



Medizinische Hochschule
Hannover

Zentrum Psychologische Medizin
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie
und Psychotherapie
Prof. Dr. Dr. Hinderk M. Emrich

Heiner Melchinger

Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung

unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen
Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Ver-
sorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen
Krankenversicherung

- Expertise -

Das vorliegende Gutachten wurde im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellt.

Dr. Heiner Melchinger

Medizinische Hochschule Hannover
Zentrum Psychologische Medizin
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie
und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel. 0511 / 532-5530
melchinger.heiner@mh-hannover.de

Hannover, März 2008

Inhalt

1	Zielsetzung der Studie	5
2	Problemaufriss	7
3	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	13
3.1	Entwicklung und Bestand	13
3.2	Versorgungsauftrag und Rahmenbedingungen	16
3.3	Integration von PIAs und Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi)	20
3.4	Leistungsvergütung	21
3.5	Daten zum Leistungsspektrum der PIAs	24
3.6	Konzeptionelle Vorzüge	31
3.7	Abgrenzung PIAs / niedergelassene Nervenärzte	32
3.8	Beschränkungen des Leistungspotentials der Nervenarztpraxen	37
3.9	Implikationen der gegenwärtigen Ressourcenallokation	45
3.10	Ressourcenbedarf	46
3.11	Handlungsbedarf	48
4	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)	50
4.1	Versorgungsauftrag und Rahmenbedingungen	50
4.2	Gemeindepsychiatrische Verbände / Psychosoziale AGs	55
4.3	Daten zur Arbeit der SpDis	56
4.4	Kooperation SpDis / PIAs	63
4.5	Kooperation SpDis / niedergelassene Nervenärzte	63
4.6	Kooperation SpDis / niedergelassene Psychotherapeuten	65
4.7	Folgerungen	66

Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BHZ	(Psychiatrisches) Behandlungszentrum
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Krkh	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKH	Landeskrankenhaus
LV	Landschaftsverband
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NÄ	Nervenärzte
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RVO	Reichs-Versicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst

1 Zielsetzung der Studie

Sieht man von den wenigen eindeutig organisch bedingten Erkrankungen ab, liegen die Ursachen für die Entstehung und für die Aufrechterhaltung von psychischen Störungen immer in einer Interdependenz von biologisch-somatischen, psychologischen und sozialökologischen Einflussfaktoren. Aus dieser Elementarerkenntnis multifaktorieller Bedingtheit psychischer Störungen ergibt sich, dass eine ganzheitliche Behandlung von psychisch Kranken alle Einflussgrößen ins Blickfeld nehmen muss. Aus dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das heute in der Psychiatrie Allgemeingut ist, leitet sich für die ambulante psychiatrische Versorgung aber auch die Notwendigkeit einer koordinierten Zusammenführung von medizinischen und komplementären Hilfemaßnahmen ab.

In dieser von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Auftrag gegebenen Studie wird untersucht, in wie weit die gegenwärtige Versorgungspraxis diesen Anforderungen gerecht wird, in welchen Sektoren / an welchen Schnittstellen Unzulänglichkeiten bestehen und welche Handlungserfordernisse erfüllt werden müssen, um eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung zu erreichen.

Die tragenden Säulen der ambulanten psychiatrischen Versorgung bilden die niedergelassenen Nervenärzte, die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Psychotherapeuten. Während der Sektor der Psychotherapie durch ein relativ eigenständiges Dasein gekennzeichnet ist, gibt es zwischen den Aufgabenbereichen der Nervenärzte, der Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Sozialpsychiatrischen Dienste Überlappungen und damit vielfältige Ansatzpunkte für Kooperation und Koordination. Das Zusammenspiel dieser drei Akteure steht im Fokus der Studie.

Besonderes Augenmerk wird den Psychiatrischen Institutsambulanzen gewidmet, deren Expansion von manchen niedergelassenen Nervenärzten mit Skepsis gesehen wird. Hier geht es um Fragen der Abgrenzung zu Nervenarztpraxen und um Fragen der Chancengleichheit für beide Leistungserbringer.

2 Problemaufriss

Strukturen der ambulanten Versorgung

Psychiatrische Versorgung wird allgemein in die drei Bereiche ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen untergliedert.

An der vertragsärztlichen allgemein- und gerontopsychiatrischen Versorgung sind die folgenden Facharztgruppen beteiligt:

- Fachärzte für
 - Psychiatrie
 - Psychiatrie und Neurologie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Nervenheilkunde (= Neurologie und Psychiatrie)
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Hausärzte
- } Nachfolgend wird der Begriff "Nervenärzte" (NÄ) stellvertretend für die diese vier Fachgruppen verwendet.

An der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung sind beteiligt

- Ärztliche Psychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten

Die weiteren Hilfeangebote in der ambulanten Versorgung können gegliedert werden in

- Ambulante Dienste für Erwachsene
 - Sozialpsychiatrische Dienste
 - Psychiatrische Institutsambulanzen
- Entsprechende Dienste für Kinder/Jugendliche und andere spezifische Zielgruppen
- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen
- Ambulant betreutes Wohnen
- Andere Hilfen zur Wohnung und Selbstversorgung
- Spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung
- Spezielle Hilfen für Suchtkranke
- Spezielle komplementäre Hilfen für Kinder und Jugendliche
- Spezielle komplementäre Hilfen für alte Menschen
- Sonstige ambulante Hilfen

Nicht weiter aufgelistet wird die Vielzahl der Einrichtungen, die nicht explizit psychiatrische Hilfen anbieten, partiell aber auch Hilfen leisten, die im weiteren Sinne unter psychiatrische Versorgung subsumiert werden können (Familienberatungsstellen, Telefonseelsorge, schulpsychologische Dienste usw.)

Anzumerken ist, dass die differenzierenden Merkmale der genannten Facharztgruppen und Hilfeangebote für die Mehrzahl der anderen Ärzte und erst recht für Laien nicht transparent sind.

Kostenträger

Die Kostenzuständigkeit für die ambulanten Versorgungsangebote ist auf eine Vielfalt von Trägern verteilt. Die wichtigsten Kostenträger sind:

- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- Arbeitsverwaltung
- Pflegeversicherung
- öffentliche Hand
- Eigenmittel der Einrichtungsträger, Stiftungen u.a.

Die Fragmentierung der Zuständigkeiten ist nicht fachlich begründet, sondern nur durch "historisches Gewachsensein" zu erklären. Die organisatorische und finanzielle Fraktioniertheit der Versorgung (in den Gesundheitswissenschaften zuweilen als die "Deutsche Krankheit" bezeichnet) steht der Umsetzung von ganzheitlichen Behandlungskonzepten im Weg, sie führt zu Schnittstellenverlusten und bedingt erhebliche volkswirtschaftliche Mehrkosten.

Disparitäten in der Versorgung

Trotz einheitlicher bundesrechtlicher und ähnlicher landesrechtlicher Bestimmungen ist die ambulante psychiatrische Versorgung hinsichtlich Art, Vielfalt, Qualität und Vernetzung der Versorgungsangebote durch erhebliche regionale Disparitäten gekennzeichnet. So variiert etwa die Dichte der niedergelassenen Nervenärzte (Ärzte / 100.000 Einwohner) zwischen Kernstädten und ländlichen Kreisen um den Faktor 4. Die aggregierten Statistiken zur Nervenärztdichte lassen nicht erkennen, dass es - insbesondere in den neuen Bundesländern - größere Regionen ohne Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte gibt.

Gemeindepsychiatrische Verbände

Den in den letzten Jahren in allen Regionen eingerichteten Gemeindepsychiatrischen Verbänden obliegt die Aufgabe, die Vielfalt der vorhandenen Leistungsangebote¹ zu vernetzen, eine enge Kooperation der Leistungserbringer zu gewährleisten, eine freiwillige Versorgungsverpflichtung der ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen zu erreichen, die Bedarfsgerechtigkeit der vorhandenen Angebote zu prüfen und Vorschläge für eine Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems zu entwickeln. Diese anspruchsvollen Zielsetzungen wurden in den Regionen in unterschiedlichem Ausmaß er-

¹ Die Vielfalt der Versorgungsangebote kann in gut versorgten Regionen kaum überschaubare Dimensionen annehmen. So sind beispielsweise die psychiatrischen Einrichtungen in Stadt und Landkreis München in einem 850 Seiten starken Katalog aufgelistet.

reicht. Niedergelassene Nervenärzte sind in der Regel in die Verbundarbeit nicht eingebunden.¹

Bedarfsorientierung, Evidenz und Wirtschaftlichkeit

Als Vorbild für weit entwickelte, evidenzbasierte gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen gelten die in den nationalen Gesundheitsdiensten von Großbritannien, Australien und von den skandinavischen Ländern etablierten Versorgungsmodelle (Community Mental Health Teams, Case Management, Assertive Community Treatment u.a.). Vergleichbar komplexe und evaluierte Versorgungsmodelle finden sich in Deutschland nur in wenigen Ausnahmefällen.²

In Folge der Psychiatrieenquête³ von 1975 wurden von der öffentlichen Hand und von den Sozialversicherungen zahlreiche Modellvorhaben/-programme zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung initiiert und durchgeführt. Dass die damals zur Erprobung anstehenden Versorgungsformen, die heute die Kernstücke der ambulanten psychiatrischen Versorgung bilden, besser und menschenwürdiger wären als die Versorgung in der Zeit vor der Enquête, bedurfte keiner besonderen Begründung. In der Aufbruchstimmung der Psychiatriereform, die in eine Zeit wirtschaftlicher Prosperität fiel, war aber noch kein Platz für ökonomische Überlegungen. Von den wissenschaftlichen Begleitungen wurde der Aspekt von Kosten und Nutzen schlicht ausgeblendet und von den Auftraggebern auch nicht eingefordert.

Der Mangel an gesundheitsökonomischen Studien zieht sich in der Psychiatrie bis heute als Problem durch. Zu Kosten und Nutzen von Leistungen gibt es in der Psychiatrie nur wenige empirisch fundierte Arbeiten, in der Psychotherapie noch weniger und im Bereich der psychosozialen Versorgung fast gar keine. Salize stellt 2005 fest, dass zur Beantwortung der Frage, "ob die in den vergangenen Jahrzehnten mehr aus Überzeugung, denn aus gesichertem Wissen eingeführte gemeindepsychiatrische Versorgung tatsächlich besser und kostengünstiger ist als die langfristige Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus" auch heute noch keine entscheidend bessere Datenbasis zur Verfügung steht.⁴

¹ Auf die Gründe dafür wird im Abschnitt Sozialpsychiatrische Dienste näher eingegangen

² Ein herausragendes Ausnahmebeispiel stellt das Psychiatrische Krisen- und Behandlungszentrum "Atriumhaus" in München dar, wo unter einem Dach neben komplexen psychiatrischen und sozialtherapeutischen Ambulanzangeboten eine Krisenstation, eine Tagesklinik und eine Nachtambulanz vorgehalten werden.

³ Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 und 7/4202. Bonn 1975

⁴ Salize HJ (2005) Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der Versorgung psychisch Kranker. Die Psychiatrie 2005; 2:165-172

Wenn heute Erörterungen über mögliche neue Versorgungsleistungen stattfinden, sind Begründungen des Nutzens der Leistung im Sinne von Zuwachs an Behandlungsqualität eher von nachgeordnetem Interesse. Die Kostenträger sind primär an Kosten-Nutzen-Berechnungen interessiert: Was kostet uns die Leistung und welche Einsparungen werden dadurch an anderer Stelle erreicht?¹ Vielfältige Erfahrungen belegen allerdings, dass der Nachweis von Kosteneffizienz eine notwendige, aber keineswegs eine hinreichende Voraussetzung ist, um Veränderungen in der Versorgung zu erreichen.

Der wiederholten Forderung, alle ambulanten psychiatrischen Versorgungsleistungen auf den Prüfstand zu stellen, sie nach den Maßgaben von Bedarfsorientierung, Evidenz und Wirtschaftlichkeit einer kritischen Bewertung zu unterziehen, stehen erhebliche Widerstände entgegen (Festhalten an der traditionellen Fragmentierung der Versorgung, interne Struktur der Krankenversicherung mit getrennten Geschäftsbereichen "stationär" und "ambulant" [wobei für jeden Bereich die Zielvorgabe 'Vermeidung von Ausgabensteigerungen' gilt], Erfordernisse zur Anpassung gesetzlicher und finanzieller Vorgaben, Besitzstandsinteressen von Leistungserbringern, mangelnde Flexibilität von Verwaltungen, Standesinteressen u.a.).²

Ein Beispiel: In einer Analyse zu den Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung wurde nachgewiesen, dass drei Viertel aller Ausgaben für psychiatrische Leistungen aus den EBM-Kapiteln G II-V auf Psychotherapie entfallen und dass der Anteil der Leistungen, die als psychiatrische Basisversorgung bezeichnet werden, nur 13 Prozent ausmacht.³ Unter Bezug auf dieses Untersuchungsergebnis wurden Krankenkassen von verschiedener Seite aufgefordert, die evidente Schieflage in der der psychiatrischen Versorgung unter den Aspekt von Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Eine große Krankenkasse teilte lapidar mit, "Für dieses Thema besteht zurzeit bei uns kein Interesse".

Betriebswirtschaftliche vs. volkswirtschaftliche Betrachtungsebenen

Am Beispiel der Demenzen, denen ökonomisch gesehen die größte Bedeutung in der medizinischen Versorgung älterer Menschen zukommt, kann die Irrationalität der fraktionierten Kostenträgerschaft deutlich gemacht werden. Die meisten Demenzkranken erhalten bis heute keine leitliniengerechte Therapie.⁴ Wesentliche Gründe für dieses Defizit liegen in einer unzureichenden Finanzierung des Behandlungsaufwands für diese Patientengruppe und in

¹ Dies gilt auch für die Integrierte Versorgung gemäß § 140ff SGB V. So ist z.B. in einem Papier der AOK Niedersachsen zu den ökonomischen Anforderungen an IV-Modelle vermerkt: "IV-Modelle müssen effizienter als Regelversorgung sein. Kleinste Anschubfinanzierungen müssen zurückfließen."

² Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 2005; 76: 809-851

³ Melchinger H et al. Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006; 77:73-80

⁴ Melchinger H. Demenzerkrankungen - Chronische Versorgungsdefizite. Dtsch Ärztebl 2007; 104 (47):A3236-7

der Sorge der Ärzte, mit der Verordnung der nicht billigen Antidementiva (monatliche Kosten von rund 120 Euro) die eng bemessenen Jahresrichtgrößen für Medikamente zu überschreiten.

Unter ausschließlich betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten wäre es für die Krankenkassen am günstigsten, wenn keine Medikamente verordnet würden, die die Progression der Demenz aufhalten. Dann würde früher die Zuständigkeit der Pflegeversicherung einsetzen.

Aus den gesetzlichen Vorgaben ergeben sich für die Pflegeversicherung und für die Sozialhilfe genau entgegen gerichtete Interessen. Für diese wäre es am günstigsten, wenn alle ambulanten Hilfen einschließlich der Gabe von Antidementiva ausgeschöpft würden, um eine Heimunterbringung möglichst lange aufzuschieben. Die Pflegeversicherung kann sich dabei auf die gesetzliche vorgegebene Nachrangigkeit ihrer Leistungen beziehen.¹

Wird Heimunterbringung erforderlich, weil häusliche Pflege nicht mehr möglich ist, entstehen für die Pflegeversicherung (bei angenommener Pflegestufe zwei) monatliche Kosten von rund 1.300 Euro und für den Sozialhilfeträger monatliche Kosten in Höhe von rund 1000 Euro (Daten aus der Region Hannover). Würde die Heimunterbringung nur um einen Monat verzögert, würden 2.300 Euro eingespart. Dieser Betrag würde ausreichen, um eine einjährige Behandlung mit Antidementiva zu finanzieren und um den behandelnden Ärzten für den erhöhten Behandlungsaufwand eine Pauschale von 100 Euro/Quartal zu vergüten. Was fachlich richtig und volkswirtschaftlich vernünftig wäre, ist unter den gegebenen Bedingungen nicht umsetzbar. Das Nachsehen haben die Patienten.

Auch wenn nur begrenzt auf wissenschaftlich fundierte Bedarfsanalysen und Nutzen-Kosten-Bewertungen Bezug genommen werden kann, ist die ambulante psychiatrische Versorgung unter fachlichen wie unter ökonomischen Blickwinkel als in weiten Bereichen unzureichend und nur begrenzt effektiv zu werten. In weiten Bereichen bestehen Unter- und Fehlversorgung. Berger² führt dazu aus:

- Das Gesundheitssystem kann bereits jetzt Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen nicht adäquat leisten.

¹ "Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden" (§ 5 SGB XI)

² Berger M. Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland - Unter besonderer Berücksichtigung des Faches "Psychiatrie und Psychotherapie". In Berger M et al. (Hrsg.) Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer 2005
Melchinger H et al. Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006; 77:73-80
Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernissen bei schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 2005;76:808-821

- In der ambulanten psychiatrischen Versorgung besteht eine deutliche Unterversorgung. Diese beruht auf zwei Faktoren, auf einer zu geringen Zahl niedergelassener Fachärzte und auf einer massiven Unterfinanzierung der nervenärztlichen Leistungen.
- Die ambulante psychiatrische Versorgung der Bevölkerung ist nicht mehr flächendeckend gewährleistet.

Die kritische Bewertung wird durch die folgenden empirischen Sachverhalte fundiert:

- Bei den niedergelassenen Nervenärzten ergaben sich von 1994 bis 2004 Fallzahlsteigerungen um rund 50 Prozent.
- Bei genehmigten Psychotherapien ist von 2000 bis 2006 ein Anstieg um 61 Prozent festzustellen. Im Jahr 2006 ergab sich bei etwa 730.000 Personen mindestens eine Genehmigung für die Einleitung oder Fortsetzung einer Psychotherapie.¹
- Während Krankenhausfälle (alle Diagnosen) von 1994 bis 2005 um 11 Prozent angestiegen sind und seit 2001 stagnieren, sind bei psychiatrischen Diagnosen kontinuierliche Zuwächse festzustellen. Von 1994 bis 2005 ergab sich bei psychiatrischen Krankenhausfällen eine Steigerung um 36 Prozent.
- Die mittlere Zahl von stationären Wiederaufnahmen psychiatrischer Patienten innerhalb von 365 Tagen ist von 1997 bis 2002 um rund 23 Prozent angestiegen.²
- Nach Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen zur Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) im Jahr 2000 ist die Anzahl der PIA-Behandlungsfälle sprunghaft angestiegen. Im Jahr 2005 ergaben sich ungefähr 650.000 PIA-Behandlungsfälle.
- Bei der Gesamtheit der AU-Fälle (Arbeitsunfähigkeitstage) ergaben sich von 1997 bis 2002 ein Anstieg um rund 17 Prozent und danach kontinuierliche Rückgänge. Die Werte für 2006 liegen in der gleichen Größenordnung wie für 1997. Dagegen ergab sich bei AU-Fällen aufgrund von psychischer Erkrankung von 1997 bis 2006 ein Anstieg um rund 65 Prozent.
- Die Gesamtzahl der Frühberentungen (alle Diagnosen) ist seit 1994 stark rückläufig. Im Gegensatz zum allgemeinen Trend stehen Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen auf gleichbleibend hohem Niveau an der Spitze der Statistik.³

¹ GEK-Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.) GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007. St. Augustin: Asgard 2007

² Cording, 2005, zit. nach Hohagen F, Die Deklaration von Helsinki. Plenarvortrag DGPPN 2005

³ Deutsche Rentenversicherung; IGES 2007

3 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

3.1 Entwicklung und Bestand

PIAs in der Erwachsenenpsychiatrie

Psychiatrische Institutambulanzen haben ihre Wurzeln in den Empfehlungen der "Sachverständigen-Kommission der Bundesregierung zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" (Psychiatrie-Enquête)¹ von 1975. Dort heißt es: "Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken nicht gerecht. Es hat sich nämlich gezeigt, dass derjenige Teil psychisch Kranker, welcher der Vorsorge, insbesondere aber der intensiven Nachsorge bedarf, zwischen den Maschen des bestehenden Netzes ambulanter Dienste leicht hindurch fällt. ... Es muss daher als eine Fehlentwicklung der Versorgung bezeichnet werden, dass diese ambulanten Aufgaben, welche das Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Nervenärzte sinnvoll ergänzen, noch nicht von den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen wahrgenommen werden können."

In der Folge wurde in Jahr 1976 § 386 Abs. 6 in die RVO eingefügt, der den psychiatrischen Fachkrankenhäusern die Einrichtung von PIAs ermöglichte. Mit Novellierungen dieses Paragraphen in den Jahren 1982 und 1986 wurden die Modalitäten der Leistungsvergütung und die Herausnahme der PIA-Kosten aus der kassenärztlichen Gesamtversorgung geregelt. 1989/1990 wurden diese Bestimmungen novelliert und als §§ 118, 120 in das SGB V übernommen.

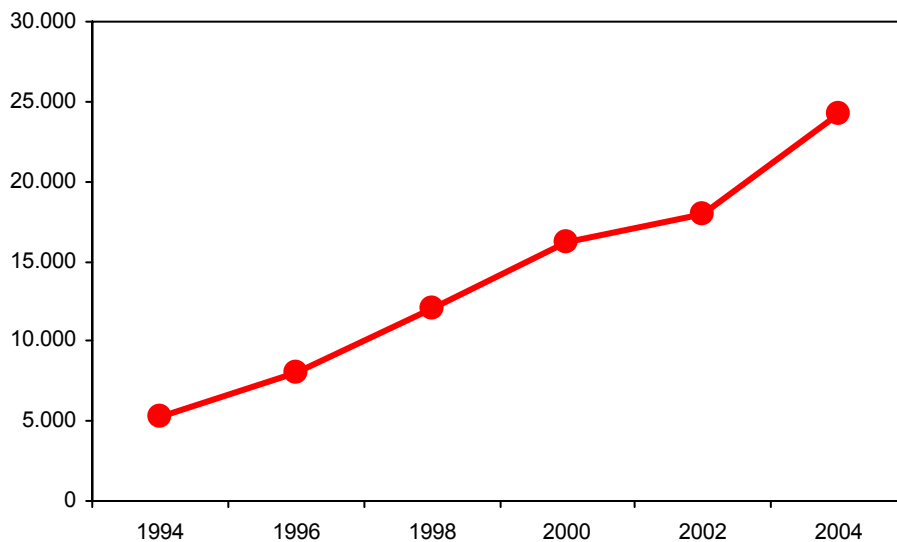
Mit einer Novelle zu § 118 Abs. 2 SGB V wurden im Jahr 2000 schließlich auch Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Einrichtung von PIAs ermächtigt.² Seither ist die Zahl der PIAs sprunghaft angestiegen. Heute besteht eine fast flächendeckende Ausstattung mit PIAs. Von den 434 Psychiatrischen Fachkrankenhäuser/Abteilungen unterhalten 418 (96 %) eine PIA. Damit liegt die Zahl der PIAs nur knapp unter der Zahl der Sozialpsychiatrischen Dienste (rund 460). Seltener als im Bundesdurchschnitt werden PIAs von Fachabteilungen in Sachsen-Anhalt (42 %), in Baden-Württemberg (78 %) und in Thüringen (79 %) unterhalten.³

¹ Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 und 7/4202. Bonn 1975

² Ein Unterschied zwischen den PIAs an Fachkrankenhäusern und den PIAs an Abteilungen liegt darin, dass es bei ersteren keine gesetzliche Einschränkung des Zugangs gibt, während bei letzteren der Zugang einzelvertraglich geregelt wird.

³ Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 (Hrsg). Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistung, Perspektiven. Tabellenanhang S. 135

Die folgende Graphik zeigt am Beispiel der PIAs der sieben Niedersächsischen Landeskrankenhäuser, also schon lange existierender PIAs, einen stetigen Anstieg der Behandlungsfälle in den letzten Jahren. Von 2000 bis 2004 ergibt sich ein Zuwachs um mehr als 50 Prozent.



Entwicklung der PIA-Behandlungsfälle der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser von 1994 - 2004 (nach Spengler, 2005)

Die Zunahme der Behandlungsfälle geht mit dem von den Krankenkassen veranlassten stetigen Rückgang der Krankenhausverweildauer einher und diese wiederum mit einer Zunahme von stationären Wiederaufnahmen.

Bei größeren PIAs ist eine Tendenz zur zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Ambulanzangebote zu beobachten, oft verbunden mit der Entwicklung von Außenstellen. Ein Beispiel für eine ausgeprägte Differenzierung von PIAs stellen die PIAs des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren (3.500 Patienten/Jahr, 1.400 Neuaufnahmen/Jahr) dar, wo neben der Kernambulanz für Allgemeinpsychiatrie die folgenden Ambulanzen vorgehalten werden:

- Fachambulanz des Suchtmedizinischen Zentrums
- Fachambulanz des Gerontopsychiatrischen Zentrums
- Fachambulanz des Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrums,
- gemeindepsychiatrisch-rehabilitative Ambulanz, einschließlich Familienpflege
- Nachsorgeambulanz der Allgemeinpsychiatrischen Abteilung
- ambulante Nachsorge der Klinik für Forensische Psychiatrie

Bei Krankenhäusern mit großen Einzugsgebieten bzw. mit exzentrischer Lage im Versorgungsgebiet befinden sich PIAs manchmal außerhalb des Krankenhausgeländes. Auch mit

der zielgruppenspezifischen Differenzierung von PIAs ergibt sich manchmal eine Verlagerung der Standorte. Insgesamt sollen sich 14 Prozent der PIAs außerhalb des Krankenhauses befinden.¹

Die Relation PIA / Einwohner variiert zwischen den Regionen deutlich: Bei einem Durchschnitt von einer PIA pro 200.000 EW in den Flächenländern stehen in Schleswig-Holstein eine PIA für rund 105.000 Einwohner zur Verfügung, in Bayern eine PIA für rund 320.000 EW. Die Relation hat allerdings nur eine eingeschränkte Aussagekraft, da die Bandbreite der Behandlungsfälle der einzelnen Einrichtungen extrem groß ist, sie reicht beispielsweise in Niedersachsen von 220 bis zu rund 5.000 Fällen/Jahr.²

Gesamtzahl der PIA-Behandlungsfälle

Bei Hochrechnung der für die meisten Bundesländer vorliegenden Abrechnungsfälle auf alle Bundesländer ergibt sich im Jahr 2005 in der Erwachsenenpsychiatrie eine Gesamtzahl in der Größenordnung von 650.000 PIA-Behandlungsfällen, Tendenz steigend. Statistisch ergeben sich jährlich 8 PIA Behandlungsfälle/100.000 Einwohner/Jahr.³ Da ein Patient rechnerisch etwa 2,6 Behandlungsfällen entspricht, werden statistisch rund 3 Patienten/100.000 EW/Jahr in einer PIA behandelt.

Von den niedergelassenen Nervenärzten werden im Durchschnitt rund 400 psychiatrische Fälle/Quartal behandelt (neurologische Fälle sind dabei unberücksichtigt), von den Psychiatern etwa 300 Fälle. Multipliziert man die Fallzahlen mit der Anzahl der Ärzte in den beiden Fachgruppen (2.900 / 1.600), ergeben sich auf ein Jahr berechnet rund 6,6 Mio. Behandlungsfälle. Damit stehen einem PIA-Behandlungsfall 10 Behandlungsfälle niedergelassener Nervenärzte gegenüber.

PIAs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP)

Insgesamt gibt es in Deutschland 155 PIAs für Kinder- und Jugendliche. Wie bei den PIAs der Erwachsenenpsychiatrie gibt es in der Dichte der KiJu-PIAs erhebliche regionale Unterschiede. Die Relation KJPP-PIA/EW variiert zwischen 1:220.000 (Bremen) bis zu 1 zu 2.500.000 (Sachsen-Anhalt). Lässt man Sachsen-Anhalt, das nur über eine ausgewiesene KiJu-PIA verfügt, als Sonderfall außer Betracht, kommt im Durchschnitt der Flächenländer eine KiJu-PIA auf 530.000 EW.

¹ Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 (Hrsg). Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, S. 28

² Tabellenanhang zum o.a. Bericht, S. 135

³ Die Validität der Daten in dem o.a. Bericht ist an manchen Stellen nicht gesichert. So werden dort z.B. für Bayern im Jahr 2005 130.060 PIA-Behandlungsfälle angegeben. Nach einer Statistik der Bayerischen Bezirke gab es in Bayern 2005 164.000 PIA-Behandlungsfälle.

Im Jahr 2005 ergaben sich bei den KJPP-PIAs in Deutschland rund 150.000 Behandlungsfälle.¹ Dies entspricht rund 2 PIA-Behandlungsfällen/100.000 EW. Unterstellt, dass die für die Erwachsenenpsychiatrie gültige Umrechnung von Behandlungsfällen in Patienten auch für die KJPP-Psychiatrie Gültigkeit hat, werden statistisch rund 0,7 KJPP-Patienten/100.000 EW/Jahr in einer PIA behandelt.

3.2 Versorgungsauftrag und Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen zur Einrichtung von psychiatrischen und kinder-/jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen sind in einer "Vereinbarung gemäß § 118 Absatz 2 SGB V" zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgeschrieben ("Spitzenvertrag").

Wesentliche Bestandteile dieser Vereinbarung sind:

- **Ziele**
Zielsetzung sind die Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufnahmen und die Optimierung von Behandlungsverläufen, mit der eine Stabilisierung der sozialen Integration der Kranken erreicht werden soll.
- **Zielgruppen**
Zielgruppen der PIAs sind Kranke, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten krankenhaunaher Versorgungsangebote bedürfen. Die Behandlung soll auf Personen eingeschränkt werden, bei denen eine "langfristige, kontinuierliche Behandlung notwendig ist und bei denen mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegen stehen".

Eine Eingrenzung von Diagnosen wird nicht exklusiv vorgenommen. Es wird als Regelfall betont, dass eine PIA-Behandlung bei chronischen oder chronisch rezidivierenden Krankheiten indiziert ist, zu denen "insbesondere Schizophrenien, affektive Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen, ferner auch Suchtkrankheiten mit Komorbidität und gerontopsychiatrische Krankheiten" gehören. Die Zielgruppen wer-

¹ Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 (Hrsg). Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Tabellenanhang, S. 136

den also gleichrangig durch Diagnosen und durch Schwere und/oder Dauer der Erkrankung definiert.¹

- **Zuweisung**
Der Patientenzugang erfolgt durch Überweisung durch die psychiatrische Abteilung oder durch niedergelassene Vertragsärzte. Der Zugang ist nicht abhängig von der Vorlage eines Überweisungsscheines.
- **Leistungsinhalte**
Das Angebot der PIA hat die Kriterien des Facharztstandards zu erfüllen. Die Leistungen der PIA sind von einem Behandlungskontinuität gewährleistenden multiprofessionellen Behandlungsteam im Sinne von Komplexleistungen zu erbringen, die das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie umfassen. In der Spezifikation der Leistungsinhalte im Spitzenvertrag wird auch "das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung" aufgeführt. Außerdem wird von den Krankenhäusern gefordert, für die PIAs einen Notfalldienst außerhalb der regulären Dienstzeiten zu gewährleisten.
- **Kooperationsbezüge**
Gefordert wird die Kooperation der PIA mit niedergelassenen Vertragsärzten, niedergelassenen Psychotherapeuten und mit komplementären Einrichtungen im Versorgungsgebiet. Form und Inhalt der Kooperation sollen durch formelle Vereinbarungen abgesichert werden. Im Spitzenvertrag wird betont, dass Doppelstrukturen vermieden werden sollen.

MDK-Arbeitshilfen zur Umsetzung

Der Spitzenvertrag setzt Rahmenbedingungen, die an der einen oder anderen Stelle Interpretationsspielräume "im Geiste der Vereinbarung" zulassen. Um Interpretationsspielräume einzuengen, wurde vom MDK-Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie im April 2001 eine "Arbeitshilfe für die Umsetzung der Vereinbarung über Psychiatrische Institutsambulanzen" vorgelegt. Diese Arbeitshilfe basiert auf einer sehr restriktiven Interpretation der Vereinbarung und unterstellt eine umfassende Berichtspflicht der PIAs gegenüber den Krankenkassen.

¹ Spengler A. Psychiatrische Institutsambulanzen: Funktionierende integrierte Versorgung. Dt. Ärzteblatt 2004 (101); 12: A 767

Die Vorlage der MDK-Arbeitshilfe veranlasste eine breit angelegte Allianz von acht Institutionen/Gremien (Krankenhaussträger, Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser, DGPPN, Deutsche Krankenhausgesellschaft u.a.) zur Veröffentlichung eines gemeinsamen kritischen Kommentars zur MDK-Arbeitshilfe.¹

Beispielhaft für die unterschiedlichen Positionen von MDK und den Autoren des kritischen Kommentars stehen die folgenden Sachverhalte:

- Diagnosen

Anders als im Spitzenvertrag wird vom MDK ein abgeschlossener Katalog von Diagnosen als Aufnahmekriterien in eine PIA-Behandlung vorgegeben. Danach sollen von einer PIA-Behandlung Patienten der folgenden Diagnosegruppen ausgeschlossen sein:

- nicht näher bezeichnete Demenz
- psychoorganische Syndrome
- Medikamentenabhängigkeit
- spezifische affektive Störungen
- Phobie, Angststörung, Zwangsstörung, Belastungs- und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen

Die Kritiker berufen sich darauf, dass die in der Vereinbarung genannten Diagnosen nur beispielhaft stehen, wie dies durch das dort vor Diagnosen stehende Wort "insbesondere" zum Ausdruck gebracht werde. Im Übrigen werde in der Vereinbarung festgestellt, dass es nicht auf die Diagnosen alleine ankomme, sondern stets gleichrangig auf Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung.

- Ausschluss-Indikationen

Nach den Vorgaben des MDK ist eine PIA-Behandlung von psychisch Kranken, die in komplementären Einrichtungen (Betreutes Wohnen, Tagesstätten, WfB u.a) betreut werden, nicht zulässig. Die Kritiker stellen demgegenüber fest, dass eine ärztlich medizinische Behandlung gemäß SGB V und eine Rehabilitation gemäß SGB VI bzw. der Eingliederungshilfe nach SGB XII sich niemals ausschließen können.

¹ Hübner J. et al. Kritischer Kommentar zur "Arbeitshilfe für die Umsetzung der Vereinbarung über Psychiatrische Institutsambulanzen" des MDK-Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie (April 2001). Nervenarzt 2002. 72 : 383-385

- Kontinuität von Komplexeleistungen

In den MDK-Arbeitshilfen wird weiter bestimmt, dass in einer PIA nur psychisch Kranke behandelt werden dürfen, die einer Komplexeleistung mit dem gesamten Spektrum psychiatrischer Diagnostik und Therapie bedürfen. Von den Kritikern wird entgegengehalten, dass diese Bestimmung an den tatsächlichen Behandlungserfordernissen vorbei gehe, nicht jeder Patient benötige zu jedem Zeitpunkt und in jedem Quartal das gesamte komplexe Leistungspaket.

Diese Auslegung des MDK, dass für PIA-Patienten während des gesamten Behandlungszeitraums Komplexeleistungen zu erbringen wären, ist vor dem Hintergrund der Finanzierung der PIAs durch Quartalspauschalen zu verstehen, auf die weiter unten eingegangen wird.

- Prüfung von alternativen Behandlungsmöglichkeiten

Der MDK fordert von den PIAs einen Nachweis, dass die Behandlung nicht auch von einem niedergelassenen Nervenarzt durchgeführt werden kann. Die Kritiker betonen, dass die PIA lediglich zu prüfen habe, ob es sich um einen Patienten mit Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung gemäß § 118 SGB V und § 3 des Spitzenvertrags handelt. Im Fall der Überweisung durch Vertragsarzt, insbesondere aber durch einen niedergelassenen Nervenarzt, wäre es Sache des Nervenarztes zu gewährleisten, dass keine parallelen ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen werden. Im Übrigen bestehe für die PIAs eine Aufnahmeverpflichtung mit der Folge, dass erbrachte eingehende Diagnostik auch vergütet werden müsste.

Die restriktiven Interpretationen der Arbeitshilfe des MDK, der sich einige Krankenkassen angeschlossen haben, bedingen, dass es bei MDK-Prüfungen der Notwendigkeit einer PIA-Behandlung immer wieder zu Konflikten kommt. Im Jahr 2006 wurde bei Einzelfallprüfungen bei kleineren Einrichtungen durch den MDK Baden-Württemberg die Kostenübernahme von PIA-Behandlungen in großem Umfang abgelehnt, in einer Prüfung beispielsweise in 195 von 200 Fällen¹. Diese Fälle sollen sich allerdings noch im Widerspruchsverfahren befinden.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) beklagt in einer Stellungnahme die häufige Ablehnung einer PIA-Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten und stellt fest: "Auch und gerade in der Gerontopsychiatrie gibt es Patienten, die auf die Behandlung in einer Institutsambulanz angewiesen sind. Dabei stellt sehr hohes Alter oder Multimorbidität kein Ausschlusskriterium dar. Vielmehr sind Patienten-

¹ Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stellungnahme zur Arbeit der Institutsambulanzen. 03.04.2007

Variablen wie Immobilität, Verhaltenssymptome oder gleichzeitiges Vorliegen körperlicher Erkrankungen mit Pflegebedarf oft Anlass, im multiprofessionellen Team zu arbeiten und/oder fachpsychiatrisch zu begleiten. Entsprechend anerkannten Forderungen wird so beigetragen, die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu mildern und im Besonderen die schwerkranken Patienten nicht von psychiatrischer Behandlung auszuschließen."

Neben systemwidrigen Vertragsvorgaben durch die Krankenkassen beklagen die PIAs eine zunehmende Bürokratisierung der Verfahrensweisen verbunden mit einem erhöhten Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser, nicht sachgerechte Prüfroutinen der Krankenkassen und Versuche zur Verkürzung von Vergütungen.

In Bayern wurden aufwändige statistische Berichtssysteme über das klinische und Leistungsgeschehen in PIAs etabliert und eine Prüfkommision eingerichtet. In Niedersachsen wurde eine flächendeckende statistische Qualitätsberichterstattung der PIAs an die Krankenkassen vereinbart. In einigen anderen Bundesländern beklagen Krankenkassen und MDK das Fehlen valider Daten.

3.3 Integration von PIAs und Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi)

In einigen wenigen Regionen sind PIAs und SpDis in einer Einrichtung integriert oder zumindest personell eng vernetzt. Beispiele dafür sind:

- In der Stadt Hannover nehmen die beiden sektorisiert arbeitenden psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule neben der Funktion von PIAs auch die Funktion von SpDis wahr.
- In Bremen sind PIAs und SpDis in die teil- und vollstationären Behandlungszentren (BHZ) der zuständigen psychiatrischen Kliniken integriert.
- In Trier und in Mainz sind Ärzte des SpDi mit Teilzeitstelle gleichzeitig in der Psychiatrischen Institutsambulanz tätig.
- Im Saarland gibt es keine gesonderten SpDis. Die Funktion der SpDis wird dort vollständig von den PIAs übernommen.

3.4 Leistungsvergütung

Gemäß § 120 SGB V werden die PIAs außerhalb des vertragsärztlichen Gesamtbudgets vergütet. Die Vergütung erfolgt nach vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Krankenhäusern und den Landesverbänden der GKV. Dabei gibt es drei unterschiedliche Modelle, die Vergütung nach Quartalspauschalen, die Vergütung nach besonderen Komplexleistungen und die Vergütung der ärztlichen Leistung nach EBM bei pauschaler Vergütung nicht-ärztlicher Leistungen.

Quartalspauschalen

In der Mehrzahl der Bundesländer erfolgt die Vergütung über Quartalspauschalen, die etwa in der Größenordnung der Vergütung für einen stationären Pflergetag liegen. Die Bandbreite der Vergütungen erstreckt sich von unter 100 Euro bis zu deutlich mehr als 400 Euro für Spezialambulanzen. Die Pauschalvergütung folgt dem Prinzip der Mischkalkulation. Wichtige Leistungsindikatoren sind die durchschnittliche Inanspruchnahmefrequenz, die Zahl der Neuzugänge und die Dauer des Verbleibs in der PIA.¹

Die im Folgenden angegebenen Pauschalvergütungen für PIAs der Erwachsenenpsychiatrie (Werte für 2004/5) können innerhalb der Länder/Regionen je nach Vertragsabschlüssen mit Krankenhausträgern erheblich variieren.

	€
Baden-Württemberg	270
Berlin	286 ²
Brandenburg	183
Bremen	290
Hamburg	330
Hessen	227 ³
Niedersachsen	251
Rheinland	165 ⁴
Rheinland-Pfalz	200
Saarland	210
Sachsen-Anhalt	120 ⁵
Schleswig-Holstein	ärztl. Leistungen nach EBM (Punktwert 4,1), nichtärztl. Leistungen pauschal 129 €
Westfalen-Lippe	ärztl. Leistungen nach EBM (Punktwert 3,3 [Ersatzkassen 3,7]), nichtärztl. Leistungen pauschal 50 bis 110 €

In Baden-Württemberg und in Hessen wurde für eine PIA-Behandlung, die sich auf einen einmaligen Kontakt beschränkt, eine Vergütung von 70 Euro vereinbart.

¹ Spengler A. In: Die Ortskrankenkasse 1987; 4:118-120

² Für Vivantes-Einrichtungen

³ Abteilungen 220 €, LWV-Einrichtungen 227 €

⁴ Bandbreite 82 - 223 €

⁵ Durchschnittswert für die PIAs, die dort noch nach Quartalpauschalen vergütet werden

In Bremen wurde die Pauschalvergütung (290 €) an eine Höchstgrenze von 3.600 Behandlungsfällen gekoppelt. Darüber hinausgehende Behandlungsfälle werden nur mit 50 Prozent der vereinbarten Pauschale vergütet.

Die Quartalspauschalen der PIAs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen etwa um ein Drittel bis zum Eineinhalbfachen über den Pauschalen in der Erwachsenenpsychiatrie.

Vergütungsmodelle nach Einzelleistungen

In Bayern wird ein Vergütungsmodell nach Einzelleistungen praktiziert, das inzwischen, wenn auch nicht flächendeckend, von den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen übernommen wurde. In diesen vier Bundesländern erfolgt die Vergütung teilweise nach den von den verschiedenen Berufsgruppen (für jeweils unterschiedliche Vergütungssätze vereinbart sind) tatsächlich erbrachten Einsatzzeiten.

In Bayern ergibt sich im Durchschnitt aller PIA-Behandlungsfälle ein Fallwert von 210 Euro/Quartal. (Die Kosten für Medikamente machen dort im Durchschnitt zusätzlich 270 Euro aus.) Die Vergütung der Behandlungskosten liegt damit unterhalb des Durchschnitts der Pauschalvergütungen in den anderen Ländern. In Mecklenburg-Vorpommern kam es mit Übernahme des bayerischen Modells zu Einbrüchen der Fallwerte bis zu 132 Euro.

Nach EBM wird im Bereich des LV Westfalen und in Schleswig-Holstein abgerechnet. Die nichtärztlichen Leistungen werden dort pauschal vergütet.

Gesamtausgaben für PIAs in der Erwachsenenpsychiatrie

Geht man von einem Durchschnittswert von 250 Euro pro Behandlungsfall/Quartal aus, ergeben sich für die PIAs der Erwachsenenpsychiatrie bei 650.000 Behandlungsfällen in Deutschland jährliche Ausgaben in der Größenordnung von rund 162 Mio. Euro.

Ressourcen für ambulante vs. stationäre Behandlung

Kruckenberg¹ weist darauf hin, dass den Quartalspauschalen Fehlsteuerungseffekte immanent sind. Die Relation der Finanzierung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung beträgt rund 1 zu 50 zu 90 (bezogen auf gleiche Zeiträume). Kunze berechnet nach einem etwas anderen Verfahren ein Verhältnis von 1 zu 30 zu 90. Entscheidend ist: Für stationäre Versorgung wird umfassende Leistung finanziert, für die PIAs aber nur

¹ Kruckenberg P. Die Finanzierung von psychiatrischer und psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung durch Weiterentwicklung der PsychPV, Integration ambulanter Leistungen und regionale Budgetsteuerung (Entwurf, Version 3.0)

wenig Leistung. Damit kann sich ein Nebeneinander von deutlicher Unterversorgung und deutlicher Überversorgung ergeben, je nachdem, in welchem Bereich (PIA, Tagesklinik, Station) Patienten mit mittlerem Behandlungsbedarf behandelt werden. In den "Empfehlungen der Expertenkommission" von 1988 wurde bereits auf die Gefahr einer "strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen" hingewiesen.¹

Bekanntlich gibt es keine Merkmale psychisch Kranker, die eine hinreichend genaue Voraussage des Behandlungsaufwands im Akutfall ermöglichen könnten. Um ein hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessertes Behandlungsergebnis zu erreichen, können in der PIA ambulante Leistungen erforderlich werden, die dem Aufwand einer stationären Behandlung entsprechen oder noch umfänglicher sind. Übersteigt der Behandlungsaufwand in der PIA den im Rahmen einer Mischkalkulation wirtschaftlich noch vertretbaren Rahmen, wird eine stationäre (Wieder-) Aufnahme von Patienten nahe gelegt.

Vor diesem Hintergrund schlägt Kruckenberg für die Krankenhausbehandlung ein Finanzierungsmodell vor, bei dem das Abteilungsbudget des Krankenhauses für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung die Ausgaben für den Unterhalt der PIA beinhaltet. Damit könnte eine flexible, patientenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlung durch die PIA gefördert werden.

Ein innovatives Modell personenbezogener Behandlung, das verbesserte Behandlungsqualität und Ökonomie verbindet, wird in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen praktiziert.² Dort sind die Abteilungen nicht primär nach den herkömmlichen Bereichen stationär, teilstationär, ambulant gegliedert, sondern nach Zielgruppen, die sich unter Berücksichtigung von störungsspezifischen Patientenmerkmalen ebenso wie von sektorspezifischen Gesichtspunkten (z.B. Vernetzung mit regionalen Kooperationspartnern) ergeben. Die Klinik rechnet mit den Kostenträgern herkömmlich nach Berechnungstagen bzw. über Pauschalen für Ambulanzfälle ab. Im Binnenverhältnis wird aber den Abteilungen die "Personalmenge" zur Verfügung gestellt, die den erwirtschafteten stationären, teilstationären und ambulanten Erlösen entspricht. Damit kann auf wechselnde Behandlungsbedarfe flexibel reagiert werden. Die über dieses Modell erreichte Effizienz der Behandlung korrespondiert dort mit einer höheren Arbeitszufriedenheit der Therapeuten.

¹ Bundesminister für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich (November 1988)

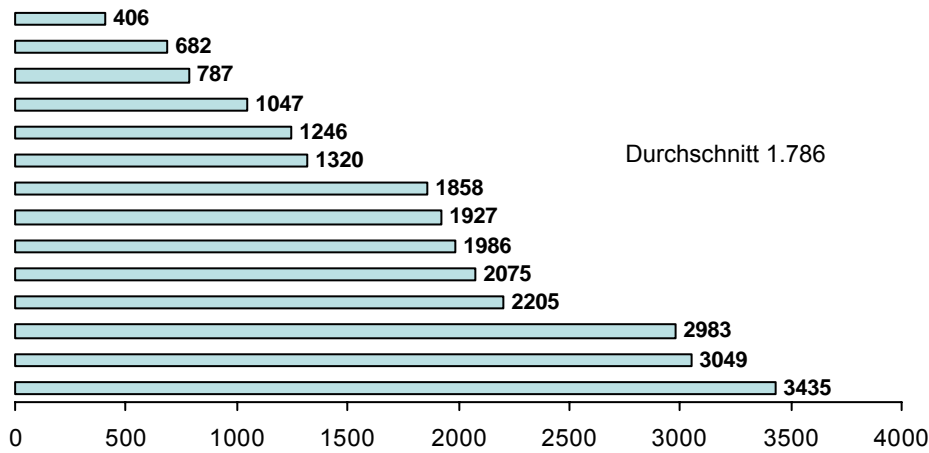
² Kunze H. Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Psychiat Prax 2007;34: 150-153

3.5 Daten zum Leistungsspektrum der PIAs

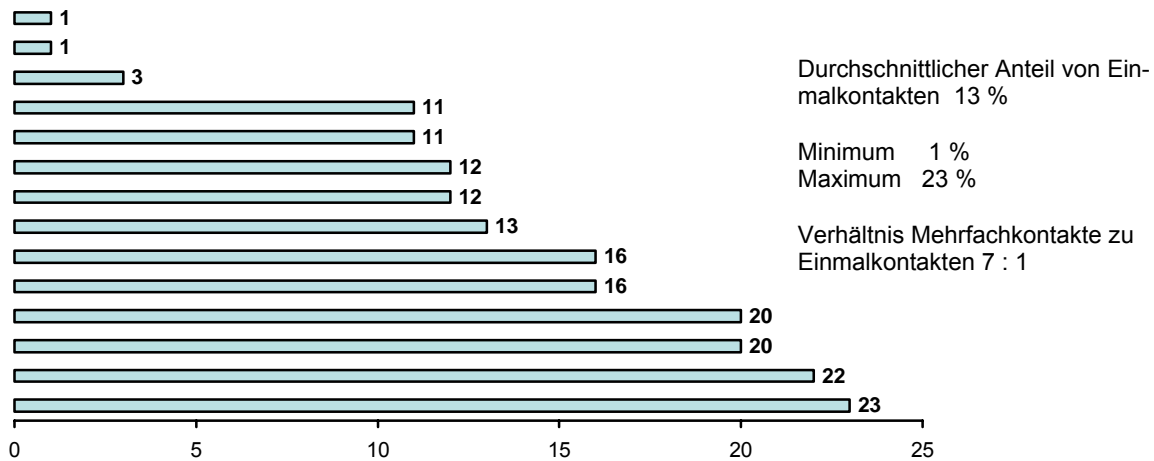
Im Folgenden werden Daten zu PIAs der Erwachsenenpsychiatrie am Beispiel von 14 PIAs Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Niedersachsen (die sich auf eine abgestimmte Form der Dokumentation verständigt haben) und von PIAs der niedersächsischen Landeskrankenhäuser dargestellt.

14 PIAs Psychiatrischer Abteilungen in Niedersachsen (2006)¹

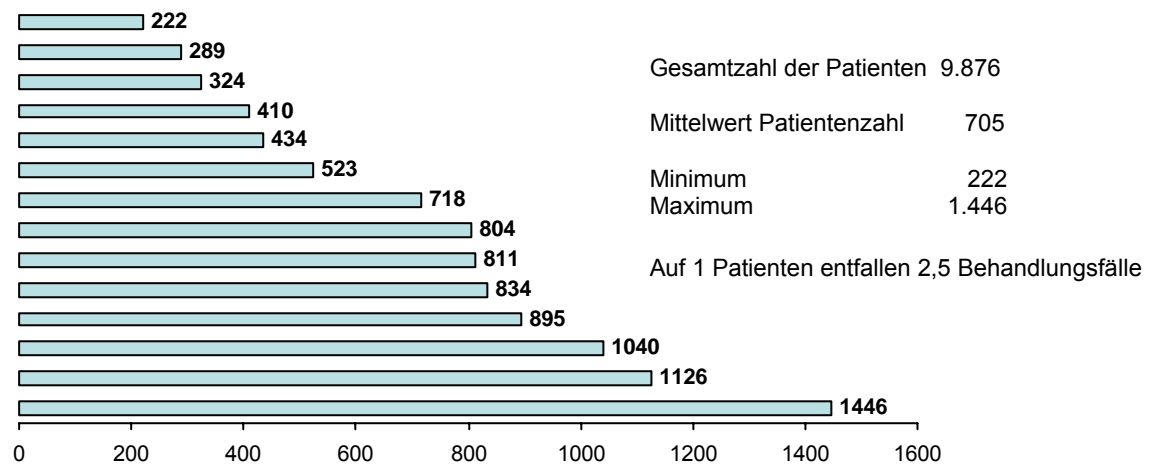
Anzahl Behandlungsfälle



Behandlungsfälle mit nur einmaligen Kontakten in Prozent

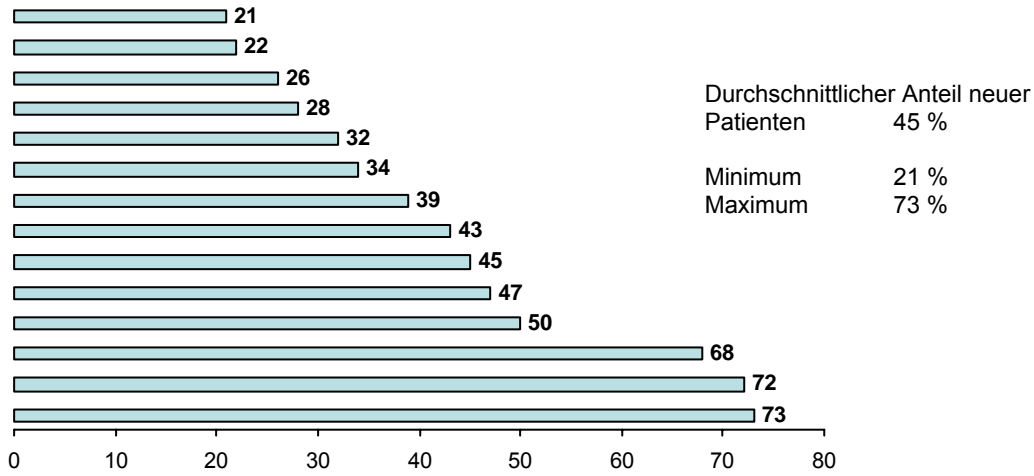


Anzahl der Patienten

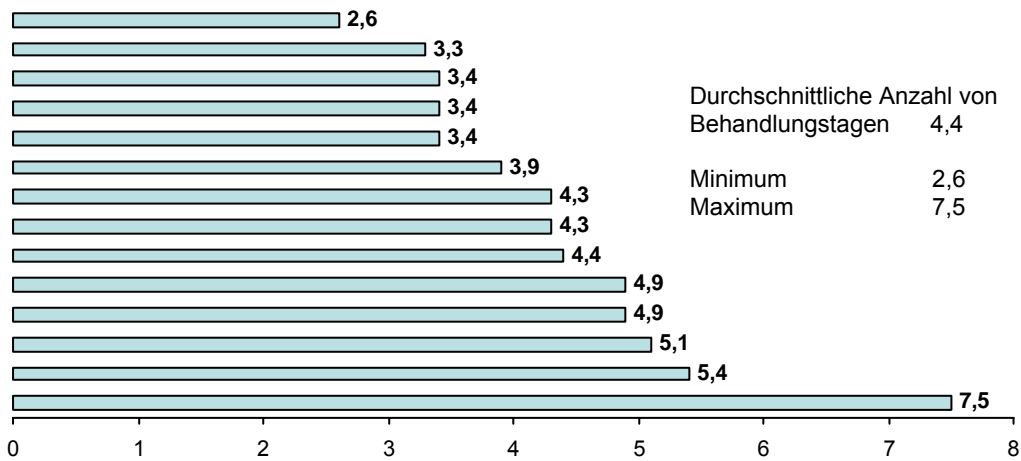


¹ Interne Dokumentation

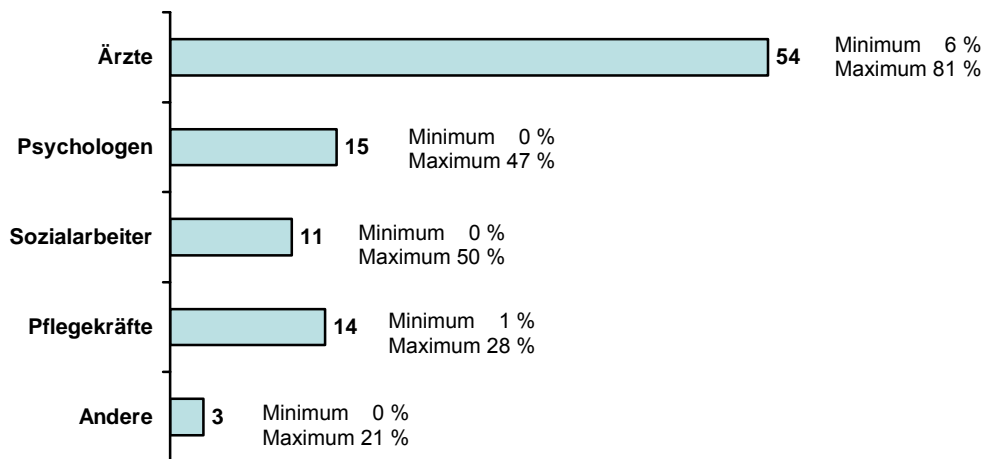
Anteile neuer Patienten in Prozent (Summe der Quartale 1-4)



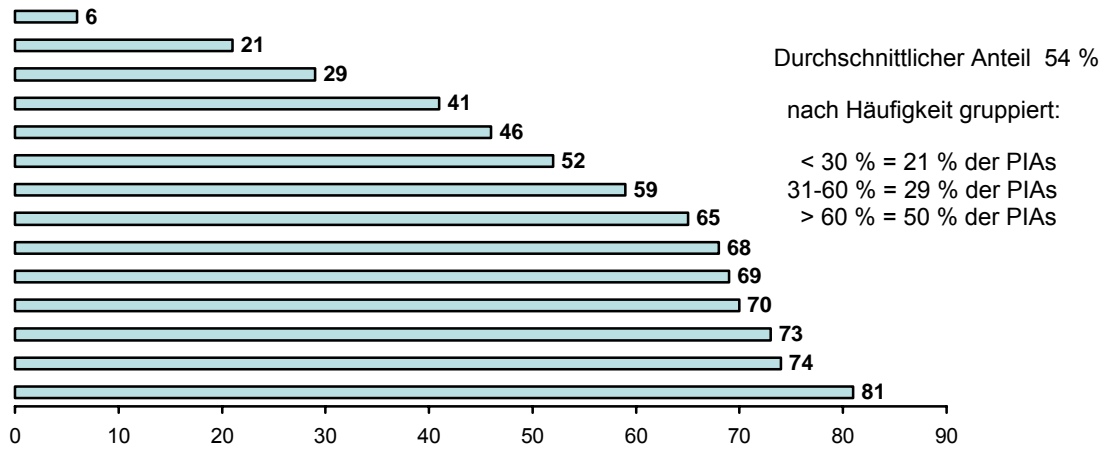
Behandlungstage pro Fall



An Kontakten beteiligte Berufsgruppen in Prozent



Prozentualer Anteil der Patientenkontakte, an denen Ärzte beteiligt sind



Übersicht über die 14 PIAs

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Σ Behandlungsfälle pro Jahr	406	1047	2075	682	1927	1320	1246	787	1986	3435	2205	3049	1858	2983
% Einmalkontakte	11	23	22	12	16	20	11	1	3	13	16	20	12	1
Σ Patienten pro Jahr	222	289	834	324	718	434	410	523	811	1446	895	1126	864	1040
Behandlungsfälle : Patienten	1,8	3,6	2,5	2,1	2,7	3,0	3,0	1,5	2,4	2,4	2,5	2,7	2,2	2,9
% neue Patienten/Jahr	73	34	45	72	39	22	21	68	28	32	50	47	26	43
Behandlungstage/Fall/Quartal	7,5	3,6	3,3	4,4	4,9	4,9	5,4	3,9	3,4	4,3	3,4	4,3	2,6	5,1
% Kontakte mit Arztbeteilig.	6	65	81	68	29	21	59	41	52	70	69	74	46	73

In der Synopse zeigen sich in einigen Merkmalen deutliche Unterschiede zwischen den PIAs Psychiatrischer Abteilungen:

- Die zunächst ins Auge springenden erheblich unterschiedlichen Fallzahlen der PIAs erklären sich zum einen durch die unterschiedliche Größe der Versorgungsgebiete (Einwohnerzahlen), zum anderen durch den Sachverhalt, dass sich mehrere PIAs noch im Aufbaustadium befinden.
- Die Anteile neuer Patienten/Jahr variieren zwischen den PIAs um den Faktor 3,5.
- Die Anzahl der pro Fall aufgewandten Behandlungstage variieren um den Faktor 2,9.

- Die Anteile der Behandlungsfälle mit einmaligem Kontakt variieren von 1 Prozent bis zu 23 Prozent.
- Die Anteile der an den Kontakten beteiligten Berufsgruppen unterscheiden sich ebenfalls erheblich. In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle kommt den Ärzten das größte Gewicht zu. Lässt man die Besonderheiten bei einer erst jüngst gegründete PIA außer Betracht, von der die Beteiligung von Ärzten mit nur 6 Prozent angegeben wurde, variiert der Anteil der Kontakte, an denen Ärzte beteiligt sind, zwischen 21 und 81 Prozent. Bei zwei Drittel der PIAs liegt die ärztliche Beteiligung an Kontakten über 50 Prozent.

Sozialarbeitern/-pädagogen kommt in den PIAs ein eher geringes Gewicht zu. Lässt man zwei Hochschulambulanzen, bei denen Sozialarbeiter traditionell zu einem großen Teil in die Therapie eingebunden sind, außer Betracht, ergibt sich für die anderen 12 PIAs nur in 5,8 Prozent der Behandlungskontakte eine Beteiligung von Sozialarbeitern.

Bei der Interpretation von Kontakthäufigkeiten ist zu berücksichtigen, dass nicht zwischen Einzelkontakten und Gruppenkontakten differenziert wird. So geht ein Einzelgespräch mit einem Patienten als ein Kontakt in die Statistik ein, die Betreuung einer therapeutischen Gruppe mit sechs Teilnehmern als sechs Kontakte.

- Der überwiegende Teil der Diagnosen entfällt auf schizophrene und auf affektive Psychosen, wobei bei zwei Drittel der PIAs affektive Psychosen häufiger vertreten als schizophrene Psychosen.
- Die in der Tabelle "Übersicht über die 14 PIAs" zusammengefassten Merkmale unterscheiden sich zwischen den PIAs teilweise erheblich. Die PIAs haben individuelle Profile, systematischen Unterschiede sind nicht zu erkennen. Bei größeren PIAs (gemessen an der Anzahl der Behandlungsfälle) variiert der Anteil neuer Patienten ebenso wie bei kleineren PIAs. Dies gilt auch für den Anteil der Patientenkontakte, an denen Ärzte beteiligt sind usw.

Behandlungsangebote der 14 PIAs

Standard-Angebote (neben therapeutischen Einzelgesprächen)

- Medikamententraining
- Wochenplanung
- Begleitung von Patienten zu Institutionen (Ärzten u.a.)
- Hausbesuche

Besondere Angebote

- Gesprächsgruppen / Nachsorgegruppen für
 - Patienten mit Psychosen
 - Psychoedukation für Schizophrenie-Patienten und Angehörige
 - Patienten mit Depression
 - Patienten mit Angsterkrankungen
 - Patienten mit Suchterkrankungen
 - Patienten mit Demenz
 - Russisch sprechende Patienten
- Entspannungstraining
- Soziales Kompetenztraining / Rollenspielgruppen
- Problembewältigungsgruppen
- Spezialsprechstunden (ADHS, Sucht Tourette-Syndrom)

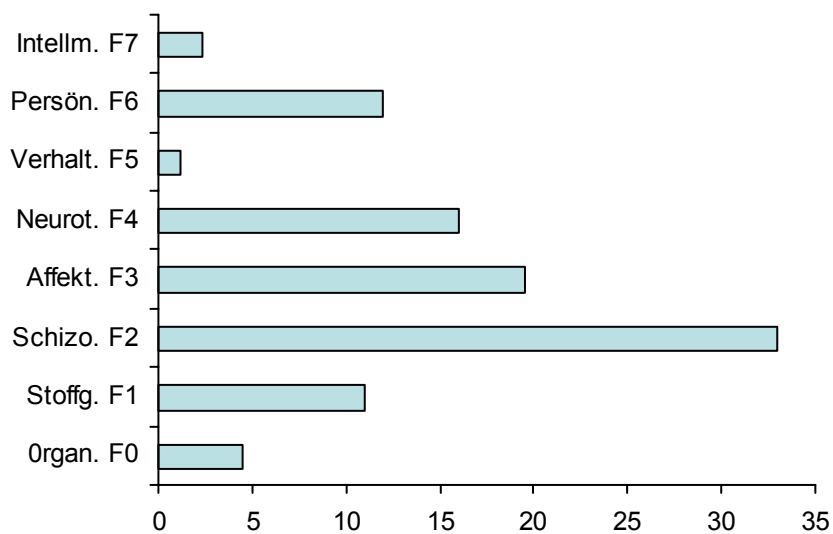
Den Daten von PIAs Psychiatrischer Abteilungen werden im Folgenden einige Grunddaten der PIAs der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser (LKH) aus dem Jahr 2004 gegenüber gestellt.

7 PIAs Erwachsenenpsychiatrie der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser ¹

- Behandlungsfälle 24.123, davon 14,5 % Neuaufnahmen in 2004
- Patienten 9.200
- Behandlungstage/Fall 5,1 Tage
- Pauschalvergütung (2003) 251,43 Euro
- Beteiligung an der Therapie nach Berufsgruppen
 - Ärzte + Psychologen 54 %
 - Pflegekräfte + Arzthelferin 51 %
 - Sozialarbeiter/-pädagogen 5 %

¹ Kinzel U, Spengler A, Weig W Das klinische Leistungsprofil psychiatrischer Institutsambulanzen in Niedersachsen. Krankenhauspsychiatrie 2006; 17:79-83

- Diagnosen¹



- Schwere und Dauer der Erkrankung

- Erkrankungsdauer seit Erstaufnahme Ø 9,2 Jahre (0-49 Jahre)
- Stationäre/teilsationäre Voraufenthalte Ø 6,2 (0-173)
- Ambulanzbehandlung Ø seit 2,5 Jahren (0-13 Jahren)

Im Vergleich der PIAs Psychiatrischer Abteilungen und Psychiatrischer Landeskrankenhäuser zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Merkmalen 'Anteile neuer Patienten/Jahr' und 'durchschnittliche Behandlungstage':

	Abteilungen	LKHs
• Anteile neuer Patienten	45 %	14,5 %
• Durchschnittliche Behandlungstage	4,4	5,0
• einmalige Behandlungskontakte in %	13 %	9 %

In den PIAs der Landeskrankenhäuser ist der Anteil schwer kranker Patienten (gemessen an der Dauer der Erkrankung und an der Zahl stationärer Aufnahmen), die einer längerfristigen Behandlung bedürfen, größer als in den PIAs der Psychiatrischen Abteilungen. Dies trifft für Psychosekranken zu ebenso wie für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Letztere sind in den LKH-PIAs doppelt so häufig vertreten (12 vs. 6 %).

3 PIAs KJPP-Psychiatrie der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser

- Behandlungsfälle 4.699, davon 33 % Neuaufnahmen in 2004
- Patienten 2.877

¹ Spengler A. Integrierte Versorgung versus Psychiatrische Institutsambulanzen. Vortrag am 04.11.2005 im Klinikum Nord LBK Hamburg

- Behandlungstage/Fall 3,1 Tage
- Pauschalvergütung (2003) 336,60 Euro

3.6 Konzeptionelle Vorzüge¹

PIAs erheben den Anspruch, die Zielsetzungen, die mit der Integrierten Versorgung gemäß § 140 a ff. SGB V verfolgt und deren Erreichung gegenwärtig in einer Vielzahl von Einzelprojekten unter restriktiven bürokratischen Bedingungen modellhaft erprobt werden, in der Praxis zu realisieren:

- Flexible Gestaltung von Übergängen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung
- Behandlungskontinuität im Team
- Entlassungsvorbereitung und Nachsorge "aus einer Hand"
- multiprofessionelles Behandlungsteam
- fachliche Angebotsdifferenzierung
- Nutzung von Krankenhausstrukturen und erweiterte diagnostische Möglichkeiten
- Notfallbereitschaft und Rückgriffsmöglichkeit auf stationäre Behandlung
- aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten
- eingeführte Kooperation mit komplementären Diensten

Grenzen lebensfeldorientierter Diagnostik und Therapie

Ein Tätigwerden der Therapeuten im Lebensumfeld der Patienten ist bei den PIAs konzeptionell angelegt. Durch aufsuchende Aktivitäten der Therapeuten sollen Wechselwirkungen zwischen der Krankheitssymptomatik und den Lebensverhältnissen der Patienten erkannt und für die Therapie nutzbar gemacht werden, beispielsweise durch das Aufspüren / die Aktivierung von unterstützenden Potentialen in der privaten oder beruflichen Lebenswelt. Große Einzugsbereiche der PIAs, insbesondere in ländlichen Regionen, und der geringe Umfang des finanzierten zeitlichen Budgets der PIAs (Variationsbreite zwei bis sechs Stunden/Quartal) bedingen aber, dass die PIAs überwiegend am Ort des Krankenhauses tätig werden. Eine Einbindung von Angehörigen geschieht häufiger durch deren Einbestellung als durch deren Aufsuchen.

Eine aufsuchende Praxis wird weiter dadurch eingeschränkt, dass für die Oberärzte, die die personelle Kontinuität der ärztlichen Behandlung gewährleisten, Präsenzpflcht auf den Sta-

¹ Spengler A. Integrierte Versorgung versus Psychiatrische Institutsambulanzen. Vortrag am 04.11.2005 im Klinikum Nord LBK Hamburg
 Spengler A. Psychiatrische Institutsambulanzen: Funktionierende Integrierte Versorgung. Dtsch Ärzteblatt 2004 (101); 12: A767

tionen besteht und dass deshalb ein Verlassen der Klinik in der Regel nur in Ausnahmefällen möglich sein kann. Dazu kommt, dass in den PIAs, wie weiter unten aufgezeigt, Sozialarbeiter/-pädagogen, die in den Sozialpsychiatrischen Diensten die größte Berufsgruppe bilden und dort auch aufsuchende Arbeit leisten, nur in vergleichsweise geringem Umfang in den PIA-Behandlungsteams repräsentiert sind.

3.7 Abgrenzung PIAs / niedergelassene Nervenärzte

Eine langfristige, kontinuierliche PIA-Behandlung ist nach Spitzenvertrag bei psychischen Erkrankungen mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf indiziert. Eine PIA-Behandlung kann aber auch bei "Ersterkrankungen oder Erkrankungen von erst kurzer Dauer in Frage kommen, wenn dadurch eine stationäre Aufnahme vermieden werden kann oder wenn bei der geplanten Entlassung aus stationärer Entlassung die Kriterien der Schwere der Erkrankung insoweit erfüllt sind, dass mit Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass der Kranke die medizinisch notwendige, kontinuierliche Behandlung andernorts nicht wahrnehmen wird".

Der chronisch rezidivierende Verlauf einer Erkrankung als PIA-Indikation lässt sich durch die Dauer der Erkrankung und/oder durch die Anzahl vorausgegangener stationärer Aufenthalte objektivieren/verifizieren. Die Erfüllung der anderen Indikationen lässt sich weniger eindeutig objektivieren, zumal hier auch prognostische Einschätzungen einfließen können.

Von mehreren PIAs wird berichtet, dass von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten zunehmend häufiger Patienten an PIAs überwiesen ("abgeschoben") werden, weil sich die niedergelassenen Ärzte aufgrund ihrer Budgetbegrenzungen nicht in der Lage sehen würden, teure Medikamente (z.B. Atypika) oder Heilmittel (z.B. Ergotherapie) zu verordnen. Dabei handelt es sich nicht um Einzelfälle: Nach Angaben eines Psychiatrischen Krankenhauses sollen dort etwa 300 bis 400 Aufnahmen/Jahr, entsprechend 10 bis 15 Prozent aller Aufnahmen, auf solche Fälle entfallen. Weiter wird berichtet, dass zunehmende Wartezeiten bei der Terminvergabe niedergelassener Fachärzte PIA-Aufnahmen erforderlich machen können. In jüngster Zeit werden von den Krankenkassen gehäuft einzelfallbezogene Forderungen nach Rücküberweisung von PIA-Patienten an niedergelassene Ärzte gestellt. Aus den dargelegten Gründen konnte diesen Forderungen oft nicht nachgekommen werden.

In einem Papier des Verbands der Bayerischen Bezirke wird dazu festgestellt: "Nach unseren Beobachtungen wird aber immer häufiger die Versorgung gerade der chronisch und

schwer Kranken durch die niedergelassenen Ärzte nicht mehr sichergestellt, was die Bedeutung, aber auch den Druck auf die PIA zunehmend erhöht."¹

Umgekehrt gibt es aber auch Klagen über eine Verdrängung von Nervenärzten durch PIAs. So wurde jüngst von einem niedergelassenen Nervenarzt beklagt, dass in einem Verbund konfessioneller Altenheime die freie Arztwahl de facto eingeschränkt würde, indem den Bewohnern bei Aufnahme mitgeteilt würde, dass die psychiatrisch-neurologische Versorgung in diesen Heimen einheitlich durch die PIA eines dem gleichen konfessionellen Verbund angehörenden Krankenhauses geleistet würde.

Es gibt allerdings auch Einzelfälle, bei denen die vertragsärztliche Versorgung von Heimen durch Nervenärzte aufgekündigt wurde mit der Folge, dass sich die Heimleitungen mit Bitte um Übernahme der Versorgung an die PIAs wandten. Beide Fallkonstellationen entsprechend nicht der Intention des Spitzenvertrages oder dem Gesetzeswortlaut.

Neben Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung kann nach § 118 Abs. 1 SGB V auch "eine zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten" als Zugangsindikation eine Rolle spielen. Wenn im Versorgungsgebiet einer PIA psychiatrisch/sozialpsychiatrisch tätige Nervenärzte für Patienten nicht erreichbar sind und die Patienten dort ohne PIA-Behandlung unversorgt bleiben würden, müssen die Kriterien Art, Schwere und Dauer der Erkrankung von nachrangiger Bedeutung bleiben. Wo es aber eine ausreichende Anzahl niedergelassener Nervenärzte gibt, bedürfen diese Kriterien einer genaueren Betrachtung.

Die Eignung von Nervenärzten zur Erbringung der im Spitzenvertrag definierten ambulanten Leistungen kann natürlich nicht vom Setting abhängen, in dem Nervenärzte arbeiten. Insofern ist die Formulierung "geeignete Ärzte" im Gesetzestext unglücklich, da sie Eignung im Sinne von Behandlungskompetenz für schwer Erkrankte suggeriert.

Unstrittig ist, dass die Behandlung von sehr schwer erkrankten Patienten, die kontinuierlich multiprofessionell erbrachter Komplexleistungen bedürfen, ebenso wie die Behandlung von Notfällen die Möglichkeiten von niedergelassenen Fachärzten überschreiten. Welchen Anteil solche Patienten an der Klientel von PIAs ausmachen, lässt sich nicht genau beziffern. Sicher ist aber, dass das bereits erwähnte Ergebnis von Einzelfallprüfungen durch den MDK Baden-Württemberg, nach dem nur 2,5 Prozent der PIA-Patienten den "Soll-Kriterien" entsprachen, nicht verallgemeinerungsfähig ist (was z.B. durch die weiter oben angegebenen

¹ Verband der Bayerischen Bezirke. Rundschreiben Nr. 147/2006 (Egetmeyer A. 25 Jahre Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) in Bayern)

Daten der PIAs der niedersächsischen Landeskrankenhäuser zum Schweregrad der Erkrankung belegt wird).

Nach Beurteilung von sozialpsychiatrisch orientierten niedergelassenen Nervenärzten, die über eigene Arbeitserfahrungen in PIAs psychiatrischer Abteilungen verfügen, unterscheiden sich die Anteile der als schwerer krank einzustufenden Patienten zwischen eigener Praxis und PIAs nicht wesentlich. Bei niedergelassenen Nervenärzten, die hauptsächlich psychotherapeutisch arbeiten, würde sich natürlich ein ganz anderes Bild ergeben.

Ein nicht unerheblicher Teil der PIA-Patienten wird aus dem Krankenhaus zugewiesen, um eine frühzeitige Beendigung oder Verkürzung der stationären Behandlung zu erreichen. Wenn stationäre Behandlung nicht mehr unabdingbar ist, wäre eine Rücküberweisung an den zuweisenden Nervenarzt "systemkonform". Wenn die Einweisung aber nicht von einem niedergelassenen Nervenarzt veranlasst wurde und/oder wenn die Patienten nicht nahtlos an den Klinikaufenthalt einen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Nervenarzt erhalten, werden keine Alternativen zur PIA-Behandlung gestellt.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, dass es Gruppen von Patienten gibt, die von niedergelassenen Nervenärzten nicht oder nur ausschnittsweise erreicht werden. Dabei handelt es sich vor allem um gerontopsychiatrische Patienten, um schwer chronisch Suchtkranke und um psychosekranke Wohnheimbewohner.

Ob Patienten PIAs oder niedergelassene Nervenärzte aufsuchen, wird weitgehend von der Behandlungsgeschichte bestimmt, bzw. von der Möglichkeit, an ein vertrautes und vertrauensvolles Behandlungsverhältnis anknüpfen zu können. Bei Patienten, die erstmalig vorstellig werden, kann es von Zufälligkeiten abhängen, ob ein niedergelassener Nervenarzt oder eine PIA konsultiert wird. Es gibt allerdings auch Patienten, die eine PIA-Behandlung ablehnen, weil sie diese mit der Furcht verbinden, "in die Mühlen der Psychiatrie zu geraten" und/oder von wechselnden Ambulanzärzten behandelt zu werden.

Um die weniger schwer erkrankten Patienten besteht grundsätzlich eine Konkurrenz zwischen PIAs und niedergelassenen Fachärzten. Im Kommunalen Psychiatrieplan 2005 des Gesundheitsamtes Bremen wird dazu festgestellt: "Unübersehbar ist, dass die Facharztpraxen sich zum Teil in Konkurrenz zu den Institutsambulanzen befinden und die Inanspruchnahme von Institutsambulanzen durch psychisch Kranke nach Eindruck der niedergelassenen Fachärztinnen von den Kliniken zum Teil ausgesprochen gefördert wird".¹

¹ Gesundheitsamt Bremen (Hrsg). Kommunalen Psychiatrieplan 2005, S.47

Konkurrenzsituationen können sich besonders in den Einzugsbereichen von im Aufbau befindlichen PIAs ergeben. Ein wirtschaftliches Arbeiten der PIAs im Rahmen einer Mischkalkulation von unterschiedlich intensiven Behandlungserfordernissen setzt eine hinreichend große Fallzahl voraus. Insofern gilt dort manchmal die ausgesprochene oder unausgesprochene Maßgabe, "wir brauchen mehr Scheine". Eine solche Maßgabe wird nicht ohne Auswirkungen auf die "Schwellenhöhe" zur Attestierung von PIA-Behandlungsbedürftigkeit bleiben. Eine betriebswirtschaftlich determinierte PIA-Behandlung wäre natürlich systemwidrig.

In der gegenwärtigen Situation, die zum einen durch zunehmende Fallzahlen bei niedergelassenen Nervenärzten wie bei PIAs gekennzeichnet ist, zum anderen dadurch, dass die Behandlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Fachärzte durch völlig unzureichende Budgets bei Fallzahlen und Honoraren eingeengt werden, ergibt sich notwendigerweise das Erfordernis einer Kooperation zwischen PIAs und niedergelassenen Nervenärzten. Die Kooperation ist allerdings häufig asymmetrisch in dem Sinne, dass Nervenärzte Patienten, deren Behandlungserfordernisse die gegenwärtig verfügbaren Ressourcen der Praxis übersteigen, an die PIAs überweisen. Der umgekehrte Fall, dass Patienten, die von Allgemeinärzten an eine PIA überwiesen wurden oder dort aus eigenem Antrieb vorstellig wurden, wegen nicht unabdingbarer PIA-Behandlungsbedürftigkeit an einen niedergelassenen Nervenärzten verwiesen werden, kommt seltener vor.

Wie schon erwähnt, standen im Jahr 2004 650.000 PIA-Behandlungsfällen 6,6 Mio. psychiatrische Behandlungsfälle der niedergelassenen Nervenärzte/Psychiater gegenüber, auf 1 PIA-Behandlungsfall kamen also 10 Praxis-Behandlungsfälle. Bei den PIAs ergab sich von 2000 auf 2004 ein Zuwachs der Behandlungsfälle um rund 50 Prozent¹, bei den Behandlungsfällen der Nervenärzte ein Zuwachs um rund 14 Prozent. Extrapoliert man diese Zuwächse bis zum Jahr 2008, wird sich das Verhältnis von PIA-Behandlungsfällen zu Praxis-Behandlungsfällen auf 1 zu 8 verschieben.

Verallgemeinerungsfähige Daten zu den Anteilen der Patienten (nicht Behandlungsfällen), die von PIAs vs. niedergelassenen Nervenärzten behandelt werden, sind nicht bekannt. Carl berechnet für Bayern, dass dort bereits 15 Prozent aller psychiatrischen Patienten in PIAs behandelt werden.² Dies würde einem Verhältnis von 1 PIA-Patienten zu knapp 6 Praxis-Patienten entsprechen.

¹ Unter der Annahme, dass die für die niedersächsischen Landeskrankenhäuser vorliegenden Daten den Durchschnittswerten aller PIAs entsprechen

² Carl G. Psychiatrische Institutsambulanzen (unveröffentlichtes Papier vom 15.06.2007)

Die dargestellte Entwicklung wird für die Kostenträger mit einem Ausgabenanstieg verbunden sein. Die für das Jahr 2004 unter Annahme einer durchschnittlichen Fallvergütung von 250 Euro berechneten PIA-Gesamtkosten von 162,5 Mio. Euro würden sich (unter Annahme einer über die Jahre konstant bleibenden Fallvergütung) im Jahr 2008 bereits auf 237,5 Mio. Euro erhöhen.

Nach Intention des Gesetzgebers sollten durch Einrichtung der PIAs Krankenhausbehandlungen vermieden/verkürzt und damit Kosteneinsparungen erreicht werden. Ob die Mehrausgaben für PIA-Behandlungen tatsächlich Einsparungen bei stationären Ausgaben entsprechen, wird sich aber kaum ermitteln lassen, zumal in allen Versorgungsbereichen Zuwächse der Fallzahlen registriert werden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der Druck der Krankenkassen auf Verkürzung der Krankenhausverweildauer anhalten wird. Der Entlassungsdruck auf die Krankenhäuser wird durch die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur Leistungspflicht der Krankenkassen legitimiert.¹ Die Krankenkassen können aber nur abstrakt auf die Möglichkeit verweisen, dass Patienten im Heim oder unter ambulanter Betreuung ausreichend weiterbehandelt werden können. In der Praxis werden vermehrt stationär unzureichend behandelte Patienten, die auf eine nahtlose ambulante Weiterbehandlung angewiesen sind, in Versorgungsstrukturen entlassen werden, die unter den gegebenen Bedingungen die Weiterbehandlung nicht leisten können. Im somatischen Bereich wird für diese Situation zuweilen der etwas makabre Begriff der "blutigen Entlassung" verwendet. Wenn nicht finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden, die niedergelassene Nervenärzte in die Lage versetzen, eine bedarfsgerechte ambulante Weiterbehandlung zu leisten, sind "Drehtürentwicklungen" zwischen stationärer und PIA-Behandlung vorgezeichnet. Eine solche Entwicklung wäre mit der Intention des § 118 SGB V nicht vereinbar.

Auch von Seiten der Krankenhausträger wird die Notwendigkeit unterstrichen, die in den Nervenarztpraxen liegenden Leistungspotentiale durch bedarfsgerechte Vergütungen auszuschöpfen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) stellt dazu fest: "Die BAG vertritt deshalb die Auffassung, dass es dringend geboten ist, die finanziellen Rahmenbedingungen der Nervenarztpraxen zu verbessern. Die Vergütung muss es den niedergelassenen Nervenärzten ermöglichen, auch chronisch psychisch Kranke, die häufigere Arztkontakte benötigen, eine angemessene Behandlung zu gewähr-

¹ BSG GS 1/06 vom 25.09.2007

leisten. Die BAG legt außerdem großen Wert auf eine enge Kooperation zwischen Kliniken, Institutsambulanzen und niedergelassenen Nervenärzten."¹

Im Abschnitt über Sozialpsychiatrische Dienste wird darauf verwiesen, dass eine Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischen Diensten und PIAs vermehrt in schriftlichen Kooperationsvereinbarungen fixiert wird. Wenn die institutionalisierte Kooperation im Ergebnis dazu führen würde, dass ärztliche Behandlung mit PIA-Behandlung gleichgesetzt wird, wäre ein starker Anstieg von PIA-Behandlungsfällen zu erwarten.

In diesem Zusammenhang ist auch im Blickfeld zu behalten, dass bei den gegenwärtig verstärkt diskutierten Modellen zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen (Standard Case Management, Assertive Community Treatment, Crisis Resolution Teams, psychoedukative Familientherapie u.a.) niedergelassene Nervenärzte nur eine randständige Rolle spielen.

3.8 Beschränkungen des Leistungspotentials von Nervenarztpraxen

Das gegenwärtige Honorarsystem der Vertragsärzte konterkariert die Maxime "Ambulant vor Stationär" der Psychiatriereform und fördert Drehtürentwicklungen.² Unter den gegebenen Budget-/Honorarregelungen kann der niedergelassene Nervenarzt mit einem Patienten nicht mehr als zwei Gesprächstermine/Quartal vereinbaren. Die Frequenz der nervenärztlichen Konsultationen liegt damit weit unter den internationalen Therapieempfehlungen.³

Der Versuch, durch die sozialrechtliche Verankerung von ambulanter Soziotherapie (§ 37a SGB V) Nervenärzten ein Instrument in die Hand zu geben, um über lebensfeldbezogene Interventionen, delegiert an externe Leistungserbringer, eine Verbesserung der Rezidivprophylaxe zu erreichen, kann als gescheitert betrachtet werden.⁴ Primär deshalb, weil die Mehrzahl der Krankenkassen die Ansprüche von Versicherten auf Gewährung von Soziotherapie blockiert. Dazu kommt: Den Leistungen, zu denen sich der Nervenarzt mit der Verordnung von Soziotherapie verpflichten würde, steht keine kostendeckende Vergütung (EBM 30.8) gegenüber und die Verfahrensweisen sind mit einem nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Insofern wäre nicht damit zu rechnen, dass eine Aufhebung der

¹ Auszug aus einem Schreiben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Kliniken an die Kasernenärztliche Bundesvereinigung vom 21.05.2007

² Hillienhof A. Psychiatrische Versorgung: "Wir werden häufiger in die Klinik einweisen müssen" Deutsches Ärzteblatt 2007 (104); 4:A164

³ Berger M. Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung des Faches "Psychiatrie und Psychotherapie". Nervenarzt 2004; 75:195-1065

⁴ Aktion Psychisch Kranke. Evaluation der Umsetzung des § 37a SGB V (Soziotherapie). Projektbericht (Vorabversion). Juni 2005

Blockade durch die Krankenkassen ausreichen würde, um Nervenärzte zu veranlassen, vom Instrument der ambulanten Psychotherapie in größerem Umfang Gebrauch zu machen.

In wie weit die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 ff SGB V die Behandlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Nervenärzte in großem Umfang erweitern werden, bleibt abzuwarten. Aus mehreren Gründen ist Skepsis angebracht: Aus einigen Regionen wird über sehr positive Erfahrung bei der Implementierung von IV-Modellen berichtet. Solche Modelle sind aber häufig von spezifischen örtlichen und personellen sowie kassenspezifischen Gegebenheiten abhängig und sind deshalb nicht beliebig multiplizierbar. Die Krankenkassen waren bisher allerdings auch nicht bereit, IV-Verträge mit den Nervenärzten in nennenswertem Umfang einzugehen. Die Anzahl der Nervenarztpraxen, die in IV-Modelle eingebunden sind, ist in den letzten Jahren zwar deutlich angestiegen, der Anteil der an IV-Modellen beteiligten Nervenarztpraxen an der Gesamtzahl der Nervenarztpraxen liegt aber noch im einstelligen Prozentbereich. Der Anteil der vertragsärztlich versorgten psychisch Kranken, die gegenwärtig in ein IV-Programm eingebunden sind, dürfte noch im Promillebereich liegen.

Die Konzipierung des § 140 ff SGB V als Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen erwies sich als Strukturfehler. Mit den Einzelverträgen, die zwischen Arzt und Krankenkassen abzuschließen sind, ergeben sich heterogene Vertragssituationen, die notwendigerweise zusätzlichen bürokratischen Aufwand mit sich bringen und zu einer Zersplitterung der Versorgung führen. Wünschenswert wäre eine gesetzliche Bestimmung gewesen, nach der ein IV-Modell nur dann zustande kommen könnte, wenn z.B. mindestens die Hälfte Patienten davon einen Nutzen haben könnten. Dies hätte eine Einigung der Kassen auf gemeinsame Modellkonstruktionen erfordert, was aber mit der Intention der IV als Wettbewerbsinstrument nicht kompatibel gewesen wäre. Unter den gegebenen Bedingungen muss der Arzt, der einem Patienten ein durch IV erweitertes Behandlungsprogramm erschließen möchte, zunächst prüfen, ob der Patient der Krankenkasse angehört, mit der der Arzt einen IV-Vertrag geschlossen hat. Ein niedergelassener Nervenarzt karikierte die Implikationen eines Szenarios, bei dem er mit allen Krankenkassen IV-Verträge abgeschlossen hätte, so: "Dann müsste ich auf meiner Homepage angeben: Versicherten der AOK biete ich folgendes Behandlungsprogramm an, Versicherten der Barmer usw."

Schließlich muss auch erwähnt werden, dass Berichten über positive Erfahrungen mit der IV auch einzelne resignative Berichte entgegen stehen. Von einigen niedergelassenen Nervenärzten wurden IV-Verträge wieder aufgekündigt. Als Gründe dafür wurden aufreibende

Streitigkeiten mit den Krankenkassen und der mit IV-Verträgen verbundene nicht unerhebliche bürokratische Aufwand angegeben.¹

Irrationalität der gegenwärtigen ambulanten Versorgung

Bei den Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen entfällt mit mehr als der Hälfte der Kosten der größte Anteil auf stationäre Behandlungen. Die Ausgaben nehmen von Jahr zu Jahr zu. Bei den vielfältigen Versuchen, über ambulante Versorgungsmodelle Kosteneinsparungen zu erreichen oder zumindest Kostensteigerungen zu vermeiden, blieb eine "therapeutische Größe" weitgehend außer Betracht: die Behandlungszeit, die dem niedergelassenen Arzt zur Verfügung steht. Manchmal scheint es fast so, dass es noch beweispflichtig wäre, dass mit einem Mehr an finanziertem Behandlungszeit für den niedergelassenen Nervenarzt und mit dem dadurch ermöglichten ganzheitlichen Behandlungsansatz ein größerer therapeutischer Gewinn erreicht werden könnte.

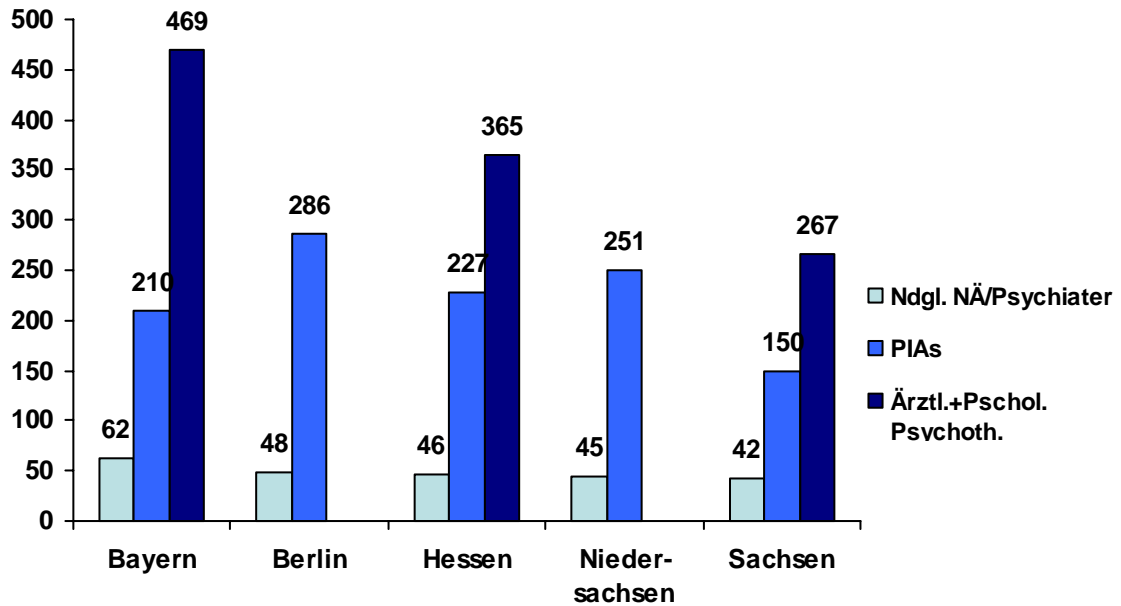
Unter den gegebenen Honorarbedingungen kann der niedergelassene Nervenarzt ausführliche therapeutische Gespräche, lebensfeldbezogene Diagnostik, Psychoedukation oder gar Hausbesuche nur dann erbringen, wenn er es sich erlauben kann, auf eine Honorierung dieser Leistungen zu verzichten. Nach Berechnungen von Carl erbringen Nervenärzte gegenwärtig rund 40 Prozent ihrer Leistungen ohne dafür eine Vergütung zu erhalten.²

Der Behandlungsbedarf von psychisch Kranken stellt sich auf einem breiten Kontinuum dar. Die finanzierten Behandlungsangebote sind aber in diskrete Gruppen eingeteilt: Bezogen auf ein Quartal stehen dem niedergelassenen Nervenarzt für die Behandlung ungefähr eine halbe Stunde Behandlungszeit zur Verfügung, der PIA vier bis fünf Stunden, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten 10 Stunden und mehr. In der Rolle eines Allgemeinarztes versetzt, der mit psychisch Kranken konfrontiert ist, für deren Behandlung komplexe Hilfen erforderlich scheinen, würde man unter den gegebenen Bedingungen eher die Überweisung an eine PIA veranlassen als die Überweisung an den niedergelassenen Nervenarzt. Mit der Überweisung an eine PIA würden damit Behandlungskosten ausgelöst, die, wie in der folgenden Graphik dargestellt, um ein Vielfaches über den Kosten in der vertragsärztlichen Versorgung liegen.

¹ Stellvertretend für diese Position steht die Aussage eines niedergelassenen Nervenarztes: "Ich hoffte, durch die IV wieder ein Stück weit psychiatrisch arbeiten zu können. Aber jetzt wird noch mehr Bürokratie von mir gefordert. Der wirtschaftliche Nutzen für mich wäre größer, wenn ich in der durch Bürokratie gebundenen Zeit ein Gutachten schreiben würde."

² Hillienhof A. Psychiatrische Versorgung: "Wir werden häufiger in die Klinik einweisen müssen"
Deutsches Ärzteblatt 2007 (104); 4:A-164

Erstattung pro psychiatrischer/psychotherapeutischer Fall/Quartal



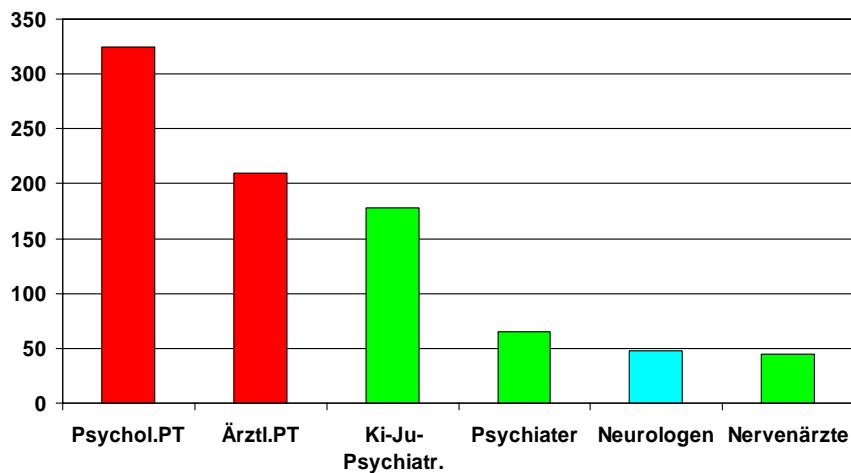
Die obige Graphik beinhaltet Unschärfen, die in der unterschiedlichen Zusammenfassung von Fachgruppen zur Kategorie "Ndgl. NÄ/Psychiater" liegen. Manchmal werden in den Statistiken Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und KJPP-Psychiater zu einer Fallgruppe zusammengefasst, manchmal nur die ersten drei Fallgruppen usw. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass bei den von den KVen berechneten Fallwerten keine Differenzierung zwischen primär psychiatrisch und primär psychotherapeutisch tätigen Nervenärzten vorgenommen wird. Die Fallwerte der Ersteren liegen deutlich unter denen der Letzteren. So ergeben sich z.B. in Berlin für primär psychiatrisch tätige Nervenärzte tatsächliche Fallwerte von deutlich unter 40 Euro.

Wie weiter oben dargestellt werden PIAs in Sachsen nach Einzelleistungen vergütet. Die eingesetzte Vergütung von 150 Euro entspricht dem von einem großen Psychiatrischen Krankenhaus ermittelten durchschnittlichen Fallwert. Die vergleichsweise niedrigen Fallwerte der PIAs in Sachsen erklären sich dadurch, dass die PIAs dort immer mehr das Fehlen niedergelassener Nervenärzte substituieren müssen und deshalb auch weniger schwer erkrankte Patienten behandeln.

In der folgenden Graphik sind die Fallwerte in der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung anhand von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2005 dargestellt. Auffällig ist eine extreme Diskrepanz zwischen den Fallwerten in der psychologischen/ärztlichen Psychotherapie und den Fallwerten in der fachärztlichen Psychiatrie.¹

¹ Albrecht A et al. Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. IGES Berlin 2007

Fallwerte 2005 in der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung nach Leistungserbringern



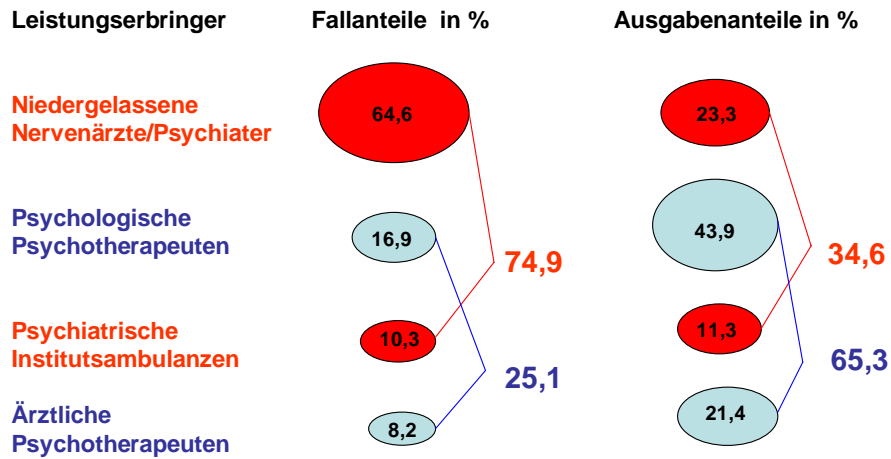
KBV; Berechnungen von IGES, 2007

In der neurologisch-psychiatrischen Versorgung sind die Honorarvolumina in den letzten Jahren sowohl absolut als auch in Relation zum GKV-Honorarvolumen kontinuierlich gesunken.

In der in der folgenden Graphik vorgenommene Gegenüberstellung von Leistungserbringern (PIAs eingeschlossen), Fallzahlen und Ausgabenanteilen macht die Irrationalität der gegenwärtigen ambulanten Versorgung wird besonders deutlich.

- Der Ausgabenanteil für PIAs entspricht näherungsweise dem Anteil der in PIAs behandelten Fälle.
- Würde diese Entsprechung auch für niedergelassene Nervenärzte gelten, müssten deren Ausgabenanteile um den Faktor 3 größer sein.
- Fasst man niedergelassene Nervenärzte und PIAs zu einer Gruppe "Fachärztliche Psychiatrie" zusammen, entfallen auf diese Gruppe 75 Prozent aller Behandlungsfälle. Fachärztliche Psychiatrie macht aber an den Gesamtausgaben nur einen Anteil von 35 Prozent aus.
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln insgesamt 25 Prozent aller Fälle und erhalten dafür einen Anteil von 65 Prozent der Gesamtausgaben.

Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile in der ambulanten psychiatrischen Versorgung am Beispiel Bayern (2006)



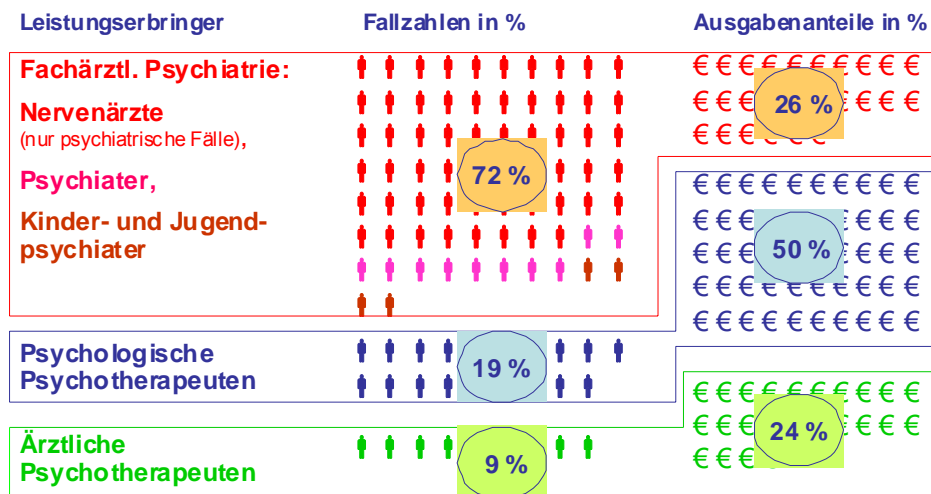
Melchinger, 2007

Daten der KV Bayern, nach Carl 2007

Bei einer Aufschlüsselung der vertragsärztlichen Versorgung nach Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgaben (folgende Graphik) springt die Ungleichgewichtigkeit von psychiatrischer Basisversorgung und Psychotherapie ins Auge:

- Nervenärzte behandeln 72 Prozent aller Fälle, erhalten aber dafür nur rund ein Viertel der Gesamtausgaben.
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln 28 Prozent der Fälle und erhalten dafür rund Dreiviertel der Gesamtausgaben.

Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile in der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung am Beispiel Bayern (2002)



Melchinger, 2007

KV Bayern II/2002 (nach Carl, 2003)

Eine Aufschlüsselung aller Ausgaben für Leistungen nach EBM G II-V ergibt das folgende Bild:¹

G II Psychiatrie, Kinder- u. Jugendpsychiatrie	13%
G III Psychosomatik, Übende Verfahren	12%
G IV Psychotherapie	74%
G V Testverfahren	1%
Summe EBM G II-V	100%

Wenn man die Leistungen nach EBM G II als psychiatrische Basisversorgung versteht, machen die Ausgaben für Basisversorgung nur rund ein Sechstel der Ausgaben für Psychotherapie aus. Ob angesichts eines beschränkten Gesamtbudgets die Ausgabenverteilung dem vordringlichen Bedarf der psychisch Kranken und der Forderung der Psychiatriereform gerecht wird, vorrangig die Versorgung chronisch psychisch Kranker zu verbessern, bedarf dringend einer kritischen Prüfung.

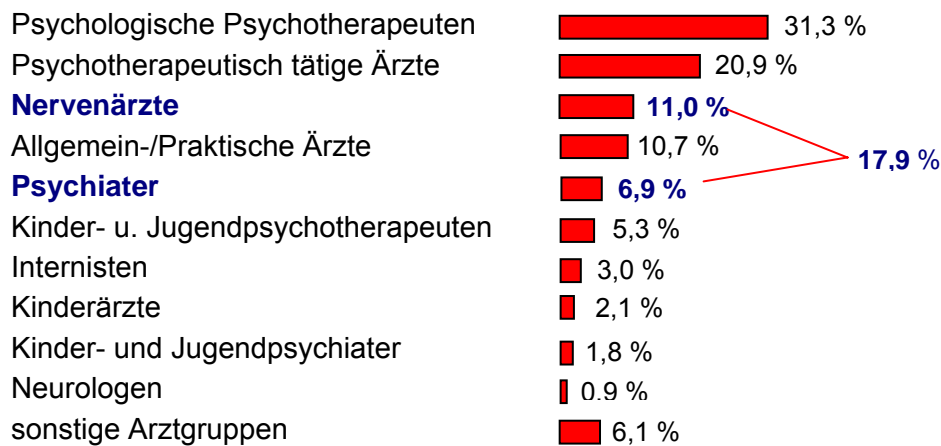
Die Schiefelage in den Ausgabenanteilen kann als Beleg dafür gewertet werden, dass das "Inverse Care Law" von Julian Tudor Hart (1971)² auch Gültigkeit in der Psychiatrie beanspruchen kann: "The availability of good medical care tends to vary inversely with the need

¹ Melchinger H et al. Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006; 77:73-80

² Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet 1971; 1:405-412

for it in the population served." Je größer der Hilfebedarf eines psychisch Kranken ist, desto weniger bedarfsgerechte Hilfen stehen zur Verfügung. Für schwerere, oft mit komplexer Komorbidität verbundene psychiatrische Behandlungsfälle (Psychosen, akute Suizidalität, Demenzen u.a.), die einer umfassenden und kompetenten nervenärztlichen Behandlung bedürfen, kann der niedergelassenen Nervenarzt - wie bereits erwähnt - etwa 30 Minuten finanzierte Behandlungszeit/Quartal einsetzen, die PIAs rund 4 Stunden/Quartal. Für leichter gestörte Patienten, die auch noch ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz warten können, steht ein differenziertes und umfängliches psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung. Richtlinienpsychotherapie kann bis zu insgesamt 300 Stunden bewilligt werden.

Eine Aufschlüsselung der Gesamtausgaben für Leistungen aus EBM G nach Leistungserbringen ergibt das folgende Bild:¹



Die Ausgaben, die von Nervenärzten und Psychiatern zusammengefasst ausgelöst werden, machen einen Anteil von 18 Prozent aus. Gemessen an den Ausgaben spielen Nervenärzte und Psychiater in der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine fast untergeordnete Rolle. Fasst man Nervenärzte, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater zu einer Gruppe fachärztliche Psychiatrie zusammen, entfallen auf diese Gruppe gerade 20 Prozent der Gesamtausgaben.

¹ Melchinger H et al. Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006; 77:73-80

3.9 Implikationen der gegenwärtigen Ressourcenallokation

Die gegenwärtige Vergütungssituation führt zu absurden Entwicklungen, wie zum Beispiel in dem folgenden aktuellen Fall, der sich in eine Reihe ähnlicher Fälle einordnet:

Zur Abwendung einer drohenden Insolvenz seiner Praxis sah sich ein sozialpsychiatrisch orientierter Nervenarzt aus Norddeutschland veranlasst, mit dem regionalen Versorgungskrankenhaus eine vertragliche Vereinbarung zu schließen, in der er sich verpflichtet, in der PIA des Krankenhauses 10 Stunden pro Woche fachärztliche Leistungen zu erbringen. Der Nervenarzt muss damit die Sprechzeiten in seiner Praxis einschränken. In der PIA erbringt der Nervenarzt grundsätzlich die gleichen ärztlichen Leistungen wie in seiner eigenen Praxis, erhält aber vom Krankenhaus eine Vergütung, die deutlich über der vertragsärztlichen Honorierung liegt und die ihm das wirtschaftliche Überleben sichert.

Statistiken zur Nervenarztdichte zeigen erhebliche regionale Disparitäten auf. Aber selbst in den Regionen, in denen eine den Soll-Werten entsprechende Nervenarztdichte gegeben ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass dort die psychiatrische Basisversorgung sichergestellt ist. Die bislang fehlende Differenzierung der Fachgruppen-Budgets erschwert die Übersicht und macht die tatsächliche Unterversorgung der psychisch Kranken in vielen Regionen nicht erkennbar. Die Unterversorgung wird durch folgende Gegebenheiten noch verschärft:

- Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen entfallen - bei einer großen Variationsbreite - statistisch rund 30 Prozent der von Nervenärzten erbrachten Leistungen auf neurologische und psychotherapeutische Leistungen.¹ Aus dem Praxisschild "Facharzt für Psychiatrie und Neurologie" ist nicht erkennbar, ob von diesem Arzt auch Patienten mit schweren psychischen Störungen behandelt werden.
- Immer mehr Nervenärzte fokussieren sich aus wirtschaftlichen Gründen auf die existenzsichernde Psychotherapie, auf die Erstellung von Gutachten oder auf andere Erwerbsquellen und stehen damit für psychiatrische Basisversorgung nicht mehr oder nur noch sehr begrenzt zur Verfügung. So hatten in Niedersachsen bis 2004 rund 60 Prozent der psychiatrischen Praxen ihre Tätigkeit auf Psychotherapie eingeschränkt.²

¹ Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 (Hrsg). Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistung, Perspektiven. Tabellenanhang S. 28

² Beutler J. Die Entwicklung der neuro-psychiatrischen Fachgruppen 1997 bis 2004 in Niedersachsen - Darstellung anhand der KVN-Daten. 2005 (unveröffentlichtes Papier)

- Manche Nervenärzte sind zwischenzeitlich dazu übergegangen, von dem Zeitpunkt an, wenn das Budget im laufenden Quartal ausgeschöpft ist und damit alle weiteren Leistungen nicht vergütet werden, nur noch in Ausnahmefällen Sprechzeiten zu vergeben. Damit ergeben sich längere Wartezeiten auf Behandlungstermine.
- Nervenärzte, die aus Altersgründen aus der Praxis ausscheiden, haben Schwierigkeiten, Nachfolger zu finden. Eine Niederlassung ist für junge Nervenärzte zu einer unattraktiven Perspektive geworden.

Schließlich muss auch erwähnt werden, dass die Zahl der Nervenärzte, die aus wirtschaftlichen Gründen ihre vertragsärztliche Zulassung zurückgegeben haben, größer geworden ist.

3.10 Ressourcenbedarf

Wie weiter oben dargestellt, werden PIAs und niedergelassene Nervenärzte zunehmend um Teile der Klientel in Konkurrenz stehen. Echte Konkurrenz setzt aber voraus, dass für die Konkurrenten gleiche Ausgangsbedingungen bzw. gleiche wirtschaftliche Anreize gegeben sind. Aber genau dies ist gegenwärtig nicht der Fall.

Im Folgenden wird ansetzend an der PIA-Kostenkalkulation eines Krankenhauses berechnet, welche Minimalvergütung erforderlich wäre, um eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch Kranken leisten zu können.

PIA-Kostenkalkulation eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses (Kalkulation von 2001 angepasst an die Quartalspauschalen für 2006)

Direkte Personalkosten	Zeit in h/Fall	Kostenanteile	Kosten in €
Ärztlicher Dienst	2,0	25,7 %	64,62
Psychologe	1,25	13,2 %	33,19
Sozialarbeiter	1,25	11,4 %	28,66
Pflegepersonal	2,0	16,5 %	41,49
Arzthelferin	1,0	7,0 %	17,60
<i>Summe</i>	<i>7,5</i>	<i>73,8 %</i>	<i>188,56</i>
Inanspruchnahme ärztlicher Bereitschaftsdienst		4,8 %	12,07
Indirekte Personalkosten		7,9 %	19,86
Personalkosten je Fall/Quartal		86,5 %	217,49
Diagnostische Leistungen (Labor, EEG/EKG)		3,0 %	7,54
Sachkosten (Wirtschaftsbedarf, Fahrtkosten u.a.)		10,5 %	26,40
Sachkosten je Fall/Quartal		13,5 %	33,94
Gesamtkosten je Fall/Quartal		100,0 %	251,43

Für schwer kranke Patienten, deren Behandlung umfangreiche Komplexleistungen erfordert, gibt es keine ambulante Alternative zur PIA. Alle anderen schwer Erkrankten könnten, eine kostendeckende Vergütung des Behandlungsaufwands vorausgesetzt, grundsätzlich auch in der Nervenarztpraxis behandelt werden. Die Bemessung einer bedarfsgerechten Vergütung kann an der dargestellten PIA-Kostenkalkulation ansetzen. Die in der Kalkulation aufgeführten Kostenanteile für Leistungen von Sozialarbeitern (11,4 %) und Pflegekräften (16,5 %) und die Kostenanteile für die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (4,8 %) können als PIA-spezifische Kosten für das Vorhalten umfangreicher Komplexleistungen verstanden werden und können deshalb bei der Bemessung der Vergütung des vertragsärztlichen Behandlungsaufwands unberücksichtigt bleiben. Alle anderen Kosten werden in der Nervenarztpraxis in gleicher Weise anfallen wie in der PIA.

Nach dieser Berechnung müsste dem niedergelassenen Nervenarzt für die Behandlung von schwer kranken Patienten eine Vergütung von 67,3 % der PIA-Pauschale zur Verfügung stehen. Bezogen auf die gegenwärtige PIA-Vergütung in Niedersachsen in Höhe von 251,43 Euro würde dieser Anteil einer vertragsärztlichen Honorierung von 169,21 Euro/Fall/Quartal entsprechen.

Tatsächlich stehen den niedergelassenen Nervenärzten für die Behandlung psychisch Kranker aber Fallhonorare zur Verfügung, die sich bei einem starken Süd-Nord- und West-Ost-Gefälle zwischen 62 Euro und Werten unter 30 Euro bewegen.

Die Chancenungleichheit von PIAs und Praxen wird noch durch weitere Gegebenheiten verstärkt:

- In der PIA-Kostenkalkulation der Krankenhäuser bleiben die Kosten für Investitionen, Räume, Geräte, Ersatzbeschaffungen u.a. meist unberücksichtigt. Entsprechende Kosten muss der niedergelassene Arzt jedoch aus seinem Honorar bestreiten.¹
- PIAs können besonders intensive Betreuungsleistungen durch eine Quersubventionierung zu Lasten der Personalstellen gemäß Psych-PV finanzieren, zumindest in der internen Verrechnung. Nach BPfIV § 6 Abs. 1 ist dies zwar nicht zulässig (und aufgrund des PIA-Spitzenvertrags eigentlich systemwidrig), aber eine solche Quersubventionierung kann aber auch im Interesse der Kostenträger liegen, wenn dadurch im Ergebnis stationäre Behandlungskosten eingespart werden. Dem niederge-

¹ Bei korrekter Anwendung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes müssten allerdings abschreibungspflichtige kleine Investitionen und Geräte sowie die Anteile an DV-Systemen der Krankenhäuser in der Kalkulation der PIAs berücksichtigt werden.

lassene Nervenarzt stehen keine Möglichkeiten einer Ausgleichfinanzierung zur Verfügung.

- Eine Nutzbarmachung des Spektrums der gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote für die Behandlung erfordert eine Mitarbeit in / ein Kontakthalten mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden und ihren Untergruppierungen. Eine PIA kann in den vielfältigen örtlichen Arbeitsausschüssen der Verbände repräsentiert sein, indem die Teilnahme an den Sitzungen auf mehrere Schultern verteilt wird. Für die PIA-Vertreter ist die Teilnahme finanzierte Arbeitszeit. Der niedergelassene Nervenarzt erhält für seine Teilnahme keine Vergütung.
- PIAs, die nach dem bayerischen Vergütungsmodell finanziert werden, rechnen erbrachte Leistungen nach Vergütungssätzen ab, die getrennt für jede Berufsgruppe mit den Krankenkassen vereinbart wurden. Ein PIA-Arzt in Bayern kann für Gespräche im Rahmen von "Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschließlich ambulanter Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik" bei einem Zeitaufwand bis 20 Minuten 19,24 Euro abrechnen, bei einem Zeitaufwand bis 40 Minuten 38,48 Euro. Arztgespräche mit PIA-Patienten werden damit pro Zeiteinheit rund doppelt so hoch honoriert wie im EBM.

Vor diesem Hintergrund dieser Fakten kann der oben kalkulierte Finanzierungsbedarf für PIA-äquivalente Leistungen der Nervenarztpraxis in Höhe von 169,21 Euro Fall/Quartal nur eine Untergrenze darstellen.

3.11 Handlungsbedarf

Der Trend ist ungebrochen: Die Häufigkeit psychiatrischer Behandlungsfälle nimmt seit Jahren zu. Dies gilt für die vertragsärztliche Versorgung, für die PIAs und für die stationäre Versorgung. Ein weiterer Anstieg der Fallzahlen wird sich durch die mit der Alterung der Bevölkerung verbundene Zunahme von altersassoziierten neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen ergeben. Bei stationären Wiederaufnahmen ist in den letzten Jahren ein steiler Anstieg zu beobachten, der sicher nicht unabhängig ist vom anhaltenden Druck der Krankenkassen auf die Verkürzung von Krankenhausverweildauern.

Mit der Erhöhung der Fallzahlen werden sich im stationären wie im ambulanten Sektor weitere Ausgabensteigerungen ergeben. Die Bemühungen der Kostenträger zur Vermeidung von Ausgabensteigerungen blieben bisher ohne nachhaltigen Erfolg. Bei diesen Bemühungen wurde ausgeblendet, dass eine Ausschöpfung des Leistungspotentials der vertragsärztlichen Versorgung durch eine völlig unzureichende Leistungshonorierung blockiert wird und dass diese Situation zur Folge hat, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen psychiatrischen Basisversorgung zunehmend weniger gewährleistet ist.

Auch bei einer kostendeckenden Honorierung wäre die vertragsärztliche Behandlung erheblich "kostengünstiger" als eine PIA-Behandlung.

Den Krankenkassen sind die wirtschaftliche Situation der Nervenärzte und die dargestellten Implikationen bekannt. Die Krankenkassen erkennen auch an, dass die vertragsärztliche nervenärztliche Versorgung unterfinanziert ist. Sie betonen aber immer wieder, dass genügend Geld "im System" wäre und dass es Sache der ärztlichen Selbstverwaltung wäre, durch eine Umverteilung der Ressourcen zwischen den Fachgruppen für eine bedarfsgerechte Honorierung der Nervenärzte Sorge zu tragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verweisen ihrerseits immer wieder auf zu geringe Kopfpauschalen der Krankenkassen und darauf, dass eine Umverteilung nur eine theoretische, in der Realität aber nicht erreichbare Lösung ist. Unabhängig davon, ob nun die Einschätzungen der Kassen oder die der Kassenärztlichen Vereinigungen zutreffen, muss festgestellt werden, dass die aus der Unterfinanzierung der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung resultierenden Mehrausgaben durch vermehrte PIA-Überweisungen und durch vermehrte stationäre Einweisungen ohnehin bei den Kassen hängen bleiben. Jeder weitere Rückzug der Nervenärzte aus der psychiatrischen Basisversorgung wird für die Krankenkassen mit Ausgabensteigerungen verbunden sein.

4 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)

4.1 Versorgungsauftrag und Rahmenbedingungen

Entwicklung

Ebenso wie die Psychiatrischen Institutambulanzen gehen die SpDis auf Empfehlungen der "Sachverständigen-Kommission der Bundesregierung zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" (Psychiatrie-Enquête)¹ zurück. Im Rahmen des Modellverbunds "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" der Bundesregierung wurden ab Ende der siebziger Jahre Sozialpsychiatrische Dienste unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen in Modellverhaben erprobt. Die aus diesen Modellen berichteten positiven Erfahrungen führten zu einer zügigen Einrichtung von SpDis in anderen Regionen.

Heute sind SpDis flächendeckend in allen Bundesländern eingeführt und sind dort zu einem unverzichtbaren Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung geworden. (Eine Ausnahme bildet nur das Saarland, wo die Aufgaben eines SpDi von den in allen Landkreisen bestehenden Psychiatrischen Institutsambulanzen geleistet werden.)

Die bestehenden Sozialpsychiatrischen Dienste unterscheiden sich allerdings erheblich hinsichtlich

- gesetzlicher Grundlagen
- Finanzierung
- Zielgruppen
- Anbindung/Trägerschaft
- Aufgabenspektrum
- Multiprofessionalität
- Personalausstattung
- Vernetzung/regionale Einbindung.

Aus den unterschiedlichen Rahmenbedingungen folgt, dass das Gemeinsame in Aufgabenstellungen und Leistungsspektren nur auf abstraktem Niveau beschrieben werden kann:

- Beratung und aufsuchende Betreuung von Klienten, die aufgrund von schwereren psychischen Störungen in ihrer Lebensführung stark eingeschränkt sind;

¹ Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 und 7/4202. Bonn 1975

- Koordination komplexer sozialer und therapeutischer Hilfen bei chronisch psychisch Kranken;
- Planung, Koordination und Steuerung der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Gesetzliche Grundlagen

Mit Ausnahme von Baden-Württemberg, Bayern und Hessen¹ sind die SpDis durch die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder festgeschrieben.

Finanzierung

In den Flächenstaaten liegt die Finanzierung in der Mehrzahl der Fälle bei den Kommunen. Bei SpDis in freigemeinnütziger Trägerschaft wird die öffentliche Finanzierung teilweise durch Eigenmittel der Träger ergänzt.

Zielgruppen

In der Regel werden von den SpDis keine expliziten Ausgrenzungen von Zielgruppen vorgenommen. Die eingeschränkten personellen Ressourcen zwingen die SpDis jedoch meist dazu, die Arbeit auf die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Sucht zu fokussieren.

In einigen Ländern fällt Sucht- und Drogenberatung in die Zuständigkeit gesonderter Beratungseinrichtungen. In der Mehrzahl der anderen Länder gibt es keine einheitlichen Regelungen, Sucht- und Drogenberatung werden dort teilweise von gesonderten Beratungsstellen, teilweise von SpDis und teilweise von beiden Einrichtungen geleistet.

In den drei Stadtstaaten und in Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein gibt es gesonderte Dienste für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.²

In neuerer Zeit werden in den Ballungsgebieten vermehrt ambulante Beratungsstellen für die für die Bereiche Gerontopsychiatrie und Demenz eingerichtet.

¹ In Hessen gibt es erst seit dem 28.09.2007 ein Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD). In § 7 (Prävention und Gesundheitsförderung) (3) wird lediglich festgestellt, dass die Gesundheitsämter "Menschen mit psychischen Erkrankungen mit der Bereitstellung eine Beratungs- und Betreuungsangebotes durch einen sozialpsychiatrischen Dienst" unterstützen. Die Aufgaben eines SpDi werden nicht näher spezifiziert, ebenso werden keine Aussagen zur Personalausstattung gemacht.

² Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland. Tabellenanhang S. 141. Die Gültigkeit der dortigen Angaben zu den KJPP-Diensten erscheint an manchen Stellen allerdings fragwürdig. So soll es im kleinen Bundesland Mecklenburg-Vorpommern 18 KJPP-Dienste geben, in Bayern und Baden-Württemberg aber keinen einzigen.

Anbindung/Trägerschaft

In Baden-Württemberg und in Bayern befindet sich die weitaus überwiegende Mehrheit der SpDis in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände. In den anderen Ländern ist in den jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen die Übertragung der Aufgaben der SpDis an freie Träger als Option vorgesehen, der überwiegende Teil der SpDis ist dort jedoch an die Gesundheitsämter angebunden.

Die Anbindung an den öffentlichen Gesundheitsdienst bedingt, dass es neben der wirtschaftlichen Grundlage der Kommunen von der "Psychiatrie-Nähe" der jeweiligen Amtsleitungen abhängen kann, in wie weit moderne sozialpsychiatrische Entwicklungen in die SpDis hineinwirken.

Multiprofessionalität

Die in den Empfehlungen der Expertenkommission geforderte multiprofessionelle Ausstattung der Teams der SpDis wird in den Regionen sehr unterschiedlich eingelöst. Während Sozialarbeiter/-pädagogen in allen Diensten repräsentiert sind, finden sich Krankenpflegekräfte und Psychologen nicht in allen Teams.

Mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Bayern¹ sind in den SpDis Psychiater oder "in der Psychiatrie erfahrene Ärzte" tätig.

In der Anfangsphase der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde in vielen Regionen versucht, den in SpDis und den in Kliniken des Versorgungssektors tätigen Ärzten Blickwinkel und Erfahrungen aus dem jeweils anderen Berufsfeld zu vermitteln. Dies wurde durch Rotationen erreicht oder dadurch, dass die Ärzte des SpDi mit jeweils halber Stelle im SpDi und in der Klinik tätig waren (wie z.B. systematisch in Berlin). Durch die Privatisierung vieler Krankenhäuser bzw. durch die Ausgliederung der Krankenhäuser aus unmittelbarer kommunaler Trägerschaft sind solche Verfahrensweisen heute nicht mehr oder nur erschwert möglich.

Die Zielsetzung, die Leitung der Dienste Fachärzten zu übertragen, konnte bis heute nur in der Mehrzahl der Fälle erreicht werden. In einigen Regionen fungieren "in der Psychiatrie erfahrene Ärzte" als Leiter der Dienste.

¹ In Bayern gibt es Ärzte nur in SpDis der Landeshauptstadt München. Der Fortbestand dieser Arztstellen ist jedoch nicht gesichert.

Personalausstattung

Von der Expertenkommission der Bundesregierung wurden 1988 für einen ambulant aufsuchenden Dienst mit Kontaktstelle in ländlichen Regionen 6,7 Vollzeit-Fachkräfte als bedarfsgerecht angesehen, in städtischen Regionen 9,3 Stellen (jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner). Zusätzliche Fachkräfte waren für die ambulante Suchtkrankenhilfe und für die Bereiche Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen. Diese Soll-Werte der Expertenkommission werden nur von einem Teil der Regionen erreicht.

Die tatsächlichen Personalausstattungen der SpDis unterscheiden sich teilweise erheblich. So ergibt sich beispielsweise in Niedersachsen bei einem Landesdurchschnitt von 3,8 eine Bandbreite von 9,1 bis 2,2 Mitarbeitern je 100.000 EW.

Bei der Ausstattung mit Arztstellen findet man ebenfalls erhebliche Unterschiede. So sind beispielsweise im SpDi Berlin-Mitte 8 Ärzte tätig, in dem bezogen auf die Einwohnerzahl gleich großen Landkreis Minden-Lübbecke verfügt der SpDi über 2 Ärzte. In einigen Regionen gibt es in den SpDi-Teams keine Arztstellen, dafür wird dort fachärztliche Kompetenz über vertragliche Regelungen mit niedergelassenen oder klinischen tätigen Psychiatern eingekauft.

Von den meisten SpDis wird seit längerem eine unzureichende Personalausstattung beklagt, die sich in vielen Regionen durch Budgetkürzungen noch weiter verschärft. Vor diesem Hintergrund kann die von der Psychiatriereform geforderte Ersetzung einer Komm-Struktur herkömmlicher Angebote durch eine aktiv nachgehende Betreuung im Lebensumfeld der Klienten nur eingeschränkt realisiert werden. Dies betrifft in besonderem Maße dünner besiedelte Regionen, wo schon die Fahrtzeiten für Hausbesuche einen erheblichen Zeitaufwand binden können.

Behandlungsermächtigung

In Niedersachsen besteht insofern eine Besonderheit, als dort in fünf Regionen (Stadt Hannover, Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreise Diepholz, Hildesheim und Verden) Ärzte der SpDis über eine persönliche Behandlungsermächtigung verfügen. Die Genehmigungen durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung liegen teilweise schon länger als 20 Jahre zurück. Wiederholte Anträge aus neuerer Zeit, auch den Ärzten der SpDis in den ländlichen Versorgungssektoren der Region Hannover (Regionen mit geringer Nervenarztdichte) eine Behandlungsermächtigung zu erteilen, wurden vom Zulassungsausschuss der KV Niedersachsen abschlägig beschieden.

Behandlungsermächtigungen, die sich in den genannten Regionen sehr bewährt haben, werden allerdings nur von einem Teil der SpDi-Ärzte in Niedersachsen als erstrebenswert angesehen.

In zwei Regionen in Hessen versuchen gegenwärtig SpDi-Ärzte, eine Behandlungsermächtigung zu erreichen.¹

In Nordrhein-Westfalen besteht im Rahmen von § 4 ÖGDG eine grundsätzliche Behandlungserlaubnis. Dort ist die Kostenübernahme jedoch nicht geregelt, die Kosten müssten aus dem Haushalt der Gesundheitsämter finanziert werden. Dem SpDi Bochum gelang es, eine Kostenregelung mit den örtlichen Krankenkassen zu erreichen, die jedoch zwischenzeitlich von den Kostenträgern wieder gekündigt wurde.

SpDis als Erbringer von ambulanter Psychotherapie

Anders als in den anderen Bundesländern sind in Baden-Württemberg und in Bayern die SpDis durch entsprechende Rahmenverträge mit den Krankenkassen zur Erbringung von Psychotherapie nach § 37 a SGB V berechtigt. Diese Besonderheit erklärt sich dadurch, dass in diesen beiden Ländern nach Inkrafttreten des § 118 Abs. 2 SGB V, der im Jahr 2000 auch Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Einrichtung von Institutsambulanzen ermächtigte, von den Krankenkassen deren bisherige pauschale Anteilsfinanzierung der SpDis aufgekündigt wurde. Die dadurch frei gewordenen Personalkapazitäten der SpDis sollten durch Erbringung von Psychotherapie refinanziert werden können. Um dies zu ermöglichen, wurden die restriktiven Anforderungen an die Leistungserbringer von Psychotherapie² dort "liberalisiert".

Ambulante Psychotherapie findet in nennenswertem Umfang allerdings nur in Baden-Württemberg statt. In etwa der Hälfte der Fälle geht dort die Initiative zur Beantragung von Psychotherapie von den SpDis aus. In Bayern blieb die Verordnung von Psychotherapie aufgrund der restriktiven Haltung der Krankenkassen von Anfang an in einer marginalen Größenordnung.

Die SpDis in Baden-Württemberg beklagen regional divergierende Bewilligungspraktiken der Krankenkassen, die Zunahme ablehnender Bescheide, den erhöhtem Arbeitsaufwand durch

¹ Für nähere Informationen zur Behandlungsermächtigung von SpDi-Ärzten danke ich Herrn Dr. Hans-Joachim Kirschenbauer, Frankfurt/M., Sprecher des Fachausschusses Psychiatrie der Ärzte im Bundesverband des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

² Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Psychotherapie vom 20.11.2001

Formulierung von Widersprüchen gegen Ablehnungen und eine nicht kostendeckenden Finanzierung der Soziotherapie.

Verzahnung von SpDi und Psychiatrischer Institutsambulanz (PIA)

In Hannover nehmen die beiden sektorisiert arbeitenden psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule neben der Funktion von PIAs auch die Funktion von SpDis wahr. Diese Vernetzung von Funktionen gewährleistet auch eine personelle Kontinuität von Betreuung und Behandlung. Dieses Modell wurde 2003 auch von Bremen übernommen. Dort sind alle fünf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren (BHZ) der zuständigen psychiatrischen Kliniken integriert.

In Trier und in Mainz sind Ärzte des SpDi mit Teilzeitstelle gleichzeitig in der Psychiatrischen Institutsambulanz tätig.

4.2 Gemeindepsychiatrische Verbände / Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Die systematische Vernetzung aller örtlichen/regionalen psychiatrischen Versorgungsangebote in einem gemeindepsychiatrischen Verbund wird konzeptionell in allen Regionen angestrebt, teilweise ist "Vernetzungsarbeit" den SpDis als Aufgabe gesetzlich vorgegeben.

Ein Beispiel für einen weit entwickelten Sozialpsychiatrischen Verbund stellt der gemeindepsychiatrische Verbund der Region Hannover dar. Dort bestehen neben dem "Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie" als Plenum aller an der Versorgung beteiligten Institutionen in allen Versorgungssektoren "Sektorarbeitsgemeinschaften", die von den jeweiligen SpDis gesteuert/moderiert werden. Daneben gibt es elf thematische Fachgruppen ("Forensische Psychiatrie", "Migration und Psychiatrie", "Krisen- und Notfalldienst" u.a.). Darüber hinaus existiert dort als beratendes Gremium ein Regionaler Fachbeirat Psychiatrie. Alle Gremien des gemeindepsychiatrischen Verbundes treffen sich mehrfach im Jahr.

In der Mehrzahl der Fälle sind die gemeindepsychiatrischen Verbände noch im Aufbau begriffen. Außerhalb der Ballungsgebiete, in denen meist ein hauptamtlicher Psychiatriekoordinator Motor der Verbundarbeit ist, muss die Verbundarbeit von den SpDis geleistet werden. Die knappen personellen Ressourcen der SpDis setzen der Verbundarbeit Grenzen. Entsprechend beschränkt sich die Verbundarbeit dort oft nur auf eine jährliche Zusammenkunft der an der Versorgung beteiligten Institutionen. Den Beratungsergebnissen kommt dort eine eher geringe Verbindlichkeit zu.

4.3 Daten zur Arbeit der SpDis

Evaluation

Zu Effektivität und Effizienz der Leistungen von SpDis liegen nur vereinzelte Analysen vor. So berichtet z.B. Obert¹, dass bei 65 Prozent der vom SpDi Stuttgart betreuten Klienten im Durchschnitt 22 Krankenhaustage pro Jahr eingespart werden konnten.

Eine systematische Evaluation der Arbeit der SpDis würde zunächst eine Verständigung auf von Qualitätskriterien und die verbindliche Beschreibung und Gewichtung der Aufgaben der Dienste voraussetzen. Diese Voraussetzungen sind aber derzeit nicht gegeben.

Die Arbeit der SpDis wird meist in jährlichen Statistiken/Sachstandsberichten dokumentiert, in denen die Tätigkeit der Dienste mit unterschiedlich differenzierten Zahlenwerken und mit Berichten aus der Verbundarbeit abgebildet wird. Solche Berichte erfüllen mehrere Funktionen. Sie sind Leistungsnachweise gegenüber dem Leistungs-/Kostenträger, sie bilden Bezugspunkte für Reflexionen über die Arbeit der Dienste, sie machen die Arbeit der Dienste für den gemeindepsychiatrischen Verbund transparent und sie lassen im Zeitvergleich Entwicklungen erkennen (z.B. Veränderungen der Anlässe für Kontaktaufnahmen). Für diesen Zweck mögen die vor Ort entwickelten Formen der Dokumentation ausreichend erscheinen. Individuelle Dokumentationspraktiken schränken allerdings die Möglichkeit von Vergleichen zwischen Diensten stark ein und erschweren damit verallgemeinerbare Aussagen zur Arbeit der Dienste. Vor dem Hintergrund der oft erheblichen strukturellen Unterschiede zwischen SpDis sind vergleichende Darstellungen der Leistungen nur dort möglich, wo sich strukturell ähnliche Dienste auf eine gemeinsame Dokumentation verständigt haben. Dies ist beispielsweise in Baden-Württemberg der Fall.

Wie viel Klienten werden von SpDis erreicht?

Die in Statistiken der SpDis angegebenen Klientenzahlen sind nicht immer vergleichbar, da manchmal jeder aktenkundige Kontakt gezählt wird (also z.B. auch eine in den Verweis auf eine andere Einrichtung mündende einmalige Beratung), manchmal nur die Anzahl längerfristig betreuter Klienten. Meist wird die Gesamtzahl der Klienten mit einem unkommentierten Zahlenwert angegeben.

In den Statistiken einiger SpDis werden Differenzierungen nach Einmal- und Mehrfachkontakten vorgenommen, wobei Letztere wieder unterschiedlich definiert sein können.

¹ Obert K. Alltags- und lebensorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001

Die folgenden Beispiele zeigen die Größenordnung der Klienten auf, die von den SpDis erreicht werden.

SpDi	Berechnungsgrundlage	Klienten je 10.000 Einwohner
Stadt Stuttgart	alle Kontakte	48
	längerfristige Betreuungsfälle	28
Landkreis Uelzen	alle Kontakte	68
	Mehrfachkontakte	56
Region Hannover	alle Kontakte	46 (Bandbreite 33 – 69)

Betreuungsfälle pro (Vollzeit-) Fachkraft

Wie an den folgenden Beispielen aufzeigt, ergibt sich für das Verhältnis Klienten/Vollzeit-Mitarbeiter eine große Variationsbreite.

SpDi	Klienten/1 Vollzeitkraft (ohne Verwaltungskräfte)
Berlin-Mitte	162
Uelzen	147
Fürth	144
Minden-Lübbecke	128
Stuttgart	114
Baden-Württemberg	104

Im Vergleich dazu: Von einem niedergelassenen Nervenarzt werden statistisch rund 800 chronisch psychisch Kranke/Jahr behandelt.¹ Damit ist die Patientenzahl eines psychiatrisch tätigen Nervenarztes um mindestens den Faktor Fünf größer als die Anzahl der von einem SpDi-Mitarbeiter betreuten Klienten. Entsprechend größer ist die Arbeitsdichte des freiberuflichen Nervenarztes.

Zuweisungswege

Auf welche Veranlassung hin ein Kontakt mit dem SpDi zustande kam, lässt sich nicht immer eindeutig rekonstruieren. Wenn zum Beispiel die Empfehlung zur Kontaktaufnahme ursprünglich von einer Familienberatungsstelle ausgesprochen wurde, später die Familie auf die Kontaktaufnahme drängte und wenn der Klient sich schließlich dort alleine vorstellte,

¹ Angaben des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN)

wird es nicht eindeutig sein, welches Kästchen in der Statistik der Zuweisungswege auf diesen Fall passt.

In den Dokumentationen von einigen wenigen SpDis werden ärztliche Zuweisungen nach Krankenhausart bzw. Arztgruppen aufgeschlüsselt. Im Folgenden werden an vier Beispielen die Zuweisungen durch medizinische Institutionen, die insgesamt Anteile zwischen 29 und 45 Prozent aller Zuweisungen ausmachen, aufgeschlüsselt (jeweils Daten aus Jahresstatistiken 2006).

SpDi	Zuweisungsanteile in Prozent			
	Psychiatr. Krkh	anderes Krkh	niedergel NÄ	anderer Arzt
Baden-Württemberg	24	4	15	2
Bayreuth-Kulmbach	16	1	8	4
Fürth	24	0	4	2
Uelzen	14	6	5	13

Der überwiegende Teil ärztlich veranlasster Zuweisungen erfolgt durch Fachkrankenhäuser/Abteilungen. Die Anteile der Zuweisungen durch niedergelassene Nervenärzte vs. andere Ärzte sind durch erhebliche regionale Disparitäten gekennzeichnet.

Merkmale der Klientel

Geschlecht

Die die Aufschlüsselung der Klientel nach Geschlecht ergibt ein uneinheitliches Bild. So machen beispielsweise bei den SpDis der Region Hannover weibliche Klienten einen Anteil von 47 Prozent aus, bei den SpDis in Baden-Württemberg einen Anteil von 59 Prozent.

Altersstruktur

Zur Altersstruktur der Klientel kann verallgemeinernd nur ausgesagt werden, dass sich der überwiegende Anteil der Klienten in der Lebensmitte befindet und dass die Betreuung von Jugendlichen nur in Ausnahmefällen vorkommt. Aussagen zu den Anteilen älterer Klienten werden dadurch erschwert, dass in den Dokumentationen die Altersstufen unterschiedlich gruppiert werden. Die Altersdifferenzierung hört manchmal bei der Kategorie "> 60 Jahre" auf usw. Im überschlägigen Vergleich zeigt sich aber, dass auch die Anteile älterer Klienten erheblich differieren können. So ist der Anteil der über 60jährigen SpDi-Klienten in der Region Hannover etwa eineinhalbmals so groß wie bei den SpDis in Baden-Württemberg.

Diagnosen

Im Folgenden wird ein Vergleich der Diagnosen der Klientel von ärztlich und nicht-ärztlich geleiteten SpDis vorgenommen. Ein solcher Vergleich wäre streng genommen nur dann zulässig, wenn angenommen werden könnte, dass die Diagnosen jeweils von einem Facharzt erstellt wurden. Bei nichtärztlich geleiteten SpDis wäre dies nur in den vergleichsweise wenigen Fällen möglich, in denen die Zuweisung eines Klienten über eine fachärztliche Institution erfolgte. Es ist allerdings auch anzunehmen, dass in den ärztlich geleiteten Diensten die Diagnosen häufig von nichtärztlichen Bezugstherapeuten erstellt werden. Insofern kommt der folgenden Gegenüberstellung nur eine eingeschränkte Aussagekraft zu.

Verglichen wird der prozentuale Anteil der Diagnosegruppen an der Gesamtzahl der Klienten von

- 34 SpDis in Niedersachsen (ärztlich geleitet) (2005),
- 49 SpDis aus Baden-Württemberg (ohne ärztliche Leitung) (2006),
- 12 SpDis des Caritasverbandes München-Freising (ohne ärztliche Leitung) (2005),
- SpDi Stadt u. Landkreis Fürth (4 h/Woche "eingekaufte" fachärztl. Kompetenz) (2006).

In den niedersächsischen SpDis machen Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) einen Anteil von 21 Prozent aller Diagnosen aus. Da in Baden-Württemberg und in Bayern der überwiegende Teil von Sucht- und Drogenberatung außerhalb der SpDis erfolgt, werden in der Gegenüberstellung nur die Diagnosegruppen F0 und F2 bis F99 berücksichtigt. ICD-10-inkompatible Diagnosegruppen aus der Statistik der SpDis in Baden-Württemberg werden (kursiv gesetzt) gesondert dargestellt.

	Niedersachsen	Caritas Mü/Frei ¹		
		Baden-Württ.	Fürth	
F0 (Organische Störungen)	9,1	1,4	--	4,3
F2 (Schizophrenie)	27,1	41,7	29,0	31,3
F3 (Affektive Störungen)	14,0	24,2	31,0	18,5
F4 (Neurotische Störungen)	12,7	--	--	20,6
F5 (Verhaltensauffälligkeiten)	0,8	--	--	0,7
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	12,2	--	12,0	6,0
F7 (Intelligenzminderung)	4,1	--	--	1,0
F8 (Entwicklungsstörungen)	0,5	--	--	--
F9 (Verhaltensstörungen ...Ki. u. Ju.)	0,9	--	--	--
F99 (Nicht näher bezeichnete Störung)	4,1	4,0	9,0	10,2
Keine Diagnose angebar	6,4	9,1	--	3,2
Keine psychiatrische Diagnose	5,9	--	--	4,0
<i>Neurosen und Persönlichkeitsstörungen</i>		10,1		
<i>Borderline</i>		5,3		
<i>gerontopsychiatrische Erkrankung</i>		1,1		
<i>kurzfristige psychiatrische Auffälligkeiten</i>		3,1		

Im Vergleich der SpDis zeigt sich:

- In den nichtärztlich geleiteten SpDis werden die Diagnosegruppen Schizophrenie und affektive Störungen deutlich häufiger genannt als in den ärztlich geleiteten SpDis.
- Umgekehrt sind in den ärztlich geleiteten Diensten die Diagnosegruppen organische Störungen und Persönlichkeitsstörungen häufiger vertreten.

Betreuungsdauer

Das Problem nicht-kompatibler Dokumentationen setzt sich bei vielen Eckwerten fort. So wird die Betreuungsdauer manchmal abgebildet durch die Summe aller Kontakte in einem Jahr, unabhängig davon, über welchen Zeitraum sich die Betreuung erstreckte, manchmal wird die durch die Summe der Quartale angegeben, in den mindestens ein Kontakt stattfand usw. Pauschal kann festgestellt werden, dass etwa die Hälfte der SpDi-Klienten längerfristig betreut wird.

¹ Caritas München/Freising; nur Angaben für die Diagnosegruppen F2, F3, F6, F99

Ein Versuch, die SpDis dafür zu gewinnen, die vor Ort eingeführten Dokumentationspraktiken aufzugeben und sich auf eine bundesweit einheitliche Dokumentation zu verständigen, wird mittelfristig kaum erreichbar sein. Es sollte aber angestrebt werden, einige Basisdaten in einheitlicher Form zu dokumentieren, um damit systematische Vergleiche zu ermöglichen.

Exemplarische Gegenüberstellung von Strukturen und der Leistungen

Im Folgenden werden einige Daten aus den Jahresberichten von zwei jeweils ärztlich geleiteten SpDis verglichen. Gegenübergestellt werden Daten des SpDi Uelzen aus dem Jahr 2006 und Daten des SpDi Minden-Lübbecke aus dem Jahr 2005. Die Versorgungsregionen beider SpDis sind überwiegend ländlich geprägt.

Der SpDi des Landkreises Uelzen (97.000 EW) verfügt über die folgende Personalausstattung (ohne Verwaltungskräfte):

- 1 Ärztin in Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie
- 1 Diplom-Psychologe (2 Halbtagsstellen)
- 1, 5 Diplom-Sozialarbeiter/pädagoginnen
- 1 Krankenpfleger

Im SpDi des Landkreises Minden-Lübbecke (323.000 EW) arbeiten verteilt auf Dienststellen in Minden und Lübbecke und auf die Außenstelle Bad Oeynhausen

- 2 Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie
- 9 Diplom-Sozialarbeiter/pädagoginnen, davon 4 Vollzeitkräfte
- 1 Fachkrankenschwester für Psychiatrie

	Uelzen	Minden-Lübbecke
• Gesamtzahl der Klienten	663	1.219
• Anzahl der Klienten in ‰ der Bevölkerung		
Gesamt	6,8 ‰	3,8 ‰
Allgemeinpsychiatrie	4,4 ‰	2,2 ‰
Sucht ¹	2,4 ‰	1,6 ‰
• Anteil von Frauen	49 %	45 %
• Kontakte pro Klient	5,5	5,0
• Erstkontakte in % aller Klienten	39 %	51 %
• Anteile aufsuchender Arbeit (Haus-/Klinik-Besuche) in % aller Einzelkontakte	34 %	36 %

¹ Die ärztliche Leitung des SpDi Uelzen ist durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger ermächtigt.

	Uelzen	Minden-Lübbecke
• Diagnosen Allgemeinpsychiatrie		
F0 (Organische Störungen)	5 %	6 %
F2 (Schizophrenie)	20 %	34 %
F3 (Affektive Störungen)	24 %	15 %
F4 (Neurotische Störungen)	29 %	20 %
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	18 %	12 %
Andere (außer F1)	3 %	13 %
• Diagnosen Suchterkrankungen in %		
F10 (Alkohol)	52 %	95 %
F11 (Opioide)	36 %	--
F12 (Cannabinoide)	3 %	--
F19 (multipler Substanzgebrauch)	8 %	1 %
Andere	--	5 %

Im Vergleich der Daten der beiden SpDis fallen einige deutliche Unterschiede ins Auge:

- Personelle Ausstattung in Vollzeitstellen je 100.000 EW:

	Uelzen	Minden-Lübbecke
Ärzte	1,03	0,62
Krankenpflege	1,03	0,31
Sozialarbeit	1,55	2,01 ¹
Psychologen	1,03	0
Gesamt	4,64	2,94

- Ausgedrückt in ‰ der Landkreisbevölkerung werden vom SpDi Uelzen doppelt so viele Klienten aus dem Bereich Allgemeinpsychiatrie erreicht wie in Minden-Lübbecke (4,4 vs. 2,2 ‰ in Minden-Lübbecke).
- Der Anteil Erwerbstätiger an der Klientel ist in Uelzen erheblich höher (33 vs. 17 % in Minden-Lübbecke)²
- Der Anteil von Klienten mit einer F2-Diagnose (Schizophrenie) ist in Minden-Lübbecke erheblich höher (34 vs. 20 % in Uelzen)

¹ Berechnung unter der Annahme, dass die neben vier Vollzeitkräften tätigen fünf Teilzeitkräfte 2,5 Vollzeitkräften entsprechen.

² In Minden-Lübbecke wird der Anteil der Erwerbstätigen getrennt für die Gruppierungen "Allgemeinpsychiatrie" und "Sucht" ausgewiesen. In der Gruppe "Allgemeinpsychiatrie" liegt der Anteil bei 13 % und entspricht damit etwa dem in der gemeinsamen Jahresstatistik der SpDis Baden-Württemberg (ohne Bereich Sucht) ausgewiesenen Wert von 11 %.

- Der Anteil der Klienten mit einer F3-Diagnose (Affektive Störungen) ist in Uelzen erheblich höher (24 vs. 15 % in Minden-Lübbecke)

4.4 Kooperation SpDis / PIAs

In fast jeder Versorgungsregion eines SpDi ist auch eine Psychiatrische Institutsambulanz vorhanden. Von immer mehr SpDis wurden schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den PIAs getroffen, in Baden-Württemberg bereits von der Hälfte der SpDis. Da sich in Baden-Württemberg die PIAs noch in der Aufbauphase befinden (Ambulanzgründungen waren dort erst seit 2004 möglich), sind dort noch weitere Kooperationsvereinbarungen zu erwarten. Insgesamt kommt der Zusammenarbeit zwischen SpDis und PIAs ein zunehmend größeres Gewicht zu als der Zusammenarbeit zwischen SpDis und niedergelassenen Nervenärzten.

Der Geschäftsführer eines Wohlfahrtsverbandes in Bayern formulierte die Situation so: "Konzeptionell hat für uns die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten Priorität, aber in der konkreten Arbeit können mit PIAs halt rascher zielführende Vereinbarungen getroffen werden".

Die engere Kooperation mit PIAs liegt auch darin begründet, dass sich die Akteure durch Zusammenarbeit in zahlreichen Gremien wechselseitig kennen und dass damit Vereinbarungen und Abstimmungen innerhalb der Berufsgruppen auf kurzem Weg möglich sind. Der Sozialarbeiter des SpDi kommuniziert mit dem Sozialarbeiter der PIA usw.

4.5 Kooperation SpDis / niedergelassene Nervenärzte

"Die niedergelassenen ärztlichen Kollegen sehen die Sozialpsychiatrischen Dienste längst nicht mehr als Konkurrenz, sondern als nützlich und notwendige Ergänzung", stellt ein Leiter eines SpDi fest¹ und führt als Beispiel einen Fall an, bei dem sich eine Hausärztin hilfesuchend an den SpDi wandte, weil sich eine langjährige Patientin bedenklich auffällig verhalten hätte. Unmittelbar nach diesem Anruf hätte sich die Psychiaterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu einem Hausbesuch aufgemacht und hätte dort eine Krisenintervention durchgeführt.

Solche idealtypischen Kooperationen gibt es auch zwischen SpDis und Nervenärzten. Sie stellen jedoch eher Ausnahmefälle dar. Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen SpDis und Nervenärzten variiert in der Praxis zwischen einem vertrauensvollen, abgestimmten

¹ Berger H. Sozialpsychiatrische Dienste als Teil der Gemeindepsychiatrie. In: Stewes C. Psychiatrie in Bayern. Der Bayerische Bürgermeister 2001;6: 259

arbeitsteiligen Behandlungsvorgehen und nur sporadischen Kontakten. Die Art der Zusammenarbeit hängt zum einen von strukturellen Versorgungsgegebenheiten ab, zum anderen vom beruflichen Selbstverständnis der beteiligten Akteure.

In der Mehrzahl der Fälle geben Fragen zur Medikation bzw. zur Medikamenten-Compliance von SpDi-Klienten, die gleichzeitig in nervenärztlicher Behandlung sind, Anlässe für eine Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Nervenärzten. Ausführliche gemeinsame Fallbesprechungen kommen eher seltener vor.

Zuweilen ist die Zusammenarbeit von SpDi und niedergelassenen Nervenärzten auch von unterschwelligen Ressentiments geprägt. In der Berufsgruppe der Sozialarbeiter/-pädagogen findet man manchmal noch Rollenverständnisse, wie sie in der frühen Phase der Psychiatrieform ausgeprägt waren und die sich etwas überspitzt so darstellen lassen: "Die Psychiatrie hat versagt, indem sie die sozialen Dimensionen psychischer Erkrankungen ausblendete. Den Sozialarbeitern kommt die Aufgabe zu, dieses Defizit auszugleichen." Auch heute noch wird den Nervenärzten manchmal ein biologistisches Krankheitsverständnis unterstellt, das in der Reduzierung der nervenärztlichen Behandlung auf Pharmakotherapie zum Ausdruck komme.

Ressentiments gegenüber Nervenärzten werden durch einen weiteren Sachverhalt verstärkt: Ökonomische Zwänge und die durch immense Arbeitsbelastung (Behandlung von durchschnittlich 700 Fällen/Quartal und zusätzliche Arbeitsbelastungen als Freiberufler) eingeschränkte zeitliche Flexibilität der niedergelassenen Nervenärzte setzen deren Einbindung in die gemeindepsychiatrische Verbundarbeit Grenzen. So ist es Nervenärzten in der Regel schon aus Zeitgründen nicht möglich, an Sitzungen im Rahmen von gemeindepsychiatrischen Verbänden / Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) oder gar an Fachtagungen teilzunehmen, zumal dann, wenn solche Termine mit den Praxis-Sprechzeiten kollidieren. In größeren Regionen kann die Verbundarbeit so umfangreich werden, dass eine Vertretung der Institutionen bei den zahlreichen Sitzungsterminen nur durch eine Verteilung auf verschiedene Schultern möglich wird.¹ Ein niedergelassener Nervenarzt kann sich, auch wenn er sich gemeindepsychiatrischen Konzepten verpflichtet fühlt, nur sehr begrenzt in die Verbundarbeit einbringen.

Die Nichtteilnahme der Nervenärzte wird dann zuweilen Ausweis für Desinteresse an der Verbundarbeit interpretiert. Diese Interpretation blendet einen weiteren Faktor aus: Der

¹ Beispielsweise sind für die verschiedenen Fachgruppen der PSAG Berlin-Mitte im Jahr 2007 allein rund 40 Sitzungstermine angesetzt.

niedergelassene Arzt erhält für die Teilnahme an solchen Sitzungen/Tagungen keine Vergütung, während für alle anderen Vertreter die Teilnahme finanzierte Arbeitszeit darstellt.

Umgekehrt wird manchmal von ärztlicher Seite der Vorwurf laut, dass SpDis die Betreuung von Klienten autonom und ohne Rückkoppelung mit dem behandelnden Nervenarzt durchführen und den Arzt nur in seiner Rolle als Verordner von Medikamenten "funktionalisieren".

Verschiedentlich wird von Nervenärzten eine bei SpDis vorfindliche bürokratische Mentalität beklagt. Versuche von niedergelassenen Nervenärzten, vom SpDi Unterstützung in aktuellen Behandlungsfällen zu erhalten, würden manchmal schon daran scheitern, dass außerhalb der Bürozeiten der SpDis nur der Anrufbeantworter zu erreichen wäre. Auch wird wiederholt von Erfahrungen berichtet, wonach dringende Bitten von Nervenärzten um Hausbesuche bei Patienten von SpDis unter Hinweis auf unzureichende personelle Ressourcen und auf eigene Terminplanungen abschlägig beschieden wurden. Solche Erfahrungen haben Nervenärzte mancherorts veranlasst, mögliche Unterstützungen durch den SpDi nicht mehr in Erwägung zu ziehen.

Interessant in diesem Zusammenhang sind auch Beobachtungen bei Nervenärzten, die nach einer Tätigkeit als Leiter eines SpDi in der gleichen Versorgungsregion eine Nervenarztpraxis eröffnet haben. In solchen Fällen soll es zwischen dem SpDi und dem jetzt niedergelassenen Kollegen nur noch sporadische Kontakte geben.

4.6 Kooperation SpDis / niedergelassene Psychotherapeuten

Eine Zusammenarbeit von SpDis mit niedergelassenen Psychotherapeuten kommt selten vor. Nach Einschätzungen von SpDis wird bei höchstens fünf Prozent der Klienten die Vermittlung an einen niedergelassenen Psychotherapeuten erwogen. Die Erfahrung zeige aber, dass solche Klienten oft nicht in der Lage wären, einen Therapeuten zu konsultieren. Wenn ein Klient tatsächlich mit Psychotherapeuten Kontakt aufnehmen würde, müsste er mit Wartezeiten von mehreren Monaten rechnen, und in der Zwischenzeit würde die Therapiemotivation verblasen. Darüber hinaus zeige die Erfahrung, dass schwierigere Klienten von Psychotherapeuten eher abgewiesen würden.

4.7 Folgerungen

Gegenwärtig hängt es weniger vom Schweregrad der Erkrankung bzw. von den individuellen Behandlungserfordernissen als vielmehr vom Zufall oder von örtlichen Gegebenheiten ab, ob überhaupt, in welchem Krankheitsstadium und von wem ein psychisch Kranker fachärztlich behandelt wird. Die Fälle, bei denen psychisch Kranke frühzeitig dem niedergelassenen Nervenarzt vorgestellt und von diesem gemeinsam mit dem SpDi nach einem abgestimmten arbeitsteiligen Vorgehen behandelt/betreut werden, sind eher selten. Das vielerorts bestehende Nebeneinander von SpDis und niedergelassenen Nervenärzten limitiert das Ergebnis der Bemühungen der gemeindepsychiatrischen Verbände um Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität.

Sind flankierende Interventionen im sozialen Umfeld eines nervenärztlich behandelten Patienten erforderlich und ist der SpDi aus welchen Gründen auch immer nicht bereit / in der Lage, diese Leistungen zu erbringen, kann sich für den niedergelassenen Nervenarzt die Notwendigkeit einer PIA-Überweisung ergeben, um nur das Behandlungsmodul "aufsuchende Hilfen" zu erschließen. Die Behandlungskontinuität würde damit unterbrochen und die Behandlung würde um ein Vielfaches teurer werden.

Die an die gesetzliche Verankerung von ambulanter Soziotherapie in der Gesundheitsreform 2000 geknüpften Erwartungen haben sich nicht erfüllt.¹ Die ambulante Soziotherapie wurde seinerzeit vom Bundesgesundheitsministerium gewürdigt als "erste und bisher einzige Leistung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, die der Vorgabe des § 27, Abs.1 SGB V 'Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen' folgt". Die Umsetzung des Gesetzes wird durch die Krankenkassen weitgehend blockiert.² Dabei wird von den Krankenkassen auch der betriebswirtschaftliche Nutzen von Soziotherapie keineswegs angezweifelt. In der Blockade wird ein grundsätzliches Problem deutlich: Das Augenmerk der Krankenkassen ist auf die Konstanzhaltung der Beitragsätze im laufenden und vielleicht auch noch im kommenden Jahr fokussiert. Für längerfristig angelegte Strategien ist oft kein Platz. Die durch die Gewährung von Soziotherapie entstehenden Mehrkosten stehen im Weg, auch wenn empirisch belegt ist, dass mit Soziotherapie mittelfristig um ein Mehrfaches höhere Einsparungen durch Vermeidung oder Verkürzung

¹ Bereits im Gesetzgebungsverfahren wurden von großen Krankenkassen grundsätzliche Einwände gegenüber der ihnen allein zugeschriebenen Kostenzuständigkeit vorgetragen. Auch nachdem Soziotherapie Gesetz war, wurde von einigen Krankenkassen offen ausgesprochen, dass mit dem § 37a SGB V eine Kostenverlagerung von originären Sozialhilfeleistungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen würde, mit der sie sich nicht einverstanden erklären könnten.

² In einigen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V wird die Gewährung von Soziotherapie als besondere IV-Leistung für die Versicherten angeboten. Die Nutzbarmachung von Soziotherapie setzt die Einschreibung eines Patienten in ein IV-Modell voraus. Der Nervenarzt kann Soziotherapie nur für die Patienten erschließen, die bei einer Krankenkasse versichert sind, mit der der Arzt einen IV-Vertrag abgeschlossen hat.

von Krankenhausaufenthalten erreichbar sind. Es zählen die Mehrausgaben von heute, nicht die Einsparungen von übermorgen. Die Verengung des Blickwinkels der Kostenträger auf die Ausgaben von heute ist ein ubiquitäres Problem, das nachhaltigen Reformen im Wege steht und das für alle Kostenträger gilt.

Ein Beispiel: Zwingt Ressourcenverknappung die Sozialhilfeträger zu Einsparungen, werden etablierte Einrichtungen (wie z.B. Heime) von Kürzungen ausgenommen, auch wenn eine solche nachgewiesen wenig kosteneffektiv arbeitet. Dazu müssten erst Verträge gekündigt werden, Widerstand der Träger wäre zu erwarten. Der Rotstift wird deshalb an freiwilligen Leistungen angesetzt. Für eine örtliche Psychiatrie-Initiative, die sich mit geringer Förderung erfolgreich in der Rückfallprävention engagiert, mag eine Kürzung der Förderung das endgültige Aus bedeuten. Dass mit dem Aus für diese Initiative auf den Sozialhilfeträger mittelfristig höhere Ausgaben zukommen werden, mag dabei unstrittig sein.

Die Integration von sozialen und psychologischen Hilfen in ein ganzheitliches Behandlungsprogramm für psychisch Kranke bleibt als elementare Forderung der Psychiatriereform häufig unerfüllt. Beispiele aus der Praxis zeigen, dass dort, wo guter Wille auf beiden Seiten vorhanden ist, in vertrauensvoller Kooperation zwischen niedergelassenen Nervenärzten und SpDis soziotherapeutische Hilfen "unterhalb der Schwelle" des § 37a SGB V Soziotherapie) oder des § 140 ff (Integrierte Versorgung) erbracht werden können.

In einer systematischen Kooperation zwischen niedergelassenen Nervenärzten, PIAs und SpDis liegen große Chancen für eine Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität. So ist, um ein Beispiel zu nennen, ein niedergelassener Nervenarzt schon aus zeitlichen Gründen im Regelfall nicht in der Lage, für seine Patienten evidenzbasierte Gruppenprogramme zur Psychoedukation oder kognitive Trainingsprogramme zu organisieren und diese selbst durchzuführen. Ein SpDi hätte eher die Möglichkeit, solche Programme anzubieten, gegebenenfalls mit Unterstützung des Nervenarztes bei einzelnen Programm-Modulen. Solche Programme könnten dann sowohl von den Klienten des SpDi als auch von den Patienten der Nervenärzte genutzt werden. Durch eine abgestimmte gemeinsame Betreuung von Patienten in psychiatrischen Wohngemeinschaften könnte eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden usw.

Wenn wechselseitige Ressentiments einer verbesserten Kooperation von SpDis und niedergelassenen Nervenärzten im Wege stehen und/oder wenn von den SpDis Dienstleistungen für niedergelassene Nervenärzte als Verlust von Autonomie abgewehrt werden, wird durch Appelle alleine kaum ein Aufbrechen des Nebeneinanders erreichbar sein. Hier wären die öffentlichen Gesundheitsverwaltungen als Leistungs- bzw. Kostenträger der SpDis gefordert, gemeinsam mit den niedergelassenen Nervenärzten Konzepte/Verfahrensweisen für eine

verbesserte wechselseitige Kooperation zwischen Nervenärzten und SpDis zu entwickeln, um dadurch fachlich gebotene Synergieeffekte auszuschöpfen.