

Die Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft

Vortrag von Frau Dr. med. Cornelia Goesmann

Vizepräsidentin der Bundesärztekammer im Rahmen der Psychiatriewoche 2007 des sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover am 02.07.2007

Mein Vortrag im Rahmen der Veranstaltung der diesjährigen Psychotherapiewoche wird sich befassen mit den Problemen der Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft.

Es ist nicht vermessen, zu behaupten, dass es wenige Länder auf der Welt geben dürfte, die eine so umfangreiche Gesetzgebung und Hilfeangebote für psychisch Kranke aufweisen und vorhalten wie die Bundesrepublik Deutschland. Schon beim Studieren des Flyers für die derzeitige Psychiatriewoche finden wir neben Hinweisen auf das niedersächsische Psych-KG, dass nun sein 10. Jahr begehen kann, viele Begrifflichkeiten und Örtlichkeiten, die sich mit der Versorgung psychiatrisch Kranker befassen: So darf ich nennen den regionalen Fachbeirat Psychiatrie, die Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation, den Verein Psychiatrieerfahrener, beta-REHA, diverse Kontaktstellen und Tagesstätten, diverse Selbsthilfegruppen, Kreativschulen und Kunstwerkstätten, die sich um psychisch Kranke bemühen. Darüber hinaus die Begriffe Sozialpsychiatrischer Dienst, Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, es werden diverse Pflegeheime gar mit Bewohnerkinos genannt, es finden sich Wohnheime, Landeskrankenhäuser, Viktorarbeitsgemeinschaften, Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstellen für Psychiatrieerfahrene und ihre Angehörigen, und letztlich der Psychiatriekoordinator und der Sozialpsychiatrische Verbund.

Über die in diesem Flyer hinaus erwähnten, an der Versorgung psychisch Kranker Beteiligten, findet sich im Rahmen der Gemeindepsychiatrie ein fein gesponnenes Netz zur Sicherstellung der Versorgung psychisch Kranker in der Region einschließlich der Hilfe bei psychiatrischen Notfällen und der langfristigen Versorgungsplanung.

Darüber hinaus vertrete ich die niedergelassene Ärzteschaft, die mit ihren Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie sowie für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, mit ihren Allgemeinärzten und den Psychologischen Psychotherapeuten, die ebenfalls im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung tätig sind, an der Versorgung mitwirken.

Dass die gesamte Ärzteschaft ein hohes Interesse an einer adäquaten Versorgung im Rahmen eines sozialpsychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Konzeptes hat, zeigte der vorletzte Deutsche Ärztetag im Jahr 2006, dessen medizinisches Hauptthema die Betreuung psychisch Kranker darstellte. Die beiden entscheidenden Tagesordnungspunkte lauteten:

„Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ und

„Stärkung und Förderung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“.

Aber dann fangen auch schon die Probleme an!

Viele Ärztinnen und Ärzte der Region werden nicht wissen, dass seit 1994 in der Region Hannover das Konzept der personenbezogenen individuellen Hilfe für psychisch chronisch Kranke und der Sozialpsychiatrische Verbund existieren. Dass häusliche psychiatrische Krankenpflege verordnet werden kann, dass wir uns an sozialpsychiatrische Beratungsstellen wenden und weitere Hilfen in Anspruch genommen werden können. Das Erste aufzuzeigende Problem scheint mir, dass die Verknüpfung zwischen den existierenden Strukturen der Gemeindepsychiatrie und des sozialpsychiatrischen Verbundes mit der

medizinischen Regelversorgung, wie sie durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt wird, mangelhaft ist. Es bedarf zukünftig einer deutlich besseren Vernetzung zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und den verschiedenen Anbietern im sozialpsychiatrischen Bereich sowie an der Schnittstelle zur ambulanten häuslichen und psychiatrischen Krankenpflege, zu Sozialarbeit, zu den Kliniken mit ihren Institutsambulanzen, zu Selbsthilfegruppen und letztlich den koordinierenden und administrativ Tätigen von Land, Region und Stadt Hannover.

Problembereiche aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft, die ich in diesem Zusammenhang nur streifen kann, die aber unbedingt über eine stärkere Vernetzung gemeinsam angegangen werden müssen, sind eine verbesserte vor allem präventive Betreuung von gefährdeten oder manifest psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, bessere Vernetzungsstrukturen im Bereich der Suchtmedizin sowie der Versorgung wohnungsloser Menschen, die ja sehr häufig gleichzeitig psychisch erkrankt sind und eine Suchtproblematik aufweisen, sowie die Versorgung illegalisiert und traumatisiert hier lebender Migranten, die sich der Regelversorgung völlig entziehen.

Wer langjährig an der Versorgung psychisch kranker Menschen teilgenommen hat, erlebt, dass durch die verbesserte Fürsorge diese Patienten eine deutlich höhere Lebenserwartung aufweisen und dadurch noch viele Jahre länger betreut werden können und dürfen, als wir das bisher kannten. Hier zeigt sich immer deutlicher, dass psychiatrisch Kranke i.d.R. eine Komorbidität, d.h., gleichzeitige Erkrankungsrate an körperlichen Erkrankungen aufweisen, d.h. zumeist körperlich kränker als gleichaltrige psychisch gesunde Bevölkerungsgruppen sind. Dies hängt, wie wir inzwischen wissen, von schlechteren Lebensbedingungen, erhöhtem Medikamenten- und Suchtmittelgebrauch sowie von der mangelnden Inanspruchnahme präventiver Angebote ab. Bei unserer Klientel älterer psychiatrisch Kranker findet sich eine extrem hohe Rate an Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf- und Lungenschäden. Aus diesem Grunde sind für chronisch psychiatrisch kranke Patientinnen und Patienten nicht nur eine intensive Betreuung ihrer psychischen Erkrankung, sondern parallel dazu die somatische Versorgung zwingend notwendig. Die zuvor beschriebene Vernetzung zwischen niedergelassener Ärzteschaft und den an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten erfordert ein Umdenken dahingehend, dass sowohl die gesetzlichen Betreuer, wie auch Angehörige und Mitarbeiter von Institutsambulanzen, Heimen und Beratungsstellen stetig die körperliche Gesundheit ihrer Betreuten fördern und sie enger an Hausärzte und Fachärzte anbinden müssen. Dies scheint mir umso wichtiger, als psychisch Kranke zu Selbstaufgabe und Isolation neigen und Aufgabe ihrer Betreuungspersonen wäre, diese Patienten zu einer Selbstannahme ihres Körpers und ihrer körperlichen Gebrechen hinzuführen.

Einräumen muss ich an dieser Stelle auch die (aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft) absolut unzureichende Versorgung psychiatrisch Kranker durch Fachärzte für Psychiatrie und Nervenärzte. Zwar konnten wir seit dem Jahre 2000 eine gestiegene Anzahl niedergelassener Ärzte für Psychiatrie von etwa 120 auf 150 Kolleginnen und Kollegen im Jahr 2006 feststellen, aber wir müssen auch konstatieren, dass ein beträchtlicher Teil der weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzte in den PPP-Fächern nicht in die „echte“ Betreuung psychiatrisch Kranker im Sinne einer Sozialpsychiatrie geht, sondern sich entweder mehr der Betreuung neurologisch Kranker oder der Psychotherapie widmet. Die Gründe hierfür liegen in der unzureichenden Honorierung der psychiatrischen Tätigkeit, die sich insbesondere dann nicht rechnet, wenn andere Berufsgruppen innerhalb der eigenen Praxis, wie etwa psychiatrisch geschulte Pflegekräfte und Sozialarbeiter oder Psychologen, eingestellt werden und an der Behandlung teilnehmen sollen. Ein niedergelassener Psychiater erhält durch die starre Budgetdeckelung des Gesamthonorars für den ambulanten ärztlichen Bereich ein Honorar, das um etliches niedriger liegt, als jenes, das die Institutsambulanzen mit den Krankenkassenverbänden aushandeln konnten. So weichen viele, deren Herz ehemals für die Versorgung schwer und komplex psychisch Erkrankter geschlagen hat, in die Neurologie oder eben in die deutlich besser organisierbare und

weniger anstrengende Tätigkeit der Psychotherapie aus. Als Hindernisse für eine umfassende ambulante sozialpsychiatrische Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie nenne ich zusammenfassend nochmals folgende Punkte:

1. Ein viel zu niedriges Honorar pro Fall, das derzeit etwa bei 100 Euro für ein Quartal, d.h. für die Betreuung eines Kranken innerhalb von 3 Monaten liegt.
2. Steigende Patientenzahlen, die von der geringen Anzahl psychiatrisch tätiger Praxen nicht mehr zu bewältigen sind und nicht etwa wenigstens zu mehr Honorar führen würden, sondern unter dem gedeckelten Budgettopf bei gleich bleibendem Honorar versorgt werden sollen.
3. Niedergelassene Psychiater erleben einen zunehmenden Konkurrenzvorteil durch die gut bezahlten und gut ausgestatteten Institutsambulanzen der Kliniken.
4. Darüber hinaus sei an dieser Stelle auch auf die Verordnungsproblematik von teuren Psychopharmaka im ambulanten Bereich hingewiesen, die einer engagierten, umfassenden Patientenversorgung entgegensteht.

So werden jährlich mit den Krankenkassenverbänden Niedersachsens sog. Richtgrößen, die den einzelnen Fachgruppen vorgeben, wie viel Arzneimittelausgaben pro Patient sie pro Quartal tätigen dürfen, ausgehandelt werden. Bei Überschreitung des Gesamtbudgets, das einem Arzt oder einer Ärztin hiermit zur Verfügung gestanden hat, wird die entsprechende Summe direkt vom Honorar durch die Krankenkassenverbände einbehalten. Da gerade die modernen Psychopharmaka, besonders die hoch potenten Neuroleptika und neuen Antidepressiva, bei leitliniengerechter Verordnung zu extremen Überschreitungen der Praxisbudgets führen und die entsprechenden Ärztinnen und Ärzte den Ärger, den Zeitaufwand und die finanziellen Probleme einer Richtgrößenüberschreitung fürchten, ergeben sich erhebliche Problematiken für die Verordnung moderner Arzneimittel im ambulanten Sektor, z.B. eine größer werdende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich dem nicht mehr aussetzen will.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Ich habe Ihnen aufgezeigt, dass die von uns allen gewünschte und gelebte und vom Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke von 1997 sowie dem Sozialpsychiatrischen Verbund unterstützte und geförderte optimale Versorgung psychisch Kranker in unserer Region noch behindert wird vor allem durch finanzielle und strukturelle Stolpersteine und Probleme, deren Verbesserung wir uns sicher alle widmen möchten. Positive Beispiele und erste Erfolge hierzu bieten bundesweit neue Modelle zur integrierten Versorgung, die ja nach dem Sozialgesetzbuch V zwischen regionalen Anbietern und Krankenkassenverbänden mit zusätzlicher Vergütung ausgehandelt werden konnten.

An Politik und Krankenkassenverbände gilt es daher folgende Forderungen zu erheben: Grundsätzlich notwendig ist eine finanzielle Förderung psychiatrischer Leistungen durch die Krankenkassen mit einer Anhebung der Praxisvergütung auf das Niveau der psychiatrischen Institutsambulanzen. Bewährte Modellprojekte integrierter Versorgung sollten auf einem adäquaten Vergütungsniveau in flächendeckende Versorgungsverträge nach § 73 c des SGB V übernommen werden. Darüber hinaus muss der Verordnungsmehrbedarf von chronisch psychiatrisch Erkrankten sowohl bei den Richtgrößenverhandlungen als auch in der Verordnungsprüfung ausreichende Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus muss weiterhin ausdrücklich darauf verwiesen werden, dass Niedersachsen trotz erfolgreicher Richtgrößenverhandlungen für das Jahr 2007 immer noch im Bundesvergleich ganz hinten ansteht und niedersächsische Ärztinnen und Ärzte deutlich

weniger Geld für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ausgeben können, als die Kollegen in anderen Bundesländern. Es darf nicht länger so sein, dass die niedersächsische Bevölkerung, insbesondere die chronisch Kranken, eine schlechtere Arzneimittelversorgung erhalten, als die Menschen bundesweit.

Abschließend möchte ich als Vorsitzende der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen, d.h. also als Vorsitzende der 11.000 hannoverschen Ärztinnen und Ärzte einige ganz pragmatische Vorschläge machen, wie wir gemeinsam in der Region die Vernetzung verbessern und die Versorgung psychisch Kranker optimieren können:

1. Ich würde es sehr begrüßen, wenn Bezirksstelle und Fachbereich Gesundheit der Region Hannover gemeinsam ein Adressverzeichnis aller Versorgungsstrukturen und Anlaufpartner für psychisch Kranke in der Region erstellen bzw. Vorhandenes überarbeiten und anpassen würden, und allen Ärztinnen und Ärzten in der Region zur Verfügung stehen könnten.
2. Es gilt noch einmal gemeinsam abzuklären, wer bei psychosozialen Krisen unserer Patientinnen und Patienten wofür zuständig ist. Ich darf an dieser Stelle den kleinen Hinweis anbringen, dass die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen mit ihren Sprechzeiten nicht immer die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzten der Region abdecken, so dass auch hier ein verbesserter Koordinierungsbedarf besteht.
3. Im Rahmen der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung bei Kindern hatte ich bereits Kontakt mit dem kommunalen Sozialdienst aufgenommen. Auch hier sollte trotz einer Tendenz, im Rahmen von Sparmaßnahmen Strukturen abzubauen denn aufzubauen, der Kontakt zwischen Ärzteschaft und Kommune deutlich verbessert werden.
4. Außerordentlich wünschenswert fände ich Kontaktgespräche, d.h. einen regelmäßigen Austausch zwischen Hausärzten und Fachärzten für Psychiatrie auf der einen Seite, vertreten durch die Bezirksstelle von Kammer und KV, mit dem Arbeitskreis Sozialpsychiatrie oder den sozialpsychiatrischen Diensten der 11 Sektoren in der Region auf der anderen Seite. Hier wären sowohl Fallkonferenzen über gemeinsam betreute Patientinnen und Patienten wie auch ein gegenseitiges Kennenlernen und eine bessere Verknüpfung von Regelversorgung mit Gemeindepsychiatrie denkbar. Einbezogen werden in diese Gespräche könnten darüber hinaus Vertreter der psychiatrischen Kliniken und ambulante Pflegedienste.

Dass dies landesweit schon in interdisziplinären Qualitätszirkeln geschieht, möchte ich als sehr positives Beispiel erwähnen, aber gerne noch innerhalb meiner Bezirksstelle auf institutionalisierte Beine stellen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Angesichts der demographischen Entwicklung, der besseren Betreuung chronisch Kranker und der Fortschritte der modernen Medizin werden wir in den nächsten Jahrzehnten mit einer starken Zunahme psychischer Erkrankungen, vor allem im Bereich der Altersdemenz rechnen müssen. Um die Versorgung dieser Patientengruppen adäquat schultern zu können, sollten nicht nur dringend die geschilderten strukturellen Maßnahmen durch Krankenkassen, Politik und unsere regionalen Organisationen im Großen wie im Kleinen umgesetzt werden, sondern werden auch wir alle in unserem gemeinsamen, interprofessionell getragenen Engagement fortfahren müssen. Für die gute Zusammenarbeit der letzten Jahre danke ich allen Beteiligten sehr herzlich und hoffe, dass wir diese gemeinsam fortsetzen können!