

**Überlegungen zu  
Psychiatrie und Psychosomatik  
am Beispiel von Nordrhein**

45. Fachgruppentagung am 13. und 14.10.2011 in Lengerich

---

# Welcher Patient wird aufgrund welcher Kriterien wo behandelt?

---

## Ambulant

- Richtlinienpsychotherapie
- Vertragsarztbehandlung (Hausarzt / Facharzt)
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Prä- und poststationäre Behandlung
- Ambulante medizinische Rehabilitation
- Ambulante RPK (medizinisch-berufliche Rehabilitation)

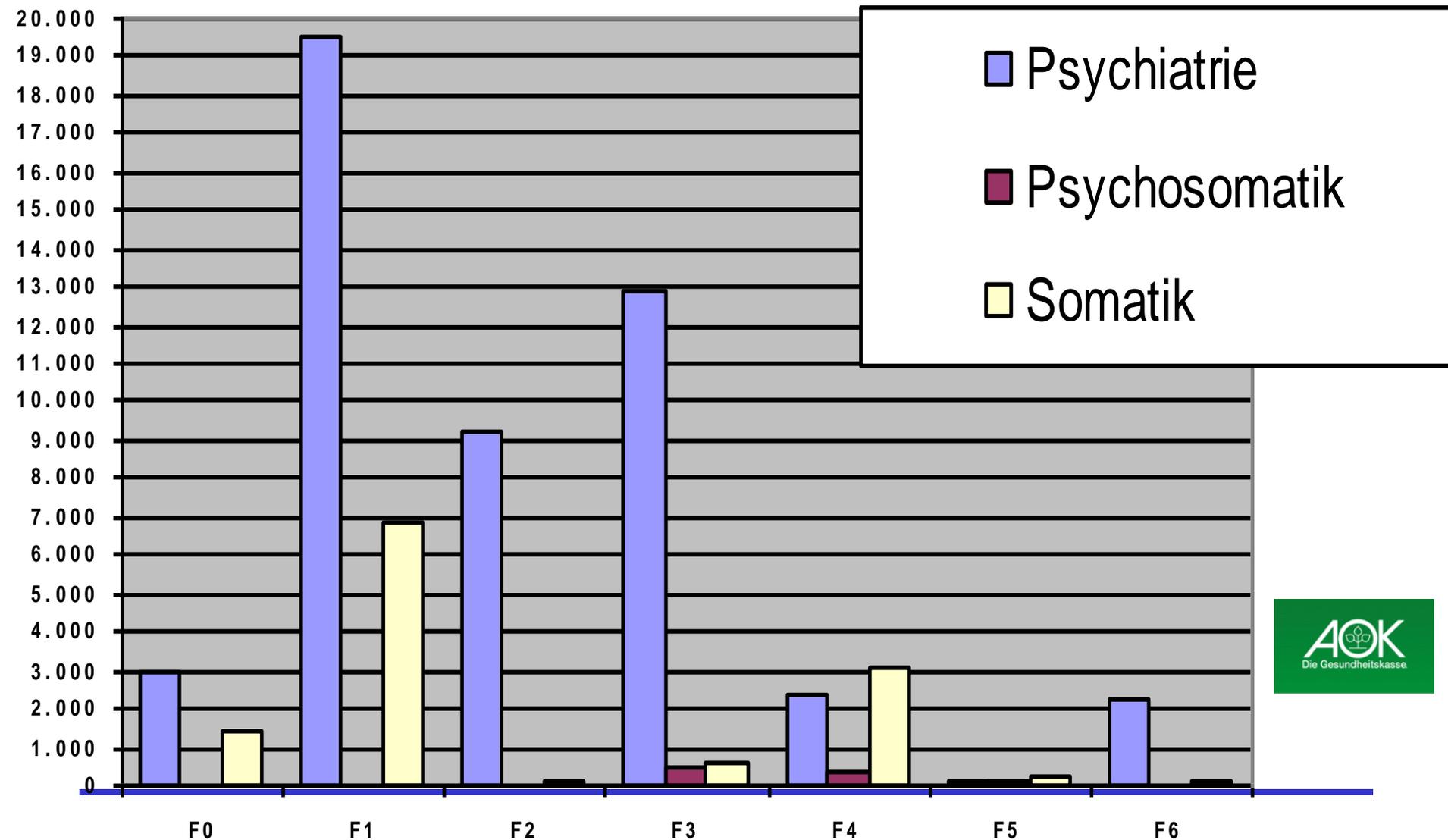
## Stationär

- Psychiatrische Krankenhausbehandlung
- Psychosomatische Krankenhausbehandlung
- Stationäre medizinische Rehabilitation
- Stationäre RPK (medizinisch-berufliche Rehabilitation)

**Fehlende Abgrenzungskriterien** führen zu **Unter-, Über- und Fehlversorgung** und erzeugen **Verwaltungsaufwand**

# KH-Behandlung: Fallzahlen / Diagnoseverteilung

(Zahlen der AOK Rheinland-Hamburg)



# Wie lassen sich Psychosomatik und Psychiatrie kriteriengeleitet unterscheiden?

## Psychosomatik

“Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind”.

Aus: Weiterbildungsordnung Ärztekammer Nordrhein

## Psychiatrie

“Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozial-psychiatrische Behandlung und Rehabilitation primärer psychischer Erkrankungen und Störungen in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und toxischen Schädigungen einschließlich ihrer sozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte”.

Überall sonst in der Welt ist die **Psychosomatik Teil der Psychiatrie**.  
Eine **funktionierende Abgrenzung beider Fächer** ist  
in den letzten 20 Jahren **nicht gelungen**.

# Kann man Psychosomatik und Psychiatrie überhaupt unterscheiden?

## Psychosomatik

- Keine Versorgungsverpflichtung
- Keine PIA
- Patientenklientel: Wenig klassisch psychosomatische Erkrankungen, hauptsächlich Angsterkrankungen und Depressionen
- Oft überregionales Einzugsgebiet / Wartezeiten
- Bei kleinen Abteilungen kein fachärztlicher Anwesenheitsdienst
- Längere Verweildauern als in Psychiatrie bei tendenziell gesünderen Patienten.
- **Abgrenzung zur Arbeit in psychosomatischen Rehabilitationskliniken???**

## Psychiatrie

- Versorgungsverpflichtung
- PIA
- Patientenklientel: Alle psychischen Erkrankungen (F0-F6)
- Schwerer psychisch Kranke
- Behandlung von Notfällen inkl. geschlossener Unterbringung
- Kaum Patientenselektion / „Rosinenpickerei“ möglich
- Überwiegend wohnortnahe Behandlung
- Kürzere Verweildauern

**Der Therapeut im Mittelpunkt?** Warum ist das neue Psych-Krankenhaus-entgeltsystem berufsgruppenorientiert und institutionszentriert ausgerichtet?

# Brauchen wir eine eigenständige Krankenhausplanung für Psychosomatik?

---

## Gegenfragen:

- **Muss psychosomatische Behandlung so häufig stationär erfolgen?**
- **Was ist Planungsgegenstand? Ist eine eigenständige Planung für Psychosomatik überhaupt sachgerecht möglich, wenn man nicht einmal das Gebiet und die Patientenklientel klar abgrenzen kann?**
- **Wieviel Krankenhausbehandlung steckt überhaupt in der Psychosomatik?**

**Praktische Überlegung: Woher sollen die Ärzte für die weiteren Psychosomatikbetten kommen?**

**Geht die Psychosomatik perspektivisch nach und nach in die Hände der Psychologischen Psychotherapeuten?**

# Brauchen wir weitere stationäre Krankenhausbehandlungskapazitäten?

## Gegenfragen:

- Bei den schwereren psychischen Erkrankungen gibt es kaum Steigerungen. Ist der Anstieg der Morbidität, mit dem die Notwendigkeit neuer Betten begründet wird, real?
- 
- Warum kommen andere Länder, z.B. die Niederlande, mit deutlich weniger Krankenhausbehandlungsplätzen aus?
- Erfahrungen mit Regionalbudgets -> Bettenabbau.

## 2.4 Hospitalisierung und Diagnosen (s. A.2; A.4)

In den 130 psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland mit ihren insgesamt 98 757 Betten befanden sich am Stichtag (30. Mai 1973) 94 197 Patienten. Der Krankenbestand gliedert sich in folgende Diagnosen:

Diagnose	Prozentualer Anteil am Krankenbestand der 130 psychiatrischen Fachkrankenhäuser in %
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen .....	13,0
Schizophrener Formenkreis .....	36,7
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen .....	8,2
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen .....	4,0
Suchten .....	9,6
Anfallsleiden .....	6,0
Schwachsinnformen (geistige Behinderungen) .....	18,5
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch) sowie übrige Kranke	4,0

# Brauchen wir weitere **stationäre** Krankenhausbehandlungskapazitäten?

---

In den vergangenen Jahren ist ein ständiger Anstieg der Aufnahmen zu verzeichnen. Die Krankenstatistik des Landschaftsverbandes Rheinland verdeutlicht einen Trend, der auch für die Entwicklung bei anderen Trägern typisch sein dürfte: steigende Aufnahmezahlen bei Suchtkranken, insbesondere bei Alkoholikern (s. A. 4).

Aus: Bundesdrucksache 7/4200 zur Psychiatrie-Enquete

## **Gegenfrage:**

- Sind wir gerade dabei, die Erfolge der Psychiatrie-Enquete von 1975 auf's Spiel zu setzen?
-

# Brauchen wir weitere **teilstationäre** Krankenhausbehandlungskapazitäten?

---

## **Gegenfragen:**

- **Warum behandeln unterschiedliche Tageskliniken mit gleichem Versorgungsauftrag derart unterschiedlich lange? Könnten durch kürzere Verweildauern in einzelnen Tageskliniken nicht die bestehenden Angebote effektiver genutzt werden und dann ausreichen?**
  - **Besteht ein weiterer Bedarf an Tagesklinikplätzen oder besteht nicht vielmehr ein Bedarf an ambulanten Rehabilitationsplätzen?**
  - **Entlasten die teilstationären Einrichtungen im geplanten Umfang den stationären Bereich oder aber substituieren sie den vertragsärztlichen Bereich?**
-

# **Der Schlüssel: Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung!**

---

## **3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.2)**

Gemessen am Aufwand, mit dem die Krankenhausversorgung vorangetrieben wurde, ist der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Bundesrepublik Deutschland nicht den Erfordernissen angepaßt worden. Dieses Versäumnis ist vor allem für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von herausragender Bedeutung

Aus: Bundesdrucksache 7/4200 zur Psychiatrie-Enquete

---

# Der Schlüssel: Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung!

---

## Richtlinienpsychotherapie:

- **Abbau der Wartezeiten**, z.B. durch Förderung der Gruppenpsychotherapie, die bei den meisten Psychotherapiepatienten, ggf. ergänzt durch Einzeltherapie, möglich ist.
  - **Verbesserung der Zusteuerung**, z.B., indem Psychotherapie unter Vorbehalt der Zuweisung eines Facharztes gestellt wird. Es muss sicher gestellt werden, dass schwerer psychisch Kranke zeitnah und bevorzugt einen ambulanten Psychotherapieplatz bekommen.
-

# **Der Schlüssel: Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung!**

---

## **Richtlinienpsychotherapie:**

- **Abbau der Überversorgung in Städten bzw. wohlhabenden Stadtteilen**
  - **Abbau der Unterversorgung in ländlichen Gebieten und Problembezirken**
  - **Verbesserung der Ausbildung der Psychotherapeuten, die in vielen Instituten derzeit zu wenig auf schwerer psychisch Kranke ausgerichtet ist.**
  - **Verbesserung der Ausbildung der Psychotherapeuten, die in vielen Instituten derzeit zu wenig den Blick auf sozialpsychiatrische Aspekte / Verbesserung der Teilhabe / Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsplatzverlust lenkt.**
-

# Der Schlüssel: Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung!

---

## Fachärztliche Versorgung:

- Abbau der **Wartezeiten**, Verbesserung der **pharmakologischen Behandlung**, Ermöglichung von **höherfrequenten Behandlungen bei schwer psychisch Kranken** (möglicher Lösungsansatz: **Morbiditätsorientierte Verteilung der Honorare**).
  - **Abbau der Überversorgung in Städten bzw. wohlhabenden Stadtteilen und der Unterversorgung in ländlichen Gebieten und Problembezirken**
  - **Einbeziehung der PIAs bei der Entwicklung des neuen PsychKH-Entgeltsystems**
  - **Ausbau der Regionalbudgets?**
-

# Der Schlüssel: Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung!

---

## Ambulante medizinische Rehabilitation:

- **Problem 1:** Wartezeiten / keine nahtlosen Verlegungen ->
  - **Aufbau von ausreichenden Kapazitäten zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, die dem gestiegenen Bedarf gerecht werden.**
  - **Problem 2:** Es gibt zu wenige ausreichend qualifizierte Ärzte, die eine solche Einrichtung leiten könnten:
    - *Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie*
    - *+ praktische Rehabilitationserfahrung*
    - *+ Zusatzweiterbildung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen*
  - **-> Personalentwicklung der Leistungsanbieter???**
-

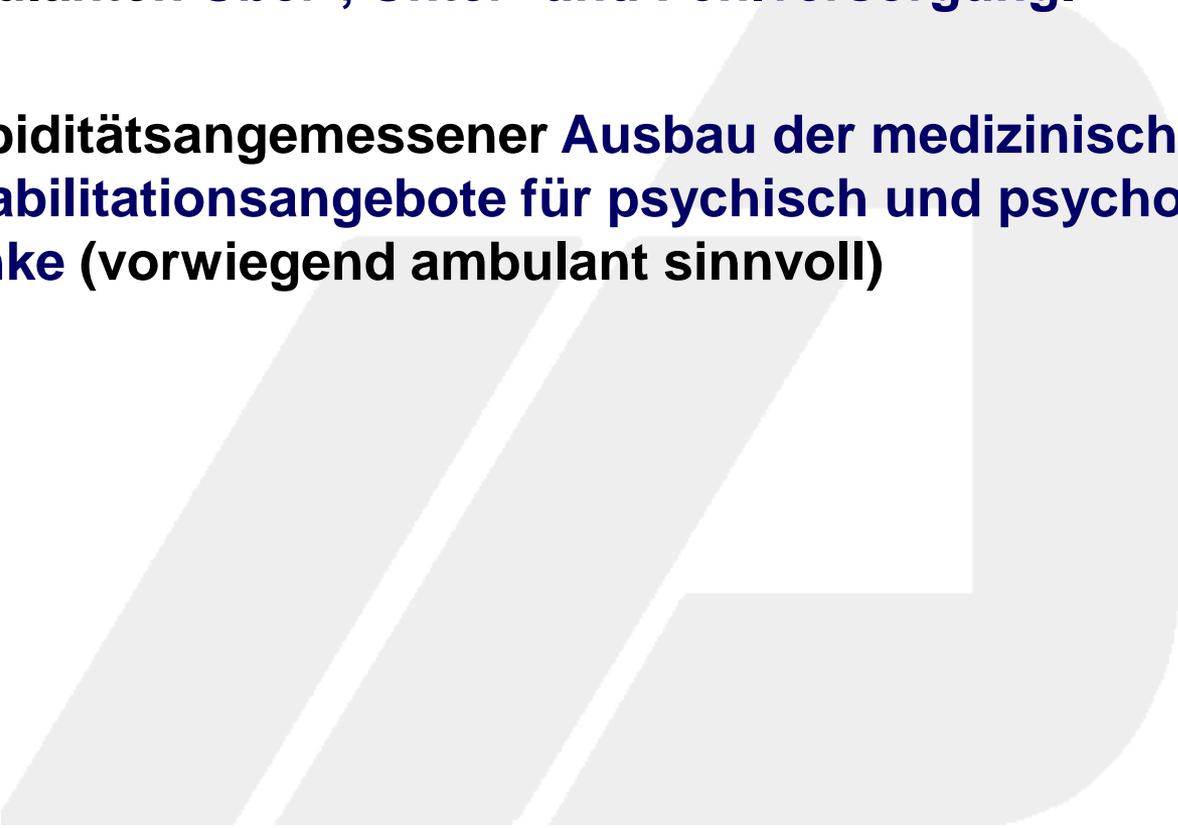
# Ausblick

---

- **Eine eigenständige Krankenhausplanung für Psychosomatik ist weder sinnvoll noch sachgerecht möglich!**
  - **Das neue Psych-KH-Entgeltsystem sollte Abrechnungsfähigkeit von Krankenhausbehandlung an die Übernahme einer Versorgungsverpflichtung knüpfen.**
  - **Keine weitere Förderung einer Hospitalisierung durch neue stationäre Krankenhauskapazitäten!**
  - **Aufbau neuer Tagesklinikplätze i. d. R. nur mit kompensatorischem 1:1 Bettenabbau sinnvoll.**
-

# Ausblick

---

- **Stärkung der ambulanten Versorgung und Abbau der ambulanten Über-, Unter- und Fehlversorgung.**
  - **Morbiditätsangemessener Ausbau der medizinischen Rehabilitationsangebote für psychisch und psychosomatisch Kranke (vorwiegend ambulant sinnvoll)**
- 
-

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---

**Dr. med. Bernhard van Treeck**

(DGPPN, DGSMP)

**Stellvertretender leitender Arzt**

**Medizinischer Dienst  
der Krankenversicherung Nord  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg**

**E-Mail: [bernhard.vantreeck@mdk-nord.de](mailto:bernhard.vantreeck@mdk-nord.de)**

**Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Ärztliches Qualitätsmanagement  
Naturheilverfahren,  
Rehabilitationswesen  
Sozialmedizin  
Suchtmedizinische Grundversorgung**

