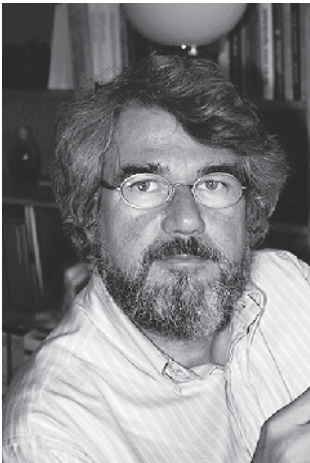


Ungleichheit in der Versorgung

Inequity in medical care



Vor fast 40 Jahren hat einer der berühmtesten englischen Allgemeinärzte, Julian Tudor Hart, in einem Artikel im *Lancet* (1971, Vol 1: 405–12) als erster den Begriff des Inverse Care Law beschrieben. Anhand von Daten aus dem englischen Gesundheitswesen hat er nachgewiesen, dass diejenigen, die am kränksten sind, am wenigsten an Versorgung erhalten. Da zudem Krankheit stark sozial geprägt ist, beschrieb das

Inverse Care Law sogleich auch eine soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung.

In diesem Heft beschreibt Melchinger ein ähnliches Skandalon 40 Jahre später für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland: Diejenigen, die nach unser aller Sicht sicher am schwersten krank sind, die psychiatrischen Patienten, erhalten einen Bruchteil an – in Geld ausgedrückt – Versorgungsleistungen im Vergleich zu denjenigen, die Psychotherapien erhalten und damit, dies wird wahrscheinlich auch nicht bestritten, mehrheitlich leichtere Formen psychischer Störungen oder Erkrankungen haben.

Und auch hier handelt es sich um ein soziales Phänomen: Die Raten psychiatrischer Erkrankungen sind in sozialen Unterschichten zwei- bis dreimal so hoch wie in Mittel- und Oberschichten.

Wir als Hausärzte bemerken schon lange etwas von diesem Inverse Care Law: Psychiater haben für ihre Patienten – nach deren uns geschilderter Sicht – häufig nur weit auseinanderliegende und häufig nur sehr kurze Termine. Sie veranstalteten bis vor Kurzem, als dies noch durch die Gebührenordnung belohnt wurde, einigen „technischen Klimbim“, den wir nur so deuten konnten: Um überhaupt noch ihrer Aufgabe gerecht werden zu können, müssen sie wohl so einen Teil des Geldes – in einer Mischkalkulation – verdienen; denn die Fallwerte sind extrem niedrig gehalten.

So kommt es – wir wissen es aus unterschiedlichen Quellen – nicht selten vor, dass bei uns die psychiatrischen Patienten häufiger und ausführlicher über sich zu reden sich in der Lage sehen als beim Psychiater. Die von Patienten geschilderte Behandlung und Atmosphäre beim Psychiater, im Vergleich zum Psychotherapeuten, macht uns immer wieder – hier etwas überzogen ausgedrückt – die Ungleichheit deutlich: Hier ist eher hektisches Durchschleusen, dort heilsame Ruhe, Raum für das Besinnen – diese Unterschiede dürften nicht durch die unterschiedlichen Erkrankungen allein erklärt sein.

Ein solches Skandalon verdrehter Leistungszuweisung in Relation zur Schwere der Störung kann aber nicht Anlass dafür sein, grundsätzlich die Psychotherapie und die Notwendigkeit für Psychotherapie in Zweifel zu ziehen. Es stellt sich aber sehr wohl die Frage, wie es zur Indikationsstellung und Bewilligung von Psychotherapie in der Versorgung kommt, und ob gesellschaftliche Regulation darauf ausgerichtet ist, im gesamten Feld der Versorgung psychisch Kranker mehr Gleichheit – und damit Adäquatheit – in der Zuweisung von Mitteln zu erreichen.

Wenn wir unsere Patienten mit psychischen Krankheiten als erlebte Beispiele vor uns sehen, dann wissen wir die Antwort: Es gibt keine Hinweise darauf, dass etwas für mehr Gleichheit in der Versorgung geschieht, die hier erst einmal mehr Adäquatheit in der Zuweisung von Mitteln für die Versorgung im psychiatrischen Bereich bedeuten würde.

Dies wird in Deutschland nicht aus eigener Kraft der Ärzteschaft und der Krankenkassen gelingen. Da es sich aufgrund der sozialen Verteilung der psychiatrischen und der neurotischen Erkrankungen aber zugleich immer auch um ein soziales Phänomen handelt, bleibt zu hoffen, dass hier die Gesellschaft insgesamt – vertreten durch den Staat – eingreift.

Dabei bestehen zwei Möglichkeiten: Mehr Geld ins System der Versorgung psychisch Kranker insgesamt oder Neuverteilung der vorhandenen Mittel im Sinne der Mehrzuweisung in den psychiatrischen Bereich – genommen aus dem für die Psychotherapien. Politik wird immer den letzteren Weg präferieren und hätte möglicherweise hierfür auch sehr gute Argumente. Zumindest als Beobachter, der man ja als Hausarzt ist, erscheint manches in Bezug auf durchgeführte Psychotherapien recht luxuriös – zumindest im Vergleich zu dem, was die ganz Elenden erhalten.

Wir müssen in diesem Zusammenhang aber auch sehen, dass kulturell ein Mehranspruch auf sprechende und verstehende Zuwendung, also auf ein Grundprinzip von Psychotherapie, gewachsen ist – dies nicht zuletzt auch, weil Familie, Gruppe, soziale Verbände und Kirche als stützende Institutionen immer mehr in den Hintergrund getreten sind. Dies allein schon könnte einen Mehraufwand für Psychotherapien für mehr Patienten rechtfertigen. Dies hieße: Mehr Geld in den Bereich der Versorgung psychisch Kranker, nicht Umverteilung allein.

Aber ist es nur ein Geldproblem? Würde ein Mehr an Geld im Bereich der Psychiatrie diese auch sprechender und verstehender machen? Ist inzwischen das Krankheitskonzept der Psychiatrie überhaupt noch auf Verstehen und Sprechen ausgerichtet? Diese Fragen würde ich persönlich mit Nein beantworten – sodass das Problem wieder einmal komplizierter ist, als es allein über Geldströme regeln zu können.

Ihr Harald Abholz