

Versorgung von psychisch schwer kranken Patienten

Es ist Zeit für eine neue Psychiatrie-Enquête

Seit der Psychiatrie-Enquête 1975 hat sich die psychiatrische Versorgung in den Kliniken entscheidend verbessert, gibt der Nervenarzt und Psychotherapeut Dr. Heyo Prahm zu. Es hapert allerdings noch gewaltig in der ambulanten Versorgung. Um die leichter psychisch Kranken kümmern sich 18.000 Psychotherapeuten, um die schwer Kranken lediglich 5.000 Nervenärzten und Psychiater. Der größte Teil der ambulanten Honorare, so Prahm, geht damit an Psychotherapeuten – zulasten der schwer Kranken. An diesem Zustand seien Psychiater und Nervenärzte aber nicht ganz unschuldig.

Als Folge der Psychiatrie-Enquête sind die großen Anstalten verschwunden und in wesentlich kleinere, moderne Kliniken umgewandelt worden. Nach der Enthospitalisierung ist in der ambulanten Versorgung auch gesetzlich ein völlig neues System an ärztlichen und sozialpsychiatrischen Hilfen entstanden. Allerdings war diese Entwicklung abhängig von lokalen Initiativen, wie etwa in Oldenburg eine Vereinsgründung 1982 durch Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, den ich seit 1978 leitete. Jetzt allerdings droht der sozialpsychiat-

Als großes Problem erlebten wir die in Deutschland übliche Zersplitterung der Kostenzuständigkeiten mit Zuständigkeitsgeschiebe („Der Plumpsack geht um ...“). Es fehlt das Verständnis, dass schwer psychisch kranke Menschen immer gleichzeitig krank und behindert sind, was wiederum eine unterschiedliche Kostenzuständigkeit von Krankenkassen und Rehaträgern zur Folge hat. Zudem fehlt eine gesamtverantwortliche Bedarfsplanung für die ambulante psychiatrische Versorgung wie das im stationären Sektor selbstverständlich ist.

lokale Psychiatriepläne (ohne Verbindlichkeit) sowie ministerielle Psychiatrieausschüsse und Referenten (ohne Entscheidungsbefugnisse) die Entwicklung zu begleiten.

Der hohe Zeitaufwand für schwer psychisch Kranke ist das Hauptproblem

Die Rolle der niedergelassenen Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie war und ist an die Möglichkeiten der kasernenärztlichen Versorgung nach dem SGB V gebunden. Hauptproblem für diese Arbeit ist der hohe Zeitaufwand für schwer psychisch kranke Menschen. Dieser ergibt sich aus aufwändigen Behandlungsgesprächen mit oft unkooperativen Kranken sowie ihren sehr belasteten Angehörigen, weiter aus der Vermittlung notwendiger Hilfen wie Gespräche, Telefonate oder Berichte bei Behörden, Arbeitgebern, Ausbildungsstätten bis hin zu unplanbaren Notfallsituationen wegen häufiger depressiver Zusammenbrüche, akuter Erregungszustände und Suizidgefahr. Zudem werden zahlreiche schriftliche Stellungnahmen von Kostenträgern verlangt, die eine enge bürokratische Kontrolle der ärztlichen Empfehlungen und oft langwierige Verzögerung der möglichen Hilfen verursachen, mit daraus resultierenden weiteren zeitaufwendigen Stützungsge- sprächen.

Den Kinder- und Jugendpsychiatern ist es im zähen, jahrzehntelangen Kampf gelungen, nach § 85, 2 Satz 4 und § 43a SGB V, durch die so genannte „Sozialpsychiatrievereinbarung“ in der gesamten

» Derzeit nehmen die leichter Kranken den schwer Kranken die Ressourcen weg. «

rischen Versorgung das Aus. In unserem Oldenburger Beispiel erleben wir die grundsätzlichen Probleme.

In Zusammenarbeit mit den verschiedenen Kostenträgern entstand in Oldenburg unter dem Dach des „Oldenburger Vereins zur Förderung der psychischen Gesundheit“ ein Netz von so genannten flankierenden oder komplementären Einrichtungen, die schließlich als eigene gemeinnützige Gesellschaft verselbstständigt wurden. Später wurden auch eine ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie aufgebaut. Aus der Idee der „Behandlungskette“ entwickelten wir pragmatisch eine Integrierte Versorgung, in die wir auch die Ärzte einbezogen.

Wir haben bis heute eine sehr unterschiedliche Versorgungsqualität und -struktur in den einzelnen Regionen Deutschlands, abhängig von lokalen Initiativen und nirgendwo befriedigend organisiert. Diese Initiativen gingen meist von den Fachleuten und Angehörigen aus, waren gemeinnützig orientiert und leisteten mit viel Idealismus und hohem persönlichem Einsatz mit viel Spendengeldern den Aufbau ambulanter Strukturen so gut es ging. Die Gesetzgebung half allmählich auf der Basis der Psychiatrie-Enquête, in den einzelnen Sozialgesetzen rechtliche Leistungsansprüche zu etablieren, psychiatrische Dienste bei den Gesundheitsämtern einzurichten und durch

Republik in den Praxen diese zeitaufwendige Arbeit mit großem Erfolg zu leisten, finanziert durch eine Pauschale zusätzlich zur hierfür nicht ausreichenden ärztlichen Gebührenordnung.

In der Erwachsenenpsychiatrie, in der die „Sozialpsychiatrie“ ja erfunden wurde, ist Vergleichbares bis heute nicht gelungen. Nach zähem Ringen wurden in den letzten zehn Jahren die ambulante psychiatrische Pflege und die Soziotherapie als verordnungsfähige Leistungen gesetzlich verankert, aber kaum etabliert aufgrund einer sehr restriktiven Haltung der Kassen bei der Genehmigung dieser Dienste. Wo sie vorhanden sind, lässt sich aber schon viel damit bewirken. Diese Kooperation ist aber normalerweise nicht organisiert und daher vom guten Willen der Beteiligten abhängig, wenn es nicht gelingt, diese Dienste und die weiteren flankierenden Hilfen aus den anderen

Sozialgesetzbüchern in einem einheitlichen Rehaverbund zu organisieren. In Oldenburg ist dieser Rehaverbund in einheitlicher Trägerschaft (Zentrum für medizinische und berufliche Rehabilitation,

lich sind die Psychiater in der ärztlichen Honorierung ohnehin das Schlusslicht. Für einen psychiatrischen Patienten wird pro Quartal dem Arzt ein Honorar von 35 bis 50 Euro je nach Bundesland gezahlt.

» Wir wiederholen in gewisser Weise die Ausgrenzung der schwer psychiatrisch Kranken. «

ZmbR gGmbH) eine integrierte Versorgungsstruktur über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg – allerdings noch in loser Kooperation mit dem Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten.

Das größte Problem bleibt aber die fehlende Finanzierung des ärztlichen Zeitaufwandes, wodurch der sozialpsychiatrische Elan der 1980er- und anfänglichen 1990er-Jahre verloren ging. Zusätz-

Die Ärzte können also Psychiatrie nur betreiben, wenn sie auch andere Quellen erschließen, wie es bei mir persönlich die eben besser bezahlte Kinder- und Jugendpsychiatrie war. Zusätzlich kann man sich an den zahlreichen Begutachtungen beteiligen oder in die Psychotherapie ausweichen. Psychiatrie selbst ist eine Hobbyveranstaltung aus ärztlichem Idealismus – zu wenig für eine verlässliche

Anzeige

Versorgungsstruktur. Eine unserer niedergelassenen Kolleginnen hat im letzten Herbst ihre große Praxis aus diesen Gründen aufgegeben und ist als Angestellte mit vielen ihrer Patienten in die Institutsambulanz gegangen – für die Krankenkassen sicher nicht billiger.

Jüngere Psychiater setzen auf die besser bezahlte Psychotherapie

Deshalb hat die Zahl der psychiatrisch tätigen Ärzte in den vergangenen zehn Jahren um etwa 30 Prozent abgenommen, wie interne Untersuchungen des niedersächsischen Berufsverbandes der Nervenärzte gezeigt haben. Jüngere Psychiater bevorzugen die psychotherapeutische Tätigkeit, da sie wesentlich besser bezahlt wird – etwa 350 Euro pro Patient und Quartal – und all die genannten aufwändigen Tätigkeiten der Psychiatrie entfallen. Selbst die hier notwendigen

leichter Kranken den schwerer Kranken die Ressourcen weg, und der höhere psychiatrische Bedarf bleibt unerkannt.

Inzwischen wird ein heftiger Streit zwischen den psychotherapeutischen Berufsverbänden und den Psychiatern wegen dieser Zahlen ausgetragen, wobei die Psychotherapeutenverbände allen Ernstes behaupten, sie würden genauso schwere psychische Krankheiten wie Schizophrenie, bipolare Psychosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen behandeln wie die Psychiater. Mit anderen Worten: Letztere sind eigentlich überflüssig, und Psychopharmaka sind ja ohnehin von Übel. Diese Entwicklung und dieser Streit sind nur möglich geworden, weil die Psychiater (und psychiatrisch tätigen Nervenärzte) in den Jahren seit der Psychiatrie-Enquête keinen Unterschied zwischen leicht und schwer psychisch Kranken gemacht haben. Viel-

kenden Symptomatik, mit deutlich erhöhter Mortalität. Wir haben uns geschaut, diesen „Krebs der Seele“ beim Namen zu nennen. Stattdessen haben wir die Verleugnung unserer Patienten mitbetrieben durch unser Schweigen. Vielleicht ist das ein Grund, warum Psychiater so merkwürdig wenig durchsetzungsfähig im öffentlichen Verteilungskampf bleiben.

Gesetzliche Vorgaben werden nicht richtig umgesetzt

Dabei haben in den Jahren nach der Psychiatrie-Enquête die anfangs sehr erfolgreichen Psychiatrieverbände wie die Aktion Psychisch Kranke oder die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie eindrucksvolle gesetzliche Regelungen für psychisch Kranke erreicht. Dazu gehören die schon erwähnte Regelung der Sozialpsychiatrievereinbarung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ebenso für die Erwachsenenpsychiatrie gelten könnte, bis hin zu den weitgehend Wunsch gebliebenen Bestimmungen zur psychiatrischen Pflege und Soziotherapie.

Es finden sich weitere Spezialbestimmungen in den Sozialgesetzbüchern: So heißt es im schon erwähnten § 85 SGB V in Absatz 4, Satz 4: „Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie, der Fachärzte für Psychiatrie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin ... zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“ Diese Bestimmung ist nur bei den Psychiatern und Nervenärzten nicht umgesetzt! Schon in § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V heißt es: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.“

Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wird das Zusammenwirken der einzelnen Sozialgesetzbücher geregelt. In § 10, Abs. 3 heißt es wieder: „Den besonderen Bedürfnissen seelisch Behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.“

» Wir haben uns geschaut, diesen Krebs der Seele beim Namen zu nennen. «

Psychotherapieanträge werden gut bezahlt. Da man hier nach dem Psychotherapeutengesetz genauso wie die nicht-ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten arbeitet, kann man sich außerdem die Patienten aussuchen und ist nicht in die nervenaufreibende Akut- und Notfallversorgung eingebunden. So ist es denn kein Wunder, dass wir inzwischen in Deutschland rund 18.000 Psychotherapeuten, aber nur 5.000 Nervenärzte haben. Letztere versorgen aber etwa drei Viertel der psychiatrischen Patienten, die vielen Therapeuten nur das restliche Viertel. Die Finanzmittel sind jedoch genau umgekehrt verteilt, die große Zahl der psychisch Kranken bei den Nervenärzten und entsprechend tätigen Psychiatern muss mit lediglich einem Viertel der Gesamtsumme an ambulanten Honoraren behandelt werden. In den Statistiken zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung wird dieser Sachverhalt verdeckt, weil nicht ausreichend zwischen psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit unterschieden wird und deshalb scheinbar Vollversorgung herrscht. Aber es nehmen die

mehr haben sich die Psychiater wohl auch aufgrund der deutschen Geschichte aus Angst vor Stigmatisierung der psychiatrischen Patienten und ihrer Ärzte versteckt, indem sie den Begriff „psychisch Kranke“ bevorzugten, der auch Psychotherapiepatienten einschließt, und die eigene psychotherapeutische Kompetenz betont. Das höhere gesellschaftliche Ansehen der Psychotherapie, die Hoffnung auf Heilung „im Gespräch“ ohne Medikamente, die fehlende Unterscheidung von Psychotherapie und Psychiatrie bis hin in die kassenärztlichen Statistiken haben das allgemeine Bewusstsein von der Existenz und den Erfordernissen schwerer psychischer Erkrankungen bis heute verhindert. So wiederholen wir in gewisser Weise die Ausgrenzung der schwer psychiatrisch Kranken.

Unser Schweigen hat die Verleugnung der Patienten gefördert

Wir Psychiater haben uns zu sehr geschaut, die Schwere der Erkrankungen unserer Patienten als das zu bezeichnen, was sie sind: Krankheiten mit einer lebensverändernden und stark einschrän-

Warum wird all diesen Bestimmungen für psychiatrisch schwer kranke Menschen bei der ärztlichen Behandlung nicht Rechnung getragen, bei den leichter Kranken aber sehr wohl? Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben für die, für die sie ursprünglich geschaffen wurden, wäre ein erster Schritt, um den Knoten der verworrenen ambulanten Versorgungssituation zu lösen, etwa durch eine zeit- und aufwandsgerechte Zusatzpauschale der gesprächs- und organisationsintensiven ambulanten Tätigkeit des Psychiaters, so wie es das etwa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in der Methadonsubstitution längst gibt.

Ökonomisierung der Psychiatrie als Rettung?

Allmählich wird den Kostenträgern, vor allem den Krankenkassen, die Entwicklung in der Psychiatrie aber zu teuer. Besonders die hohe Zahl der Krankentage, der Frühverrentungen und der stationären Behandlung fallen auf und führen zu betriebswirtschaftlich konstruierten Modellen der Versorgung mit Angebotspaketen für schwer psychisch Kranke. Die steigende Zahl psychischer Erkrankungen, Fehltag und Frühverrentungen hat vermutlich mit der zunehmenden Dekompensation vieler Menschen in den Bedingungen unserer modernen Lebens- und Arbeitswelt zu tun, dennoch gibt es bei den schwer psychisch Kranken keine Zunahme: Ihre Prävalenz ist über die Zeiten und Kulturen konstant. Allerdings wirken sich mangelhafte Behandlungsstrategien kostentreibend aus, vor allem der bekannte Drehtüreffekt mit häufiger stationärer Aufnahme von stationär zu kurz und ambulant mangelhaft versorgten Patienten.

Das hat zur Rückbesinnung auf das Konzept der vernetzten Versorgung mit der jetzt so genannten „Integrierten Versorgung“ geführt, festgelegt im § 140 SGB V. In fast allen vergleichbaren westlichen Ländern gibt es längst ein integriertes Versorgungssystem, das wir in Deutschland in unserer zersplitterten Zuständigkeits- und Versorgungslandschaft jetzt mühsam angehen wollen. Ein einheitlich organisiertes Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Versorgung, von ärztlicher Behandlung und sozialpsychiatrischen Hilfen einschließ-

lich Rehabilitation war als Idee der Behandlungskette besonders aus den angelsächsischen Ländern übernommen worden. Davon sind aber auch die derzeitigen Integrationsmodelle weit entfernt. Die Debatte ist auf den einen Sektor der Krankenkassen (SGB V) beschränkt und kreist im Kern um die Vernetzung von ärztlicher Verordnung und psychiatrischer Pflege. Dabei sollen die Ärzte durch eine Pauschale eingebunden werden, in den kommerziellen Modellen abhängig vom Gewinn im System durch

gung. Die Tätigkeit des Arztes wird bei solchen Entwicklungen neben den allgemeinen Problemen der niedergelassenen Ärzte (Regressbedrohung, Bürokratieflut) gerade in der Psychiatrie immer fragwürdiger, da er zunehmend zum Agenten der Kostenträger und kommerziellen Anbieter oder zum Opfer seiner eigenen wirtschaftlichen Überlebenslogik wird und immer weniger Anwalt des Patienten sein darf. Man kann es nur als Verzweiflungstaten ansehen, wenn die Psychiater sich entweder der reinen Psy-

» Es sind wohl Verzweiflungstaten, wenn sich Psychiater der Psychotherapie zuwenden oder ihre therapeutische Freiheit an kommerzielle Anbieter verkaufen. «

Einsparungen im stationären Sektor. Die traditionelle Konkurrenz zwischen Krankenhaus und ambulanter Behandlung wird dabei nicht aufgehoben, sondern verschärft, da inzwischen auch die Institutsambulanzen der Krankenhäuser mit ihrer wesentlich besseren Bezahlung bereits einen erheblichen Teil der ambulanten Behandlung übernommen haben. Auch die von Ärzteverbänden selbst initiierten Modelle einer Integrierten Versorgung können die Grenzen des SGB V nicht überwinden. Die Psychotherapie muss sich in diesen Modellen der Integrierten Versorgung wieder einmal nicht beteiligen.

Ärzte werden zunehmend zu Agenten der Kostenträger

Die psychiatrischen Leistungen der anderen Kostenträger sind nicht einbezogen, etwa die Leistungen des Arbeitsamtes, der Rentenversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe oder des Sozialamtes (SGB III, VI, VIII, XII). Auch die Justiz erbringt an den Krankenkassen vorbei Leistungen, nämlich über die gesetzliche Betreuung vieler psychisch Kranker nach BGB und durch die stark angewachsene Forensik im Maßregelvollzug nach STGB mit 10.000 Betten (inzwischen 10 Prozent aller Psychiatriebetten) und einer Milliarde Kosten im Jahr. Sie deckt damit einen wesentlichen Anteil an der psychiatrischen Versor-

chotherapie zuwenden oder ihre therapeutische Freiheit für eine Pauschale an kommerzielle Anbieter verkaufen.

So entwickelt sich die deutsche Psychiatrie derzeit in eine zerstörerische Richtung und entfernt sich immer mehr von den einstmalig einstimmig im Bundestag beschlossenen Ideen der Psychiatrie-Enquête von 1975. Wir sind in Gefahr, unser bisher trotz allem relativ gut entwickeltes Versorgungssystem zu ruinieren und die schwer psychiatrisch kranken Menschen unter uns und ihre Angehörigen wieder einmal im Stich zu lassen. Nach über 30 Jahren ist es offenbar an der Zeit, eine erneute Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu verfassen – eine Bilanz der Psychiatrie-Enquête von 1975. □

AUTOR

Dr. med. Heyo Prahm

Nervenarzt – Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiater

1. Vorsitzender des Oldenburger Vereins zur Förderung der Psychischen Gesundheit (VPG) e.V.