahen Versorgung auch sehr hohe Kosten eingespart werden können.

Was ist aus Sicht des Netzes notwendig, um die ambulante Versorgung der Borderline-Patienten zu etablieren?

Für die Therapeuten bedarf es einer spezifischen Fortbildung in einem Therapieverfahren, Das Netzwerk sollte von mindestens zwei, besser drei Personen, die gerne zusammenarbeiten, gegründet werden. Dazu sollte man sich auf ein bestimmtes, einheitliches Therapiekonzept, wie z.B. DBT, verständigen. Dazu gehören aber auch häufige und regelmäßige Treffen des Konsultationsteams und die Zusammenarbeit des ambulanten Netzwerkes mit Selbsthilfegruppen, komplementären und stationären/teilstationären Einrichtungen.

Das Darmstädter-Netzwerk arbeitet beispielsweise mit insgesamt 17 Therapeuten. Davon sind 14 Verhaltenstherapeuten, drei tiefenpsychologisch ausgebildeten Kollegen, sechs Männer, elf Frauen, zwei ärztlichen Psychotherapeuten und 15 psychologischen Psychotherapeuten.

Rund 15 Prozent der Kosten, die jährlich für die Versorgung von psychischen Störungen aufgewendet werden, entfallen auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Im Vergleich zu der herkömmlichen stationären Versorgung könnte hier durch störungsspezifische ambulante Behandlung beträchtlich gespart werden. Pro Patient und Jahr mindestens 1566 Euro, berichtet Gunia.

Die Ergebnisse sprechen für sich:  
Von den teilnehmenden Patienten

- brachen 12 % die Therapie innerhalb eines Jahres ab
- Abnahme der Patienten mit Suizidversuchen von 36 % auf 6 % der Patienten
- Rückgang der Patienten, die sich selbstverletzten von 79 auf 48 %
- Rückgang der Patienten, die sich mindesten einmal wöchentlich verletzten von 17 auf 4 %
- Rückgang der Dauer der stationären Aufenthalte von 2,57 auf 0,35 Wochen im Jahresmittel.

"Hätten wir bessere, unbürokratischere Zugangswege, vereinfachte Abrechnungsmöglichkeiten, bessere Möglichkeiten der Behandlung im Team, und flexiblere Behandlungskontingente, könnten wir viel mehr für unsere Patienten erreichen", betonte Gunia beim Symposium. Die Evaluation seines Netzwerkes und anderer Netzwerke, wie beispielsweise in Berlin, zeugten von der Effektivität des Konzeptes.

## Glossar

DBT	dialektisch behaviorale Therapie
IV	Integrierte Versorgung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
TK	Tagesklinik
VT-A	Verhaltenstherapeutische Ausbildungsambulanz

## STATEMENT

### **Dipl.-Psych. Dieter Best**

Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung  
– DPtV

### **Angemessene Vergütung der Psychotherapie - Bewertungsausschuss kann sich nicht einigen und ruft den Erweiterten Bewertungsausschuss an**

Am 23. Juni 2015 hatte der Bewertungsausschuss zu entscheiden, ob die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen noch den Maßgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt.

Nach diesen Vorgaben muss es einem Psychotherapeuten bei maximalem persönlichem Einsatz und optimaler Praxisausstattung möglich sein, wenigstens das durchschnittliche Einkommen vergleichbarer Arztgruppen zu erzielen.–Weil Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband sehr divergierende Anträge in die Sitzung einbrachten, gab es keine Mehrheit für einen der beiden Anträge, so dass der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen werden musste. Um genügend Zeit für eine gründliche Befassung mit der komplizierten rechtlichen Materie zu haben, wurde eine Vertagung auf die nächste Sitzung im August beschlossen.

Die Vertreter der Psychotherapeuten in den Honorargremien der KBV, Dipl.-Psych. Dieter Best und Dipl.-Psych. Jürgen Doebert, sehen in der Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses einen ersten Erfolg. Sie hatten eine Einigung im Bewertungsausschuss auf Kosten der Psychotherapeuten befürchtet. Tatsächlich war im Vorfeld zu hören gewesen, dass die Kassen eine Anpassung der Psychotherapeutenhonorare auf lange Sicht nicht für nötig halten. Nachdem sich eine Mehrheit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nach langen Diskussionen für eine Positionierung zu Gunsten der Psychotherapeuten entschieden hatte und die KBV diese Position sehr überzeugend fand, können die Psychotherapeuten ihre Erwartungen auf eine sachgerechte und rechtlich einwandfreie Entscheidung im Erweiterten Bewertungsausschuss setzen.

Zur Vorgeschichte: Der Bewertungsausschuss hatte bereits am 23. Dezember 2013 beschlossen, die Psychotherapiehonorare auf ihre Rechtmäßigkeit bis zum 30. Juni 2014 zu überprüfen. Die fast einjährige Verzögerung hatte zu Protestaktionen der Psychotherapeuten geführt und zur Aufforderung an das Bundesgesundheitsministerium (BMG), aufsichtsrechtlich tätig zu werden. Zur Sitzung des Bewertungsausschusses hatten zwei divergierende Beschlussanträge vorgelegen: Während die KBV in ihrem Antrag feststellt, dass eine angemessene Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Jahre 2012 nicht gegeben war, sah der Krankenkassenvorschlag keine Nachzahlungspflicht für dieses und die

Folgejahre. Nun wird der Erweiterte Bewertungsausschuss zu entscheiden haben.