



**Evangelisches Krankenhaus
Bergisch Gladbach**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn

Herrn
Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstr.1
53123 Bonn

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Kooperationsklinik der Universität Witten/Herdecke

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

Förderung der Gruppenpsychotherapie

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,

in der Erörterung des Petitionsausschusses vom 14.01.2019 zur Petition zum Terminservicegesetz (TSGV) sagten Sie, dass Gruppenpsychotherapie zu wenig genutzt werde und dass hier vermutlich falsche Anreize gesetzt werden. Dem kann ich mich voll und ganz anschließen und komme gerne Ihrer Bitte nach, hierzu Vorschläge zu machen.

Zunächst möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen: ich bin bis zum 31.01.2019 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses in Bergisch Gladbach, aus der ich aus Altersgründen ausscheide.

Wir arbeiten tagesklinisch und stationär in Einzel- und Gruppenpsychotherapie und bilden in diesen Verfahren aus. Für ca. 280.000 Einwohner des Rheinisch-Bergischen Kreises sind wir die zuständige Versorgungsklinik. Für die Nachsorge unserer Patienten gibt es im Bereich der niedergelassenen Psychiater, Nervenärzte und Psychotherapeuten der Region keine ausreichenden Angebote trotz eines von uns gestalteten Netzwerks mit diesen Berufsgruppen. Vor diesem Hintergrund haben wir inzwischen zehn Psychotherapiegruppen in unserer Ambulanz eingerichtet, die einmal wöchentlich für die Patienten poststationär stattfinden. Diese Gruppen werden von der mit den Krankenkassen vor mindestens mehr als zehn

Jahren vereinbarten und nie angepassten Pauschale der Psychiatrischen Institut-sambulanz mit 179 € / Quartal (für zwölf Sitzungen!) vergütet. Wir tun dies aus Überzeugung und sind immer wieder gezwungen, den Träger zu überzeugen, diese für die Patienten sinnvolle und notwendige Maßnahme zu subventionieren.

Des Weiteren bin ich als Gruppenlehranalytiker und Vertreter des wegweisenden Mentalisierungsmodells in Deutschland überregional in der Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten aktiv und supervidiere und trainiere junge Assistentenärztinnen und -ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen (meist in psychotherapeutischer Ausbildung) in einer Reihe von Unikliniken, Kliniken und Tageskliniken, so dass ich mit der Situation der Versorgung aus eigener Anschauung recht gut vertraut bin.

Aus der Sicht unserer Klinik gibt es für komplex psychisch Erkrankte **zwei** gravierende Versorgungsprobleme, zu denen ich jeweils einen konkreten Vorschlag mache:

1. Poststationäre Versorgung komplex und schwer psychisch beeinträchtigter Patienten

Sowohl aus unseren eigenen Erfahrungen als auch aus der größten aktuellen Studie, die zur Zeit vorliegt (Olfson et al., 2016), ergibt sich, dass das höchste Suizidrisiko komplex und schwer psychisch beeinträchtigter Patienten kurz vor Entlassung oder in den ersten 90 Tagen nach Entlassung liegt. So lautet die Schlussfolgerung dieser Autoren: *„After psychiatric hospital discharge, adults with complex psychopathologic disorders with prominent depressive features, especially patients who are not tied into a system of health care, appear to have a particularly high short-term risk for suicide.“*

Vorschlag Jede psychiatrische und psychosomatische Klinik erhält die Möglichkeit, extrabudgetär (dem EBM-Katalog-analog) den Patienten eine 12-monatige poststationäre Gruppenpsychotherapie anzubieten, die mindestens 1x/Woche mit zwei Gruppentherapeuten stattfindet. Zwei Gruppentherapeuten sind erforderlich, um die gebotene Kohäsion bei Krankheit und Urlaub aufrechtzuerhalten. Dies hätte den Vorteil, dass die Schwierigkeiten dieser Patienten, einen Therapieplatz in angemessener Zeit zu bekommen, relativ schnell überbrückt werden könnten.

Natürlich müssten diese Gruppentherapeuten adäquat ausgebildet werden. Die Beteiligung von jungen Kollegen an einer ambulanten Nachsorgegruppe führt nach unserer Erfahrung auch dazu, dass diese später in ihrer eigenen ambulanten Praxis vermehrt Gruppenpsychotherapie durchführen und auch den Mut haben, komplex und schwer psychisch beeinträchtigte Patienten in ihre Gruppen aufzunehmen.

Erhöhen der Zahl der Psychotherapeuten, die Gruppenpsychotherapien anbieten

Aus dem Antrag der vom Innovationsfond geförderten BARGRU-Studie geht hervor, dass in Deutschland etwa 8.500 Psychotherapeutinnen zu ambulanten Gruppenpsychotherapien im KV-System zugelassen sind. Derzeit bieten jedoch nur etwa 300 Psychotherapeutinnen Gruppenpsychotherapie (GrPT) nach den Psychotherapie-Richtlinien an. Also realisieren 95% der zur GrPT-Zugelassenen keine Gruppenpsychotherapie, obwohl genügend Bedarf für eine Gruppenpsychotherapie vorliegt!

Unstrittig können nicht alle psychischen und psychosomatischen Störungen ausschließlich gruppenpsychotherapeutisch behandelt werden. Jedoch ist das „Reservepotential“ der tatsächlich vorhandenen, aber ungenutzten Expertise für ambulante Gruppenpsychotherapien evident. Aktuell wird von Prof. Gereon Heuft (Universität Münster) und Dr. Heribert Knott (Stuttgart) eine Untersuchung durchgeführt, um die Hintergründe genauer zu erfassen, warum der Großteil der qualifizierten Therapeuten keine Gruppen durchführt. Auf die Ergebnisse dürfen wir gespannt sein – diese werden allerdings noch etwas auf sich warten lassen.

Meine persönlichen Hypothesen zu den Hintergründen dieser Situation:

- Zwischen 1987 und 2005 sind die Honorare für Gruppenpsychotherapie – im Verhältnis zur Einzeltherapie – kontinuierlich gesunken, so dass es schließlich nicht mehr wirtschaftlich war, Gruppenpsychotherapien durchzuführen und die entsprechenden Voraussetzungen (zusätzliche Ausbildung, Gruppenraum) zu schaffen und vorzuhalten. Seit 2005 besteht seitens des Honorars durchaus wieder ein Anreiz, Gruppenpsychotherapien durchzuführen. Zuletzt wurden die Honorare für Gruppenpsychotherapie 2017 nochmal deutlich angehoben.
- Dies hat zu einer (sehr) langsam verbesserten Versorgung geführt. Dass diese Veränderung nicht schneller geht, liegt vermutlich daran, dass Kolleginnen und Kollegen, die sich als Einzeltherapeuten eingerichtet haben, nicht „mal eben“ einen Gruppenraum anbauen und die Logistik der Praxis umstellen können oder wollen.
- Behandlungskontingente: Aus Sicht als Chefarzt einer Klinik eignet sich Gruppenpsychotherapie besonders für die längerfristige Behandlungen komplex und schwer psychisch beeinträchtigter Patienten. Die Kontingente in der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie und in der Verhaltenstherapie (jeweils maximal 80 Sitzungen) erlauben eine Behandlungsdauer von ca. zwei Jahren. Das ist für diese Patientengruppe häufig nicht ausreichend. Aus meiner Sicht hat dies zur Folge, dass gerade komplex gestörte Patienten nicht in solche Gruppen aufgenommen werden.

Vorschlag: Die Kontingente für tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie sollten auf die Kontingente der analytischen Gruppenpsychotherapie (150 Sitzungen) erhöht werden.

- „Angst vor Gruppen“: In Kliniken ist es üblich, dass Berufsanfänger ohne Ausbildung und jede Erfahrung mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapien betraut werden. Dabei ist die Durchführung einer Gruppenpsychotherapie keinesfalls eine triviale Aufgabe. Es fehlt häufig an qualifizierter Anleitung und Supervision, weil die Leitenden Ärzte selbst in diesen Verfahren meist nicht ausgebildet sind. In der Folge werden sowohl Therapeuten als auch Patienten von Gruppenpsychotherapien abgeschreckt, teilweise sogar traumatisiert, anstatt sie für diese sinnvolle und ökonomische Behandlungsform zu gewinnen.

Vorschlag: Die Kostenträger führen als Regel ein, dass Kolleginnen und Kollegen ohne eine gruppenpsychotherapeutische Ausbildung zunächst ein Jahr als Ko-Therapeuten an einer Gruppe teilnehmen, die ein erfahrener Gruppenpsychotherapeut leitet. Dies müsste natürlich auch seitens der Kostenträger stichprobenartig geprüft werden.

Ich würde mich freuen, wenn Sie meine Anregungen aufgreifen. Gerne stehe ich Ihnen zu weiteren Informationen auch in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

 rath

Literatur

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S. M., Gerhard, T., et al. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, 73 (11), S. 1119-1126.