

Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten

Care for patients with psychological illness: uneven chances

Heiner Melchinger¹

Hintergrund: Der ambulante psychiatrische Versorgungsbedarf nimmt kontinuierlich zu und mit ihm steigen die Gesamtausgaben für die Versorgung. Es bestehen Zweifel, dass die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen in der Lage sind, eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung sicherzustellen.

Methoden: Ausgewertet werden Struktur- und Leistungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung (Daten der KBV, Daten einzelner KVen und Daten von Krankenkassen) sowie vielfältige Positionsbeschreibungen zur ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Ergebnisse: In der psychiatrischen Versorgung sind Fehlentwicklungen zu beobachten, die eine Ausschöpfung der vertragsärztlichen Behandlungspotenziale blockieren und die sich in einer extremen Schiefe zwischen den Ausgaben für psychiatrische Basisversorgung und den Ausgaben für Psychotherapie manifestieren. Für 75 % aller Patienten mit psychischen Erkrankungen werden nur 35 % der Mittel bereitgestellt. Adäquate Früherkennung, Behandlung und Therapie sind schon gegenwärtig nicht mehr flächendeckend gewährleistet.

Schlussfolgerungen: Um eine Versorgung zu erreichen, die den Maßgaben von Bedarfsgerechtigkeit, Evidenz und Wirtschaftlichkeit gerecht wird, sind Umsteuerungen erforderlich. Prioritär muss ein Mehr an finanzieller Behandlungszeit für die Ärzte erreicht werden, die psychiatrische Basisversorgung leisten. Kosten- und Leistungsträger werden die Korrekturen nicht alleine bewältigen können, die Mitwirkung der Politik ist gefordert.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Versorgung, Psychotherapeutische Versorgung, Soziale Ungleichheit

Background: The need for out of hospital care is continuously increasing, and with it its costs. There are doubts that the structure of care to-day will be the right frame for appropriate care in future.

Methods: Analysed are data on structure, delivery and costs of care from the German health care system based on sickness funds as well as on papers on the care of people with mental and emotional problems and illnesses.

Results: Enormous deficits in the development of care for patients with psychiatric illness have developed which blockade potentials in out of hospital care. These can be seen especially in a drastic unbalance between the resources going to psychotherapy compared to psychiatric care. For about 75 % of the patients having a psychiatric illness only 35 % of the money for care in psychiatry plus psychotherapy is provided. Appropriate case finding, care and treatment in psychiatry are only possible in some regions of Germany any longer.

Conclusion: To achieve care, which follows the need, the evidence and the principles of efficiency, massive changes in the distribution of money for care for the emotionally ill are necessary. A priority has to be to pay doctors caring for psychiatric patients in a way that allows spending enough time for their patients – as is allowed in psychotherapy. Sickness funds and the organizations of doctors will not be able to bring that necessary change; political decisions are needed.

Keywords: psychiatric care, psychotherapy, health care system, social inequality

¹ Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 23.03.2009, akzeptiert: 06.04.2009

DOI 10.3238/zfa.2009.0247

Einleitung

„Ambulant vor stationär“ und „wohnortnahe Versorgung“ waren zentrale Forderungen der Psychiatrieenquete von 1975. In der Folge wurde mehr als die Hälfte der Bettenkapazitäten psychiatrischer Großkrankenhäuser abgebaut, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wurden eingerichtet und die stationäre Verweildauer wurde kontinuierlich verkürzt. Gleichzeitig wurde eine Vielzahl von ambulanten und teilstationären Hilfeangeboten für psychisch Kranke aufgebaut. Die Versorgung sollte weitgehend in der Hand der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater liegen. (Die ab 1990 einsetzende Reform der Psychiatrie in den neuen Bundesländern erfolgte in einem sehr viel rascheren Tempo, wobei dort manchmal auch bewährte Strukturen vorschnell aufgegeben wurden.) Für schwer erkrankte Patienten, die einer langfristigen, kontinuierlichen Behandlung bedürfen, deren Umfang das Leistungsvermögen einer Nervenarztpraxis überschreitet, wurden im Jahr 1976 (RVO) und 1989 (SGB V) die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) an Fachkrankenhäusern geschaffen, deren Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Gesamtversorgung vergütet werden. Im Jahr 2000 wurden auch Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Einrichtung von PIAs ermächtigt. Von den 434 Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Deutschland unterhalten zwischenzeitlich fast alle eine PIA. Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wurden Psychologische Psychotherapeuten als gleichberechtigte Partner der Vertragsärzte in die Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen. In der Folge nahm die Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten sprunghaft zu. Heute stehen den knapp 5.000 niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern rund 13.000 Psychologische Psychotherapeuten und 4.700 Ärztliche Psychotherapeuten gegenüber. Auf den ersten Blick mag die hohe Zahl der Leistungserbringer den Eindruck vermitteln, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung flächendeckend gewährleistet ist. Die folgenden Analysen werden aber aufzeigen, dass dies nicht der Fall ist.

Zunehmender Versorgungsbedarf

Die psychiatrischen Versorgungssysteme werden mit einem stetig wachsenden Versorgungsbedarf konfrontiert. Die Ursachen für diese Entwicklung sind nicht vollständig transparent. Die mit dem ansteigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung einhergehende Zunahme von altersassoziierten neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen spielt hier sicher eine Rolle. Dazu kommt eine gewachsene Sensibilität der Ärzte für psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsbedürfnisse und gleichzeitig eine zunehmende Einforderung von psychiatrischen und insbesondere von psychotherapeutischen Behandlungsleistungen durch die Betroffenen selbst. Letzteres ist zwiespältig zu bewerten. Einerseits ist es zu begrüßen, dass psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit enttabuisiert wurde, andererseits wäre es nicht unproblematisch, wenn in Seelennöten, die früher zunächst zur Suche nach Rat und Unterstützung bei/durch Vertrauenspersonen geführt hätten, heute gleich professionelle Hilfe in Anspruch genommen würde. Der wachsende Versorgungsbedarf wird durch die folgenden Daten beispielhaft belegt:

- Bei niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern ergaben sich von 1994 bis 2004 Fallzahlsteigerungen um rund 50 % (gegenwärtig rund 6,6 Mio. psychiatrische Behandlungsfälle/Jahr).
- Während Krankenhausfälle (alle Diagnosen) von 1994 bis 2005 um 11 % angestiegen sind und seit 2001 stagnieren, sind bei psychiatrischen Diagnosen kontinuierliche Zuwächse festzustellen: Von 1994 bis 2005 ergab sich eine Steigerung um 36 %.
- Nach Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen zur Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen im Jahr 2000 ist die Anzahl der PIA-Behandlungsfälle sprunghaft angestiegen (gegenwärtig rund 650.000 PIA-Behandlungsfälle/Jahr).
- Bei Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen ergab sich im Bereich der AOK von 1995 bis 2008 ein Zuwachs um 80 %.
- Bei der Richtlinienpsychotherapie ist von 2000 bis 2006 ein Anstieg von 61 % festzustellen.

Gutachten zur psychiatrischen Versorgung

Hält die ambulante psychiatrische Versorgung den Maßgaben von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit stand und ist sie auf den wachsenden Behandlungsbedarf gerüstet? Die Klärung dieser Fragen war Gegenstand eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) initiierten Gutachtens, mit dessen Erstellung der Verfasser beauftragt wurde [1, 2].

In dem Gutachten wird eine ernüchternde und gleichzeitig alarmierende Bilanz gezogen. Anhand von empirischen Daten wird aufgezeigt, dass die psychiatrischen Versorgungssysteme bereits heute Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation nicht adäquat leisten können. Die ambulante Versorgung ist in weiten Bereichen durch Unübersichtlichkeit, begrenzte Effektivität, Unwirtschaftlichkeit und durch Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Pointiert ausgedrückt: Gegenwärtig hängt es oft weniger vom Schweregrad der Erkrankung als vielmehr vom Zufall oder von den örtlichen Gegebenheiten ab, ob ein psychisch Kranker überhaupt und von welcher ärztlichen Fachgruppe behandelt wird. Chronisch Kranke sind besonders benachteiligt, da mit zunehmender Krankheitslast die Patienten weniger bereit/krankheitsbedingt in der Lage sind, professionelle Hilfe aufzusuchen.

Zur Unübersichtlichkeit der Versorgung trägt die Vielfalt der in die psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung eingebundenen Fachgruppen bei. An der vertragsärztlichen Versorgung sind FÄ für Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und zu einem erheblichen Teil die große Gruppe der Hausärzte beteiligt (auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen etwa 20 % des Gesamtvolumens neurologischer/psychiatrischer Leistungen). Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die vier erstgenannten Facharztgruppen unter dem Begriff „Psychiater/Nervenärzte“ zusammengefasst. Die differenzierenden Leistungsmerkmale der psychiatrischen/psychotherapeutischen Fach-

gruppen sind für die Mehrzahl der anderen Ärzte und erst recht für Laien nicht transparent. Dazu kommt, dass aus der Bezeichnung „FA für Psychiatrie und Psychotherapie“ noch nicht ersichtlich ist, ob dieser Arzt für psychiatrische Basisbehandlung tatsächlich zur Verfügung steht oder ob er sich weitgehend auf Psychotherapie beschränkt. Ebenso gibt es niedergelassene Nervenärzte, die überwiegend oder auch ausschließlich neurologisch tätig sind.

Die Dichte der psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachgruppen ist durch extreme Disparitäten gekennzeichnet. Neben Überversorgung in Großstädten, insbesondere in Universitätsstädten, gibt es Regionen, in denen die Anzahl der Praxen zwar dem Sollwert der Bedarfsplanung gerecht wird, in denen aber de facto eine massive psychiatrische Unterversorgung besteht, und es gibt größere ländliche Regionen ohne niedergelassene Psychiater/Nervenärzte. Flankierend zur fachärztlichen Versorgung gibt es eine Vielzahl von ambulanten und teilstationären Hilfeangeboten, von Beratungsstellen über Sozialspsychiatrische Dienste bis zu therapeutisch betreuten Wohnformen. Dazu kommen Einrichtungen, die nicht als psychiatrische Angebote firmieren, partiell aber auch Hilfen leisten, die im weiteren Sinn unter psychiatrische Versorgung subsumierbar sind (Familienberatungsstellen, Telefonseelsorge u. a.). Die flankierenden Hilfeangebote haben sich in den letzten Jahren zu gemeindepsychiatrischen Verbänden vernetzt.

Fraktionierte Versorgung

Ein besonders in der psychiatrischen Versorgung zum Tragen kommendes Problem stellt die organisatorische und finanzielle Fraktioniertheit der Versorgung dar. Die Zuständigkeiten sind auf eine Vielfalt von Trägern verteilt: Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung, Pflegeversicherung, öffentliche Hand, Eigenmittel der Einrichtungsträger, Stiftungen u.a. Die nur durch historisches Gewachsensein zu erklärende Aufsplitterung der Zuständigkeiten – in der Fachliteratur zuweilen als „deutsche Krankheit“ bezeichnet – steht der Umsetzung von ganzheitlichen Behandlungskonzepten und der Schaffung von lang-

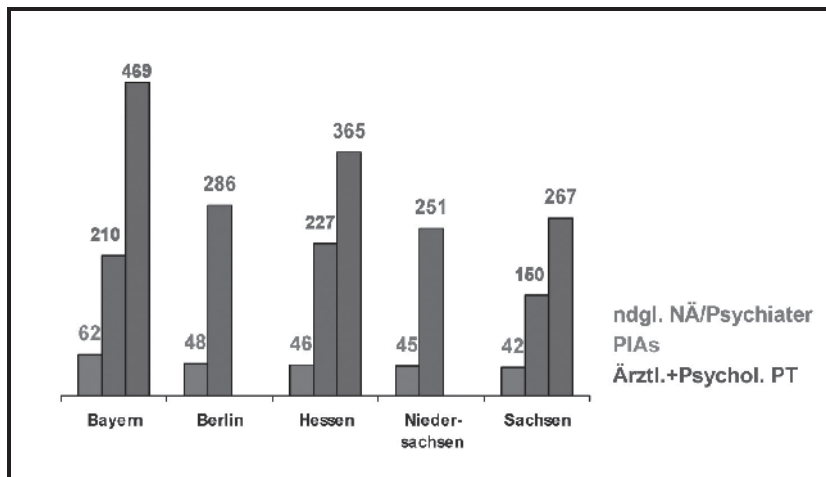


Abbildung 1 Erstattung pro psychiatrischem/psychotherapeutischem Fall/Quartal.

(Daten der KBV, eig. Erhebungen)

fristig zuverlässigen Verantwortlichkeiten im Weg, sie führt zu Schnittstellenverlusten und bedingt erhebliche volkswirtschaftliche Mehrkosten.

Ein Beispiel: Unbestritten ist, dass eine adäquate und frühzeitige antidementive Therapie von Demenzkranken die Gesamtkosten der Erkrankung verringern kann. Antidementiva verlängern nicht die Lebenszeit, sondern nur den Zeitraum relativer Selbstständigkeit. Werden Demenzpatienten nicht behandelt, kann eine frühzeitige Heimunterbringung notwendig werden. Unter rein betriebswirtschaftlichem Blickwinkel sind solche Fälle für die Krankenkassen von Vorteil. Mit der Heimunterbringung werden aber ungleich höhere Ausgaben zu Lasten der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe ausgelöst. Für den Differenzbetrag zwischen Heimkosten und Erstattungen von Pflegeversicherung plus Eigenbeteiligung der Heimbewohner wird die Sozialhilfe monatlich mit rund 1.000 Euro belastet. Die Heimkosten für einen einzigen Monat würden rechnerisch ausreichen, um bei drei Patienten einen Behandlungsversuch mit Antidementiva über fünf Monate zu unternehmen und um dem Arzt für den erhöhten Behandlungsaufwand ein Fall-Honorar von 100 Euro zu bezahlen. Ein solches Vorgehen läge im Interesse der Patienten und wäre volkswirtschaftlich sinnvoll. Es ist aber nicht realisierbar, weil die Grenzen der Kostenträger unüberwindbar sind. Das Nachsehen haben die Patienten.

Schiefen in der Versorgung

In der Psychiatrie ist das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis heute Allgemeingut. Aus diesem Verständnis leitet sich das Erfordernis ab, in der Behandlung medizinische, psychologische und soziale Hilfemaßnahmen zusammenzufügen. Die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung kann aber unter den gegebenen Vergütungsregelungen diesen integrativen Ansprüchen nicht gerecht werden.

Der Behandlungsbedarf von psychisch Kranken stellt sich auf einem breiten Kontinuum von medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfemaßnahmen dar, die zudem noch integriert bzw. abgestimmt erfolgen sollten. Der Umfang der finanzierten Behandlungsleistungen ist aber in diskrete Gruppen eingeteilt: Dem niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater steht für die Behandlung eine finanzierte Zeit von etwa einer halben Stunde/Quartal zur Verfügung, den PIAs etwa vier Stunden, den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten 10 Stunden und mehr. Die Abbildung 1 verdeutlicht an einigen Beispielen die Unterschiedlichkeit der Fallwerte.

Die Gegenüberstellung von Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgabenanteilen macht die Irrationalität der gegenwärtigen Ressourcenallokation besonders deutlich (s. Abb. 2).

Der Ausgabenanteil der PIAs entspricht ungefähr dem Anteil der von diesen PIA betreuten Behandlungsfälle. Würde die-

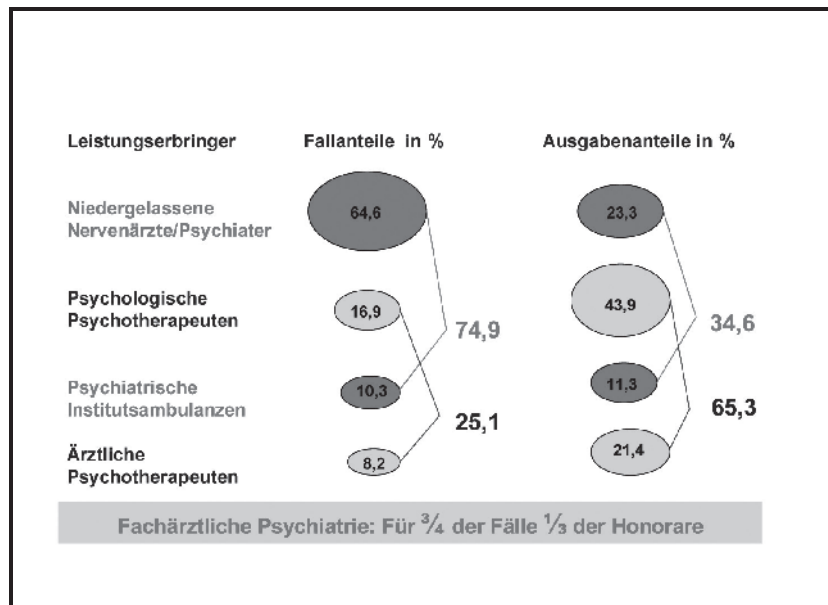


Abbildung 2 Ambulante psychiatrische Versorgung nach Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgabenanteilen. (Daten der KV Bayern, nach Carl 2007)

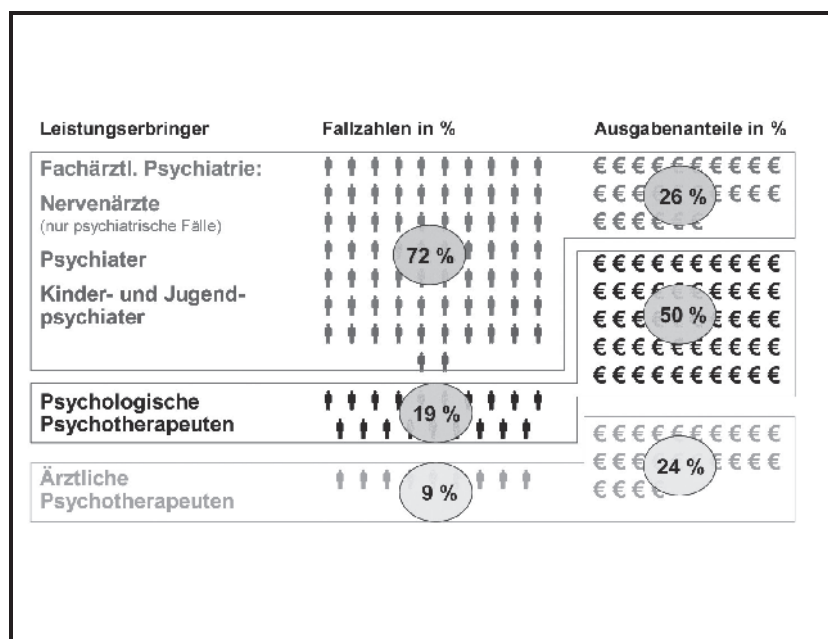


Abbildung 3 Psychiatrische Fälle in der kassenärztlichen Versorgung nach Leistungserbringern und Ausgabeanteilen. (Daten der KV Bayern II/2002, nach Carl 2003)

se Entsprechung auch für die niedergelassenen Psychiater/Nervenärzte gelten, müssten deren Ausgabenanteile um den Faktor drei größer sein. Fasst man Psychiater/Nervenärzte und PIAs zu einer Gruppe „fachärztliche Psychiatrie“ zusammen, entfallen auf diese Gruppe 75 % der Behandlungsfälle, aber nur 35 % der Gesamtausgaben.

Noch extremere Disparitäten werden deutlich, wenn man nur die vertragsärztliche Versorgung ins Blickfeld nimmt, die PIAs also unberücksichtigt lässt (s. Abb. 3).

Niedergelassene Psychiater/Nervenärzte behandeln 72 % aller Fälle und erhalten dafür ein Viertel der Gesamtausgaben. Umgekehrt erhalten Ärztliche und Psy-

chologische Psychotherapeuten 28 % der Fälle und erhalten dafür rund drei Viertel der Gesamtausgaben. Nach Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lagen im Jahr 2005 die Ausgaben (Honorar/Fall) für einen psychotherapeutischen Behandlungsfall um das Fünffache über den Ausgaben für einen psychiatrischen Behandlungsfall. Für die Behandlung von oft schweren, mit komplexer Komorbidität, Non-Compliance, Akut- und Notfallterminen, Suizidalität, Einbezug von Angehörigen u. a. verbundenen Fällen, die engmaschige Behandlungskontakte erfordern können, erhalten Psychiater/Nervenärzte in der Mehrzahl der KVen eine Vergütung (Regelleistungsvolumina) zwischen 45 und 60 Euro/Quartal. Im Vergleich dazu: 50 Minuten Richtlinienpsychotherapie werden mit rund 80 Euro (Festbetrag) vergütet. Dabei muss man sich vor Augen halten, dass es in diesem Fach faktisch keine sog. „Verdünnungsfälle“ gibt, also keine minimal oder minimal kurz Erkrankten, die nur einen Termin benötigen.

Implikationen von Unterfinanzierung

Unter den gegebenen Vergütungen kann der niedergelassene Psychiater/Nervenarzt eine bedarfsgerechte Behandlung in vielen Fällen nur dann leisten, wenn er bereit ist, auf die Vergütung eines großen Teils seiner Leistungen zu verzichten. Ökonomische Zwänge setzen dieser Bereitschaft natürlich Grenzen. Insofern bleibt den Psychiatern/Nervenärzten oft keine andere Wahl, als Behandlungsfälle, die bei kostendeckender Vergütung in der Praxis behandelt werden könnten, an eine PIA zu überweisen oder eine stationäre Einweisung zu veranlassen. Oder die Behandlungstermine werden so weit auseinandergelegt, dass die Behandlung – ohne gemeinsames Konzept – auch auf andere Ärzte verteilt wird. Die Behandlungskontinuität wird dadurch unterbrochen und die Maxime „ambulant vor stationär“ wird konterkariert.

Überweist der Psychiater/Nervenarzt an eine PIA, können sich diffizile Situationen ergeben: Nach der zwischen den Spitzenverbänden der GKV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV geschlossenen Vereinbarung ge-

mäß § 118 Abs.2 SGB V ist eine PIA-Behandlung auf schwer Kranke beschränkt, deren Behandlung umfangreiche Komplexleistungen erfordert. Andererseits ist die PIA aber zur Aufnahme verpflichtet. Bei Prüfungen der Krankenkassen wurden wiederholt Rücküberweisungen von vermeintlich nicht oder nicht mehr PIA-behandlungsbedürftigen Patienten an niedergelassene Psychiater/Nervenärzte gefordert. Wenn die Niedergelassenen aber nicht über die Ressourcen verfügen, um den geforderten Behandlungsumfang leisten zu können, können die Forderungen schlicht nicht erfüllt werden.

In dem oben erwähnten Gutachten wurde ausgehend von einer differenzierten Kostenkalkulation einer PIA berechnet, dass niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten rund zwei Drittel der PIA-Vergütungen zur Verfügung stehen müssten, um eine PIA-äquivalente Behandlung von schwerer Kranken leisten zu können. Dies entspräche etwa dem Dreifachen der derzeitigen Fallhonorare. Die Behandlung in der Praxis wäre aber immer noch um ein Drittel billiger als eine PIA-Behandlung.

Die gegenwärtige Vergütungssituation der Psychiater/Nervenärzte führt zu bedenklichen Fehlentwicklungen, der niedergelassene Psychiater/Nervenarzt droht zu einem Auslaufmodell zu werden:

- Immer mehr Psychiater/Nervenärzte fokussieren sich aus wirtschaftlichen Gründen auf die existenzsichernde Richtlinienpsychotherapie, auf die Erstellung von Gutachten oder auf andere Erwerbsquellen und stehen damit für psychiatrische Basisversorgung nicht mehr oder nur noch begrenzt zur Verfügung.
- Viele Psychiater/Nervenärzte sind zwischenzeitlich dazu übergegangen, von dem Zeitpunkt an, wenn das Quartalsbudget ausgeschöpft ist, nur noch in Ausnahmefällen Sprechzeiten zu vergeben. Noch längere Wartezeiten auf Behandlungstermine sind die Folge.
- Die Zahl der Psychiater/Nervenärzte, die aus wirtschaftlichen Gründen ihre vertragsärztliche Zulassung zurückgegeben haben, wird größer. Einige dieser Ärzte wurden nach Aufgabe ihrer Praxis in einer PIA tätig und erbringen dort, jetzt wirtschaftlich abgesichert, die gleichen ärztlichen Leistungen wie zuvor in ihrer Praxis.

- Psychiater/Nervenärzte, die aus Altersgründen aus der Praxis ausscheiden, haben zunehmend Schwierigkeiten, einen Nachfolger zu finden. Eine Niederlassung ist für junge Psychiater zu einer unattraktiven Perspektive geworden.

Jeder weitere Rückzug der Psychiater/Nervenärzte wird für die Krankenkassen mit weiteren Ausgabensteigerungen verbunden sein. Hier ist eine Gegensteuerung erforderlich. Die Krankenkassen waren bisher nicht oder nur sehr zögerlich bereit, das Gewachsene, das, was von ihnen schon immer finanziert wurde, Stück für Stück auf den Prüfstand zu stellen und gegebenenfalls auf Umverteilungen zu drängen.

Die niedergelassenen Psychiater/Nervenärzte stehen mit ihren Forderungen nach bedarfsgerechten Vergütungen nicht allein. In einem gemeinsamen Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, der psychiatrischen Berufsverbände, der Bundesdirektorenkonferenz der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und der Arbeitsgemeinschaft der Chefärzte/ärztinnen Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 2008 wird eine „dramatische Verschlechterung der Rahmenbedingungen, unter denen niedergelassene Psychiater und Nervenärzte behandeln“, festgestellt und es wird vom Gesetzgeber, von den Kostenträgern und von den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung gefordert, „die entstandenen Disparitäten in der Versorgung zu beseitigen und eine ausreichende ambulante Versorgung der psychisch erkrankten Patienten sicher zu stellen“.

Zwei-Klassen-Psychiatrie

1972 stellte Julian Tudor Hart für das britische Gesundheitssystem fest: „The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served“ (Inverse Care Law) [3]. Diese Feststellung trifft uneingeschränkt auch für die psychiatrische Versorgung in Deutschland zu. Die faktisch bestehende Zwei-Klassen-Versorgung in der Psychiatrie ist unübersehbar: Je größer der Hilfebedarf von psychisch Kranken ist, desto weniger bedarfsgerechte Hilfen stehen zur Verfügung.

Für leichter gestörte, motivierte und reflexionsfähige Patienten, die auch noch einige Monate auf einen Therapieplatz warten können, steht ein differenziertes und umfängliches psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung. Schwerer Erkrankte finden bei Psychotherapeuten nur selten Hilfe. Der Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker berichtet dazu die folgenden Erfahrungen: „Von uns wird vor allem beklagt, dass sich kaum Psychotherapeuten finden, die fachlich qualifiziert und außerdem bereit sind, Patienten z. B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline, und Zwangserkrankungen zu behandeln. Dies sind unsere Erfahrungen in einer Groß- und Universitätsstadt, wie mag es in einem Flächenstaat aussehen?“ [4]

Psychotherapie für die Mittelschicht

Psychotherapie, auch extensive und tiefgehende, wie eine Psychoanalyse, mag von denen, die sie erhalten, geschätzt werden. Sie mag auch hilfreich für den Therapierten sein, sie mag von massiv behindernden Ängsten oder Zwängen „heilen“, all dies soll hier gar nicht hinterfragt bzw. bestritten werden. Vielmehr soll nur gesagt sein, dass sich diese Therapien gegenüber dem, was einem psychotischen Patienten anzubieten möglich ist, nun wirklich nicht selten als fast „luxuriös“ darstellen. In SGB V § 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot) wird ausgeführt: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Ein Beispiel: Eine Frau Ende 30, höheres Bildungsniveau, gut situiert, GKV-versichert, gerät nach der Scheidung in eine depressive Verfassung. Sie beantragt eine psychoanalytische Therapie, die problemlos bewilligt wird. In der ersten Phase der Behandlung erhält sie wöchentlich drei Therapiestunden. Die Therapie wird mit einer Unterbrechung über etwa drei Jahre durchgeführt und nach insgesamt etwa 180 Therapiestunden beendet. Legt man die heute gültigen Vergütungssätze zugrunde, entstanden für die Therapie Ausgaben von rund 15.000 Euro. Die langwierige Therapie mag ei-

Dr. Heiner Melchinger ...



... bis 2008 an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig, jetzt Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie am Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover. Seit 25 Jahren Versorgungsforschung in unterschiedlichen medizinischen Feldern. Schwerpunkte: Psychiatrische Versorgungssysteme, Demenz, Gesundheitsökonomie.

nen schweren Verlauf verhindert haben, einer Wiederholung von problematischen Partnerbeziehungen vorgebeugt haben – aber man hätte dies vielleicht auch kostengünstiger erreichen können. Wenn Anträge auf Gewährung von Richtlinien-Psychotherapien, die hohe Ausgaben zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten auslösen, von den Gutachtern/den Krankenkassen durchgewunken werden – wofür die hohen Raten der Bewilligung sprechen –, dann kann diese Verfahrenspraxis nicht in Ordnung sein.

Behandlungsplätze in Kliniken für psychosomatische Medizin wurden in den letzten Jahren massiv ausgeweitet, vor allem im Bereich der Rehabilitation. In diesen Häusern, die oft in Hochglanzbroschüren unter Hinweis auf eine Vier-Sterne-Hotel-äquivalente Ausstattung um Patienten werben, wird man nur selten einen chronisch psychisch Kranken finden. Ein chronisch psychisch Kranker, dem eine Auszeit aus einem pathogenen Lebensumfeld wenigstens temporäre Entlastung verschaffen würde, wird sich schwer tun, einen Kostenträger zu finden, der eine entsprechende Maßnahme finanzieren wird.

Hilfen für die sozial Benachteiligten

Im Jahr 2000 wurde die ambulante Soziotherapie als Leistungsanspruch in § 37a SGB V festgeschrieben. Soziotherapie wurde als Hilfeangebot für schwer psychisch Kranke konzipiert, für die Gruppe, die bisher am wenigsten von der Psychiatriereform profitiert hatten. Ambulante Soziotherapie wurde seinerzeit vom Bundesgesundheitsministerium als erste und bisher einzige Leistung gewürdigt, die der Vorgabe des § 27 Abs. 1 SGB V „bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen“ folgt.

Das fortschrittliche Gesetz steht nur auf dem Papier, die tatsächliche Nutzbarmachung der Soziotherapie wird von den Krankenkassen aus Kostengründen bis heute fast durchgängig blockiert [6]. Aus den wenigen Regionen, in denen Soziotherapie wenigstens ansatzweise praktiziert wird, wird eine zunehmend restriktivere Bewilligungspraxis der Krankenkassen berichtet. Aufsuchende Hilfen mit Beratung und therapeutisch stützenden Gesprächen, die chronisch Kranken bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation helfen könnten, werden also nicht finanziert. Sarkastisch formuliert: Patienten, die chronisch krank und sozial benachteiligt sind, haben schlechte Karten. Wären sie nur leicht erkrankt und würden sie zu der Psychotherapie-typischen Gruppe von Patienten gehören, die in der Fachliteratur zuweilen als YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful) bezeichnet werden, würde der Gewährung von Psychotherapie nichts im Wege stehen.

Analysen der Techniker Krankenkasse

Die Darstellung der Angehörigen psychisch Kranker wird durch aktuelle Daten der Techniker Krankenkasse (TK) bekräftigt. Mit der TK hat sich erstmals eine Krankenkasse mit der Verteilung der Ressourcen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung auseinandergesetzt. Die TK spricht von einer erheblichen Fehlallokation von Ressourcen und begründet diese Feststellung mit den folgenden Befunden [5]:

- Im Bereich der TK werden 0,4 % aller Erstanträge auf Gewährung von Psychotherapie abgelehnt (GKV gesamt: 4 %). Von dem Gutachterverfahren, für das in der GKV Millionenbeträge ausgegeben werden, geht kein Steuerungspotenzial aus.

- Für das im Einzelfall eingesetzte Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Therapie, Psychoanalyse) ist weniger die Diagnose bestimmend als vielmehr die therapeutische Ausrichtung des erreichbaren Therapeuten. Implizit wird unterstellt, dass alle Therapieverfahren für alle Diagnosen gleichermaßen geeignet sind.
- Vor allem bei Kurzzeittherapien orientiert sich die Therapiedauer an der bewilligten Maximaldauer. Anders ausgedrückt: Therapien dauern also so lange, wie sie finanziert werden.
- Unter den Behandlungsfällen nimmt der Anteil der oben erwähnten YAVIS-Patienten zu, während der Anteil von Patienten mit höherer Krankheitslast abnimmt.
- Vollzeitpraxisitze sind in nicht geringem Umfang durch Teilzeittherapeuten besetzt, wodurch lange Wartezeiten entstehen.
- Die überproportionale hohe Kosten verursachende Psychoanalyse wird bei Fehlallokation als besonders unwirtschaftlich bewertet.

Folgerungen

In der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation muss es verstärkt darauf ankommen, alle psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungsleistungen nach den Maßgaben Bedarfsorientierung, Evidenz und Effizienz auf den Prüfstand zu stellen, soziale Schief lagen in der Versorgung abzubauen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und eine ausschließlich am Bedarf der psychisch Kranken orientierte Priorisierung von Versorgungsleistungen vorzunehmen. Dieser Herausforderung müssen sich alle stellen, die Kostenträger, die Leistungsträger, die Leistungserbringer – und die Politik. Das von den Kostenträgern und von der Politik leidlich oft gehörte Argument „es ist genug Geld im System, es liegt an der ärztlichen Selbstverwaltung, für eine bedarfsgerechte Versorgung der Mittel Sorge zu tragen“ hilft – zumindest hier – nicht weiter. Schon deshalb nicht, weil hier natürlich auch konfligierende wirtschaftliche Interessen im Spiel sind. Im „System“ bilden die fast 18.000 Psychotherapeuten eine ungleich gewichtigere Lobby als 5.000 Psychiater/Nervenärzte.

Von den Psychotherapeuten-Verbänden wird ein erheblicher Fehlbedarf an niedergelassenen Psychotherapeuten festgestellt. Wer die Gesamtheit der psychisch Kranken im Blickfeld hat, kommt zu einem anderen Schluss: Prioritär muss ein Mehr an finanzieller Behandlungszeit für die Ärzte erreicht werden, die psychiatrische Basisversorgung leisten, also für Psychiater/Nervenärzte. Dies stellt schon lange nicht mehr eine standespolitische Forderung dar, son-

dern eine, die die „Gleichheit“ in der Versorgung reklamiert, und die auch zugleich eine Forderung nach sozialer Gerechtigkeit in der Versorgung ist. Kosten- und Leistungsträger werden die dafür notwendigen Korrekturen nicht alleine bewältigen können. Es geht eben auch um die Beseitigung von gravierenden sozialen Schief lagen. Hier ist die Politik gefordert.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. Heiner Melchinger
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Medizinische Rehabilitation
Schwemannstr. 19
30559 Hannover
E-Mail: heiner.melchinger@gmx.de

Literatur

1. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Medizinische Hochschule Hannover 2008
2. Melchinger H. Ambulante psychiatrische Versorgung. Umsteuerungen dringend geboten. Dtsch Arztebl 2008; 46: A 2457–2460
3. Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet 1971; 1: 405–407
4. Meyer HJ. Beschämend für das System (Leserbrief). NeuroTransmitter 2009; 2: 27
5. Ruprecht T. Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung – Die Sicht der TK. Vortrag in der Landespsychotherapeutenkammer Hessen am 16.05.2008
6. Melchinger H, Machleidt W. Ambulante Soziotherapie als Kassenleistung – wann wird sie anwendbar sein? Sozialpsychiatrische Informationen 2004; 2: 35–42