

---

# Das medizinisch Notwendige, Zweckmäßige und Wünschenswerte: Prioritäten in der Medizin aus der Sicht des Psychiaters

Hanfried Helmchen

Die Psychiatrie – ebenso wie auch sonst die Medizin – kann in der kurativen Behandlung akuter Erkrankungen inzwischen sehr erfolgreich handeln.<sup>1</sup> Damit ist aber auch das Problem der Langfristigkeit psychischer Krankheit<sup>2</sup> immer deutlicher geworden. Da dies eine erhebliche Zahl psychisch Kranker betrifft,<sup>3</sup> ist und bleibt – aus der Sicht der Psychiatrie – die Behandlung und Versorgung der chronisch psychisch Kranken der Gradmesser für die Leistungsfähigkeit und Qualität eines Gesundheitssystems. Gerade sie kommt jedoch – trotz aller Verbesserungen – immer noch bzw. derzeit wieder zunehmend zu kurz. Dies gilt nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich – und dort nicht nur durch die infolge der Bettenreduktion reduzierten Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch durch die zunehmende Privatisierung öffentlicher psychiatrischer Einrichtungen.

I.

Die Reduktion psychiatrischer Betten wurde durch die Psychiatriereform eingeleitet, die der Bundestag mit seiner Psychiatrie-Enquete vor 30 Jahren initiiert hat. Sie hat inzwischen mehr als 50 % erreicht.<sup>4</sup>



Abb. 1: Bettenabbau

Und diese Reduktion wird noch fortschreiten, wenn das DRG-System mit seiner strikten Begrenzung der stationären Behandlungsdauer auch für die Psychiatrie eingeführt werden sollte. Diesem Bettenabbau entsprechend wurden chronisch psychisch Kranke „enthospitalisiert“ und in parallel dazu differenziert aufgebauten gemeindenahen komplemen-



Abb. 2: Verweildauerverkürzung

tären Einrichtungen versorgt<sup>5</sup> – und damit ihre Lebensqualität verbessert.<sup>6</sup> Verbunden mit dem Bettenabbau hat sich jedoch die Liegedauer in vollstationären psychiatrischen Einrichtungen massiv verkürzt, nämlich um etwa 90 % (!).<sup>7</sup>

Das hat allerdings seinen Preis, nämlich

1. eine Verschlechterung der Behandlungsbedingungen, vor allem eine Konzentration von Schwerstkranken ohne ausreichende Möglichkeiten der Binnendifferenzierung und
2. eine erhebliche Zunahme von Wiederaufnahmen, die früher sogenannte „Drehtür-Psychiatrie“.

Die Gründe dafür liegen vor allem darin, dass

1. die Patienten wegen des hohen Aufnahmedruckes stationär nicht mehr ausbehandelt werden können und nur unzureichend remittiert entlassen werden;
2. der Übergang von der vollstationären in die rehabilitativ-komplementäre oder ambulante Versorgung noch nicht überall optimal koordiniert ist („Schnittstellenproblematik“);
3. Medikationsnebenwirkungen ebenso wie Zuzahlungsregelungen gerade chronisch psychisch Kranke daran hindern, den weiterbehandelnden Arzt aufzusuchen; deshalb ist es nicht nur *wünschenswert*, sondern auch *ökonomisch zweckmäßig*, ihnen eine Behandlung ohne selbst zu zahlende Zusatzkosten anzubieten, da sonst vermehrte Kosten durch gehäufte Inanspruchnahme von Notfalleinrichtungen und Krankenhäusern infolge schlechter kontrollierter Symptomatik entstehen;<sup>8</sup>
4. die niedergelassenen Nervenärzte bzw. Psychiater für die ambulante Weiterbehandlung dieser Patienten nicht ausreichend bezahlt werden: mit nur (je nach Krankenkasse) 30–60 Euro pro Quartal<sup>9</sup> können sie ihrem Qualitätsanspruch an eine angemessene Behandlung dieser langfristig Kranken nicht gerecht werden und zudem ihre Praxis nicht mehr finanzieren. Deshalb lassen sich

gerade Psychiater, die für die Versorgung der chronisch psychisch Kranken in den Krankenhäusern gut weitergebildet wurden, vorzugsweise als psychotherapeutisch tätige Ärzte und damit für eine andere Klientel nieder.<sup>10</sup> So erhielten von den Gesamtausgaben der KV für ambulante psychiatrische Leistungen ausschließlich psychotherapeutisch tätige Psychologen 31 %, die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater für das Gesamtspektrum psychiatrischer Behandlungen dagegen nur 18 %, obwohl von ihnen das Gros der psychisch Kranken versorgt wird,<sup>11</sup> nämlich deutlich über 80 % der jährlich mehr als 4,5 Millionen ambulant behandelten psychisch Kranken.<sup>12</sup>

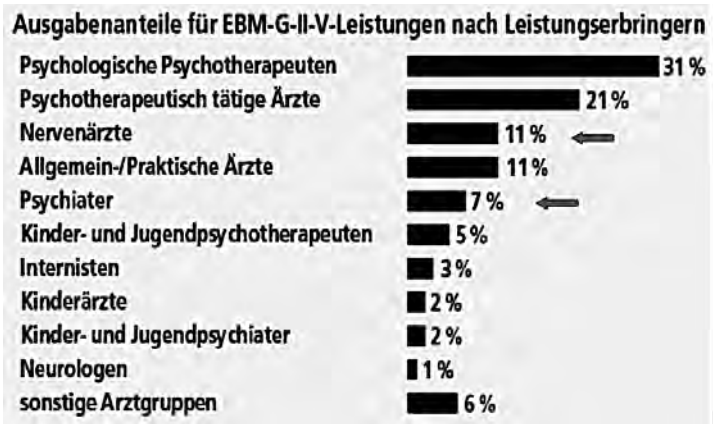


Abb. 3: Ausgaben der Kassenärztlichen Vereinigung für ambulante psychiatrische Leistungen (nach Leistungserbringern)

Eine der Maßnahmen im Methodenspektrum psychiatrischer Behandlung ist die „ambulante Soziotherapie“. Sie „wurde mit Wirkung zum 1.1.2000 in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen (§ 37a SGB V). Der Gesetzesentwurf zur Soziotherapie wurde seinerzeit vom Bundesgesundheits-

	Zahl der Therapeuten	Zahl der Patienten
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	<b>17.600</b> Therapeuten (Ärzte + Psychologen)	<b>704.000</b>
<b>Psychiatrie und Psychotherapie ambulant</b>	<b>4.936</b> Ärzte	<b>4.000.000</b>

Abb. 4: Versorgung – Wer versorgt wie viele Patienten ambulant?  
Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, KBV Grunddaten 2003

ministerium als ‚eine für ein Gesetzgebungsverfahren konzeptionell, (gegen-)finanzierungsrechtlich und gesetzestech- nisch ungewöhnlich sauber und umfassend ausgearbeitete und vorbereitete Maßnahme‘ qualifiziert. Dem fortschritt- lichen Gesetz folgten restriktive Durchführungsrichtlinien, eine äußerst restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkas- sen und eine unzureichende Bewertung (EBM) der ärzt- lichen Leistungen im Rahmen von Soziotherapie mit dem Ergebnis, dass ambulante Soziotherapie in der psychiatri- schen Versorgung der meisten Regionen bis heute, 6 Jahre nach ihrer gesetzlichen Verankerung, praktisch keine Rolle spielt. Die Instrumente sind da, aber ihre Anwendung ist blockiert.“<sup>13</sup>

Somit ist eine kostendeckende Anhebung der Honorie- rung von ambulanten psychiatrischen Leistungen *notwen- dig*.<sup>14</sup> Sie ist auch möglich, indem der auf Nervenärzte und Psychiater entfallende Anteil des insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzvolumens zumindest so weit erhöht wird, dass er dem Anteil dieser Ärzteguppe an der Gesamt- heit der Ärzte entspricht: von 3,4 auf 4,3 %.<sup>15</sup>



Abb. 5: Honorarverteilung

*Wünschenswert* ist zudem eine Änderung der Prioritäten zugunsten der psychiatrischen Grundversorgung, also entgegen dem durch die neue Gebührenordnung für kasernenärztliche Leistungen („EBM plus“), die die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen zulasten der psychiatrischen Grundversorgung erhöht, gesetzten Trend.<sup>16</sup>

Insgesamt ist es somit statt einer weiteren Reduktion psychiatrischer Betten *notwendig*, einen behaupteten Mehrbedarf an psychosomatischen Behandlungsplätzen<sup>17</sup> dort zu decken, „wo diese Krankheiten bereits jetzt behandelt werden, also in somatischen Einrichtungen und Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie“.<sup>18</sup> Eine weitere Bettenreduktion könnte allenfalls und erst dann *zweckmäßig* sein, wenn die rehabilitative Weiterbetreuung durch Koordination mit den weiterführenden teilstationären, komplementären oder ambulanten Einrichtungen optimiert<sup>19</sup> und die *notwendige* Honorierung der ambulanten psychiatrischen Basisversorgung leistungsgerecht verbessert wird. *Wünschenswert* ist deshalb die Überprüfung

und Unterstützung neuer Versorgungsstrukturen, wie sie etwa die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in einem auf den § 140 des SGB V gestützten Rahmenkonzept für die Integrierte Versorgung (IV) von depressiv Kranken vorgeschlagen hat, wodurch die stationäre Behandlungsdauer verkürzt, die Wiederaufnahmefrequenz reduziert sowie die Lebensqualität depressiver Patienten gesteigert werden soll.<sup>20</sup> In eine ähnliche Richtung geht ein Modellversuch zur integrierten psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein, der mit einem auf fünf Jahre festgeschriebenen Budget durch flexibleren Einsatz eine bessere Effizienz dieser begrenzten Mittel bewirken soll.<sup>21</sup>

Die angemessene Versorgung chronisch psychisch Kranker ist neuerdings auch durch die Privatisierung von Krankenhäusern bedroht, zumindest dann, wenn die Privatisierungsverträge keinen expliziten Schutz dieser Klientel, u. a. durch präzise Formulierung konkreter psychiatrischer Versorgungsziele, enthalten.<sup>22</sup> Denn chronisch psychisch Kranke sind nicht renditeträchtig. Die derzeitige Neigung des Staates, sich aus diesem Bereich der Gesundheitsversorgung zurückzuziehen, darf nicht bis zu einer materiellen Privatisierung psychiatrischer Einrichtungen gehen. Vielmehr ist festzuhalten, dass die mit Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes begründete staatliche Pflicht zur Gewährleistung der Krankenversorgung zumindest darin zum Ausdruck kommen muss, dass bei allen Privatisierungsformen die Gemeinnützigkeit, d. h. die zeitnahe Re-Investition erwirtschafteter Gewinne, erhalten bleibt und der Staat sein „Rückholrecht“ als Rückholpflicht im Falle einer Qualitätsverschlechterung der Versorgung versteht. Diese Forderung erscheint umso berechtigter, wenn ein führender Vertreter der Privatkliniken, der Vorstandsvorsitzer der Rhön-AG, „alles zum Rentieren bringen“ kann und der Meinung ist, dass „alles bis auf die medizinische Notfallver-

sorgung Luxus ist“.<sup>23</sup> Deshalb ist es *notwendig*, den Staat an seine Verantwortung für die Schwachen zu erinnern und ihn aus seiner Verpflichtung zur Gewährleistung einer flächen-deckenden, quantitativ und qualitativ ausreichenden Versorgung chronisch Kranker, und noch einmal mehr von chronisch psychisch Kranken, nicht zu entlassen.

## II.

Dazu sind staatliche Vorgaben in Gesetzen oder Verordnungen wichtig. Voll wirksam werden sie allerdings offenbar nur dann, wenn ihre Einhaltung auch kontrolliert sowie ihre Nichteinhaltung sanktioniert wird und wenn sie nicht wieder abgeschafft, sondern weiterentwickelt werden. Wichtige Beispiele dafür sind die *Psychiatrie-Personal-Verordnung* (PsychPV) und das *Sozialgesetzbuch* (SGB IX).

Die PsychPV, eine 1991 in Kraft getretene Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, war ein Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung unseres Landes. Denn sie bildete und bildet auch heute noch (übrigens auch aus Sicht mancher Krankenkasse<sup>24</sup>) das psychiatrische Leistungsspektrum besser ab als das DRG-System und begründet eine darauf bezogene Personalausstattung psychiatrischer Einrichtungen. Mit dem sog. „Vorschaltgesetz“ von 1998/99 hat die Bundesregierung jedoch die noch im Gesetzesentwurf von 1997 betonte Gültigkeit der PsychPV wieder zurückgenommen.<sup>25</sup> Der Kurztitel dieses „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes“ lässt an Orwells Sprachdiktatur („Neusprache“) denken, denn die Streichung der PsychPV stärkt keineswegs, sondern schwächt vielmehr die Solidarität mit den psychisch Kranken und droht ihre zudem auch noch aus anderen Gründen immer noch wirksame Stigmatisierung und Diskriminierung wieder zu intensivieren.<sup>26</sup> So wurden in einer Bevölkerungserhebung 2004 psychische Krankheiten, konkret Schizophrenie, Depression und Alko-



holismus, weitaus am häufigsten als die Krankheiten genannt, bei denen man am ehesten Geld sparen könnte.<sup>27</sup>

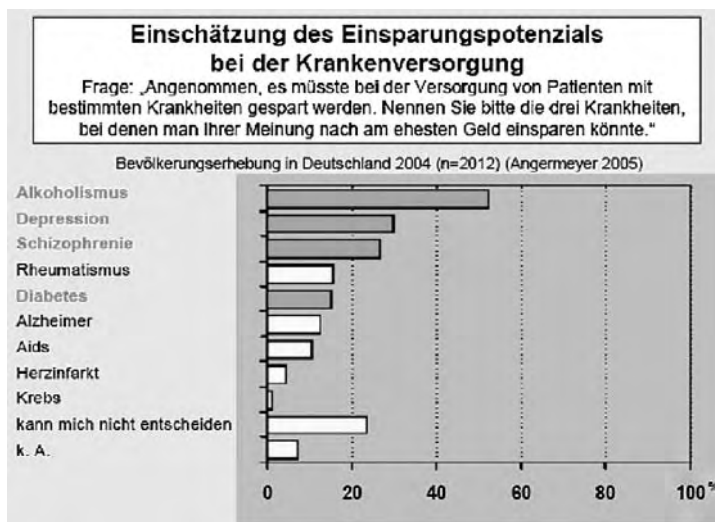


Abb. 6: Diskriminierung

Die volle Anwendung der PsychPV stieß allerdings in der Wirklichkeit schon zuvor auf zwei erhebliche Schwierigkeiten:

Erstens wurde sie von den einzelnen Krankenhausverwaltungen oft zu deutlich weniger als 100 % erfüllt. Meist wurde dies mit Geldmangel begründet, obwohl die für diese Begründung notwendige, in der PsychPV vorgeschriebene Voraussetzung einer durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Ärzte des Krankenhauses gemeinsam durchzuführenden Überprüfung in der Regel nicht erfüllt wurde.

Zweitens gingen nach der PsychPV von den Kassen zugewiesene Mittel der psychiatrischen Versorgung über die Quersubventionierung nichtpsychiatrischer Einrichtungen

verloren, wenn die psychiatrische Einrichtung Teil eines Klinikums war, wie es in der Regel für psychiatrische Universitätskliniken zutraf. So hat beispielsweise die Ausgründung der Psychiatrischen Klinik der Universität Kiel dazu geführt, dass sie trotz Absenkung der Pflegesätze auf das Landesniveau erstmals seit 25 Jahren investive Mittel erwirtschaften konnte.<sup>28</sup>

Es ist also *notwendig*, die PsychPV zu erhalten und die damit erreichte Finanzierung der stationären Versorgung psychisch Kranker diesen uneingeschränkt zukommen zu lassen.

Das SGB IX in der letzten Fassung vom 23.4.2004 verbessert die Behandlung chronisch Kranker erheblich – allerdings vorerst eher nur im Prinzip.<sup>29</sup> Denn – ganz abgesehen von der bereits beschriebenen Blockade wichtiger Aspekte des Gesetzes – umfassen die in § 2 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 beschriebenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein breites Spektrum zur Behandlung von Krankheitsentwicklungen und -folgen, das *allen* Kranken zugute kommen soll, deren Krankheit länger als 6 Monate dauert und ihre Teilhabe am Leben behindert. Tatsächlich jedoch finanzieren die Krankenkassen nur Reha-Maßnahmen, um die Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen, d. h. diese Reha-Maßnahmen kommen nur dem in einem Arbeitsverhältnis stehenden Teil der Bevölkerung zu gute, nicht aber dem wahrscheinlich größeren Teil von (chronisch) kranken Arbeitslosen, Hausfrauen, Rentnern usw. So entsteht der falsche Eindruck, dass für die Finanzierung von Reha-Maßnahmen nur die Rententräger zuständig seien, da sie ja ein Interesse daran haben, durch Reha-Maßnahmen eine frühzeitige Berentung zu verhindern. Somit ist es nicht nur *zweckmäßig*, *allen* länger als sechs Monate Kranken Reha-Maßnahmen anzubieten, die bei erfolgreicher Rehabilitation gegenüber einer Frühberentung tatsächlich zu erheblicher Kostenersparnis führen, die z. B. im Bereich der Suchtkrankenbehandlung den Faktor 10

erreichen kann,<sup>30</sup> sondern auch – und übrigens nicht nur aus Gründen der Humanität und Gerechtigkeit – *notwendig*, um den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Nicht zuletzt ist es *wünschenswert*, die Effizienz von Reha-Maßnahmen durch Differenzierung der Indikationen – sowohl zwischen Akut- und Reha-Medizin wie auch nach verschiedenen Krankheiten – zu steigern. Diese allgemeinen Aspekte haben besonderes Gewicht für psychisch Kranke, da ihre Erkrankungen zu den häufigsten zählen und zu langer Dauer neigen und sie häufiger als anders Kranke in keinem Arbeitsverhältnis stehen.

### III.

Zwischen den ärztlich-ethischen Prinzipien, alles zum Wohl des Patienten zu tun und Schaden von ihm abzuwenden, und dem ethischen Prinzip der Gerechtigkeit tut sich unter der derzeit vordringenden Herrschaft ökonomischen Denkens zunehmend ein Widerspruch auf. Denn Gerechtigkeit verlangt, allen Kranken die notwendige medizinische Hilfe zu geben, bei begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens aber auf einem niedrigeren Niveau. Damit hat der Arzt mit dem tradierten Verständnis, primär dem individuellen Patienten verpflichtet zu sein und ihm die jeweils beste Behandlung zukommen zu lassen, wachsende Schwierigkeiten. Diese sind umso größer, je weniger er von Umfang und Formen der Ressourcenbegrenzung und einer gerechten Mittelverteilung überzeugt ist. Ein Indikator dafür sind die Fälle, in denen die Kostenträger über Indikationen getäuscht werden, um Behandlungsrestriktionen abzuwehren, insbesondere dann, wenn keine ausreichende Evidenzbasierung oder keine Kosten-Wirksamkeits-Vergleiche zwischen der zugelassenen, d. h. finanzierten, und der gewünschten Maßnahme vorliegen.

Der Blick auf unsere Wirklichkeit zeigt, dass in der Praxis

sowohl deontologische wie teleologische Ansätze nebeneinander bestehen, Letztere jedoch unter dem Rationierungsdruck an Gewicht gewinnen. Für den deontologischen Ansatz steht das Beispiel höchst kostenaufwendiger Interventionen, etwa in der Transplantationsmedizin, für den präferenzutilitaristischen Ansatz die Budgetierung von Arzneimitteln, die den Arzt zwingt, nicht das beste, sondern das preiswerteste Arzneimittel zu verordnen, um möglichst vielen seiner Patienten indizierte Arzneimittel geben zu können. Heute, in den Zeiten von *managed care*, muss der Arzt (bei Gefahr des Regresses) sein begrenztes Budget strikt einhalten; das bedeutet, dass er prinzipiell vorhandene Therapien nicht nur entsprechend ihrer belegten Wirksamkeit, sondern auch im Hinblick auf Aktivität und Schwere des Bedarfs der Patienten sowie auf die Kosten verordnen muss. Kosten werden heute vor allem aus kollektiven Quellen (Kostenträger) bezahlt. Deshalb hat der Therapeut nicht nur Verpflichtungen gegenüber seinem individuellen Patienten, sondern auch gegenüber der entsprechenden Gemeinschaft (z. B. der Versicherten). Diese „Doppel-Agenten“-Rolle des Arztes sehen manche Ärzte von einem traditionellen, aber gleichwohl gut begründeten Standpunkt aus als unethisch an.<sup>31</sup> Jedoch sagen Ärzteverbände, zumindest in Ländern wie Kanada, Deutschland oder England, ihren Mitgliedern, dass „endliche Ressourcen niemals unendlichen Ansprüchen oder Erwartungen gewachsen sein können“ ... und dementsprechend ... „es des Arztes ethische Pflicht ist, die wirtschaftlichste und effizienteste verfügbare Behandlung einzusetzen“.<sup>32</sup>

Aber neben der im Hinblick auf die Kosten (die Nebenwirkungen ebenso wie die finanziellen Belastungen) effizienten Anwendung wirksamer Therapien sind Therapeuten wie die Gesellschaft insgesamt aufgefordert, es unter dem Aspekt der Gerechtigkeit ethisch zu rechtfertigen, wenn eine wirksame Therapie nicht angewendet wird.

Diese Frage stellt sich besonders in Fällen wie beispielsweise den derzeitigen (cholinerg-)antidementiven Arzneimitteln: Sie haben einerseits eine nur geringe, jedoch nachweisbare Wirksamkeit auf das frühe Fortschreiten der Demenz, sodass ein Demenzkranker länger in seiner häuslichen Umgebung verbleiben kann, bevor seine institutionelle Versorgung unvermeidbar wird;<sup>33</sup> andererseits aber würden durch eine solche medikamentöse Behandlung aller Kranken mit Alzheimer-Demenz vermutlich zusätzliche Kosten von etwa 1 Mrd. Euro pro Jahr entstehen.<sup>34</sup> Auf der individuellen Ebene wird eine antidementive Medikation wegen der Chance und Hoffnung, länger im vertrauten familiären Umfeld verbleiben zu können, oft sehr *gewünscht* und ist auch *zweckmäßig*, auf der gesellschaftlich-makroallokativen Ebene wird sie aber wohl eher mit nachrangiger Priorität und damit als *nicht notwendig* angesehen. Auch wenn solche makroallokativen Entscheidungen überhaupt nur nach genauer Kenntnis der Daten und Sachverhalte getroffen werden sollten, so enthalten sie doch auch Antworten der Gesellschaft auf die Frage, ab welchem Effizienzgrad eine wirksame Behandlung durch die Solidargemeinschaft für alle Kranken zu tragen ist.

#### IV.

Ich fasse zusammen:

Einige psychische Krankheiten – wie u. a. Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen – erreichen die Häufigkeit von Volkskrankheiten. Viele neigen zu Rückfällen oder Chronifizierung oder Residualzuständen nach unzureichendem Behandlungserfolg, weshalb eine dadurch bedingte Behinderung eine erhebliche Zahl psychisch Kranker betrifft. Medizinisch *notwendig* ist somit eine Verbesserung der psychiatrischen Grundversorgung chronisch Kranker durch Wegfall der Zuzahlungsaufgaben für

Patienten und leistungsorientierte Honorierung der niedergelassenen Psychiater. Sie ist auch medizinisch wie moralisch *wünschenswert*, um diesen Kranken mehr soziale Teilhabe und bessere Lebensqualität zu ermöglichen. Nicht zuletzt erscheint sie – zumindest in ausgewählten Bereichen – auch *zweckmäßig*, da sie zur Kostensenkung beitragen kann.

Vor allem aber ist es *notwendig*, dass der Staat trotz allen Kostendruckes und der Verführung zur Privatisierung eine angemessene Versorgung dieser vulnerablen Population gewährleistet – durch Vorgabe eindeutiger und konkreter Versorgungsziele sowie durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen, deren Einhaltung er auch kontrollieren und sanktionieren soll.

### *Literatur*

Angermeyer, M. C. / Matschinger H.: The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. In: International Journal of Social Psychiatry 51 (2005), 276–284.

Baxmann, M.: Das Zentrum für integrative Psychiatrie gGmbH in Kiel. Vortrag zur „Universitären Privatisierung als Chance oder Albtraum“ auf einer „Veranstaltung aus Sicht der Psychiatrie“ der Ständigen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten. Berlin, 9.6.2006.

Bruns, J.: Wie vertragen sich PsychPV und betriebswirtschaftliche Rendite? Vortrag zur „Universitären Privatisierung als Chance oder Albtraum“ auf einer „Veranstaltung aus Sicht der Psychiatrie“ der Ständigen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten. Berlin, 9.6.2006.

Deutscher Ärztetag: Entschließung des 109. Deutschen Ärztetages, 23.–26.5.2006 in Magdeburg. In: Nervenarzt 77 (2006), 883.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression. In: Nervenarzt 76 (2005), 103–125.

Ewer, W.: Rechtliche Rahmenbedingungen und Handlungsmöglich-

- keiten bei der Privatisierung von psychiatrischen Kliniken. Vortrag zur „Universitären Privatisierung als Chance oder Albtraum“ auf einer „Veranstaltung aus Sicht der Psychiatrie“ der Ständigen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten. Berlin, 9.6.2006.
- Fritze, J.*: Neue stationäre psychosomatische Kapazitäten? Kommentar zum Gutachten des IGSGF. Stellungnahme im Auftrag der DGPPN (2005). [www.dgpn.de](http://www.dgpn.de).
- Gaebel, W. / Möller H. J. / Rössler, W.* (Hrsg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart 2005.
- Helmchen, H.*: Gesundheit zwischen Anspruch und Realität – aus der Sicht des Psychiaters. In: Schumpelick V. / Vogel, B. (Hrsg.): Grenzen der Gesundheit. Freiburg/Basel/Wien 2004, 155–169.
- Hoffmann, K. / Priebe, S. / Isermann, M. / Kaiser, W.*: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. In: Psychiatrische Praxis 24 (1997), 221–226.
- Hohagen, F.*: Die Deklaration von Helsinki – eine Herausforderung für die Psychiatrie in Deutschland. Vortrag des Präsidenten auf dem DGPPN-Kongress 2005, Berlin: <http://www.dgppn.de/kongresse/2005berlin/plenarvortrag/Plenarvortrag-Dateien/frame.htm>.
- Hohagen, F.*: Die Deklaration von Helsinki – eine Herausforderung für die deutsche Psychiatrie. In: Nervenarzt 77 (2006), 1133–1142.
- Hsu, J. / Price, M. / Huang, J. / Brand, R. / Fung, V. / Hui, R. / Fireman, B. / Newhouse, J. P. / Selby, J. V.*: Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits. In: New England Journal of Medicine 354 (2006), 2349–2359.
- Jones, R. W. / McCrone, P. / Guilhaume, C.*: Cost effectiveness of memantine in Alzheimer's disease: an analysis based on a probabilistic Markov model from a UK perspective. In: Drugs Aging 21 (2004), 607–620.
- Kaduszkiewicz, H. / Zimmermann, T. / Beck-Bornholdt, H. P. / van den Bussche, H.*: Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. In: British Medical Journal 331 (2005), 321–327.
- Klein, H.*: Privater, frei-gemeinnütziger oder öffentlicher Träger: Wer kann es besser? Vortrag zur „Universitären Privatisierung

- als Chance oder Albtraum“ auf einer „Veranstaltung aus Sicht der Psychiatrie“ der Ständigen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten. Berlin, 9.6.2006.
- Linden, M.*: Moderne Konzepte der Rehabilitationsmedizin. Vortrag auf der Tagung „Rehabilitation in der Psychiatrie“ am 23.6.2006 in der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Melchinger, H. / Rössler W. / Machleidt, W.*: Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. In: *Nervenarzt* 77 (2006), 73–80.
- Mühlbacher, A. / Henke, K. D. / Troschke, J. v.*: Die integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 76 (2000), 592–598.
- Müller-Farnow, W. / Möllmann, C. / Spyra, K.*: Daten und Fakten zur Suchtrehabilitation in Deutschland. Vortrag auf der Tagung „Rehabilitation in der Psychiatrie“ am 23.6.2006 in der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Riepe, M. W. / Frölich, L. / Gertz, H. J. / Haupt, M. / Kohler, J. / Mielke, R. / von der Damerau-Dambrowski, V.*: Evidenzbasierte medikamentöse Therapie der Alzheimer-Erkrankung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005), C 2543–2548.
- Rieser, S.*: Privatisierung von Krankenhäusern. „Das ist großes Wirtschaftsmonopoly“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), C1301.
- Rosenau, H.*: Landesbericht Deutschland. In: *Deutsch, E. / Taupitz, J.* (Hrsg.): *Forschungsfreiheit und Forschungskontrolle in der Medizin*. Berlin/Heidelberg/New York 2000, 63–91.
- Schepker, R. / Eggers, C.*: Strukturreform/Kostendämpfung: Unsolidarisch mit psychiatrisch Kranken. In: *Deutsches Ärzteblatt* 96 (1999), C1036.
- Schulz, V.*: Evidenzbasierte medikamentöse Therapie der Alzheimer-Erkrankung: Umstrittener Zusatznutzen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), A857.
- Simon, R. I.*: The psychiatrist as a fiduciary: avoiding the double agent role. In: *Psychiatric Annals* 17 (1987), 622–626.
- Thorpe, K. E.*: Cost Sharing, Caps on Benefits, and the Chronically Ill – A Policy Mismatch. In: *New England Journal of Medicine* 354 (2006), 2385–2386.



## *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Helmchen 2004.

<sup>2</sup> Infolge der häufigen Neigung zu Rückfällen oder Chronifizierung.

<sup>3</sup> Nach aktuellen Erhebungen der WHO entfallen rund ein Drittel aller Ursachen für die Lebensqualität mindernde Jahre auf psychische Krankheiten, und für das Jahr 2020 werden weltweit von den fünf häufigsten Krankheiten vier psychische Krankheiten sein: Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Schizophrenie.

<sup>4</sup> Bettenabbau von 115 857 im Jahr 1975 auf 54 088 im Jahr 2003. Abb. 10 aus Hohagen 2006.

<sup>5</sup> Aufbau komplementärer Einrichtungen. Dia 44 aus Hohagen 2005.

<sup>6</sup> Z. B. Hoffmann et al. 1997.

<sup>7</sup> Verweildauerverkürzung von 226,5 Tagen im Jahr 1975 auf 23 Tage im Jahr 2003. Dia 45 aus Hohagen 2005.

<sup>8</sup> Da mir entsprechende Daten aus Deutschland nicht bekannt sind, referiere ich trotz der großen Unterschiede in den Gesundheitssystemen US-amerikanische Ergebnisse eines Vergleichs zwischen Patienten in einem Versorgungsvertrag mit Deckelung der Arzneimittelkosten und solchen ohne eine solche Begrenzung (Hsu et al. 2006; Thorpe 2006). Danach waren die Arzneimittelkosten der ersten Gruppe tatsächlich 31 % niedriger als in der Vergleichsgruppe, aber die Gesamtkosten für medizinische Leistungen unterschieden sich nur um 1 %. Höhere Kosten entstanden in der Gruppe mit gedeckeltem Arzneimittel-Budget vor allem dadurch, dass ihre Symptomatik schlechter kontrolliert ist und diese Patienten dementsprechend häufiger Notfalleinrichtungen in Anspruch nehmen oder in Krankenhäuser aufgenommen werden.

<sup>9</sup> Dia 28 aus Klein 2006.

<sup>10</sup> Klein 2006.

<sup>11</sup> Dia 44 aus Hohagen 2005.

<sup>12</sup> Dia 12 aus Hohagen 2005.

<sup>13</sup> Melchinger et al. 2006.

<sup>14</sup> Entschließung des 109. Deutschen Ärztetages, 23.–26.5.2006 in Magdeburg: „Nach dem derzeitigen Vergütungssystem werden diejenigen Ärzte und Ärztinnen deutlich benachteiligt, welche eine wichtige Rolle in der primären Versorgung von psychisch und psycho-

somatisch Kranken spielen.“ – „Der Deutsche Ärztetag fordert eine Förderung der adäquaten fachärztlichen Versorgung, insbesondere von schwer psychisch Kranken ...“ (Nervenarzt 77/7 [2006], 883).

<sup>15</sup> Dia 30 aus Hohagen 2005.

<sup>16</sup> Dia 33 aus Hohagen 2005.

<sup>17</sup> Gutachten des Instituts für Gesundheitssystemforschung (IGSF). zitiert nach Fritze 2005.

<sup>18</sup> Fritze 2005.

<sup>19</sup> Mühlbacher et al. 2000.

<sup>20</sup> DGPPN 2005.

<sup>21</sup> Dia 55, 56 und Dia 30 aus Hohagen 2005.

<sup>22</sup> Ewer 2006.

<sup>23</sup> Rieser 2006.

<sup>24</sup> Bruns 2006.

<sup>25</sup> Schepker / Eggers 1999: „Das ‚Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung‘, das seit dem 1. Januar 1999 in Kraft ist, hat die Psychiatrie-Personalverordnung als Ausnahmetatbestand wieder gestrichen.

Hatte noch der Entwurf dieses Gesetzes (veröffentlicht am 9. November 1998) berücksichtigt, daß bei Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Kassen zusätzliche Personalstellen, nach der Psychiatrie-Personalverordnung errechnet, zu einer Erhöhung der festgelegten Budget-Obergrenze führen konnten, ist dies jetzt nicht mehr möglich. Der entsprechende Passus wurde nach den Beratungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages gestrichen. Das bedeutet: Sollte sich etwa die Versorgungsstruktur einer Klinik ändern – zum Beispiel durch relativ mehr Intensivbehandlungsfälle –, kann dies nicht mehr zu einer Erhöhung des Stellenansatzes eines Krankenhausbudgets führen, das damit für alle psychiatrischen Kliniken auf das vereinbarte Budget für das Jahr 1998 festgelegt ist.

Damit fällt der Gesetzentwurf hinter das zurück, was noch Ende 1997 in einer offiziellen Stellungnahme des Gesundheitsministeriums festgestellt wurde: Die Psychiatrie-Personalverordnung habe nach wie vor Gültigkeit, und zwar im Hinblick auf Stellen, wenngleich aus dieser Verordnung nicht pflegesatzrelevant ein Recht hinsichtlich einer Höhe der Vergütung für bestehende Stellen abgeleitet werden könne. Wörtlich führt das Bundesgesundheitsministerium aus: „Aus der Systematik des § 3 Abs. 1 (BPfIV) folgt, daß

die dort in Bezug genommenen Rechtsverordnungen, wie beispielsweise die Psychiatrie-Personalverordnung, stets anzuwenden sind, also nicht etwa durch Vorgaben zum Grundsatz der Beitragsatzstabilität relativiert werden. (...) Wenn sich somit nach der PsychiatriePersonalverordnung ein Anspruch auf zusätzliche Stellen ergibt, werden diese zusätzlich finanziert; die Obergrenze gilt insoweit nicht.“

An die Bundesregierung bleibt die Frage zu stellen, welches politische Signal der Öffentlichkeit mit dem „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ gegeben werden sollte. Kann man die Streichung der Psych-PV als Ausnahmetatbestand aus dem Gesetz anders als den Beginn einer neuen Diskriminierung psychisch Kranker verstehen, das heißt als Ent-Solidarisierung? Die Psychiatrie-Personalverordnung, die eine soziale Psychiatrie im Interesse der weit über den Nationalsozialismus hinaus marginalisierten Patienten erst ermöglichte, ist den Politikern zu teuer geworden.“

<sup>26</sup> Gaebel et al. 2005.

<sup>27</sup> Dia 68 aus Hohagen 2005; Angermeyer et al. 2005.

<sup>28</sup> Baxmann 2006.

<sup>29</sup> Linden 2006.

<sup>30</sup> Müller-Farnow et al. 2006: 1999 standen den geschätzten durchschnittlichen Ausgaben für Frühberentungen bei Alkoholabhängigkeit in Höhe von rund 206.000 DM Ausgaben in Höhe von 21.500 DM für eine durchschnittliche Reha-Maßnahme gegenüber (Dia 15). Dabei verblieben zwei Jahre nach stationärer Suchtbehandlung rund 90 % der behandelten alkoholabhängigen Kranken im Erwerbsleben (Dia 12) und immerhin rund die Hälfte abstinent (Dia 10).

<sup>31</sup> Simon 1987.

<sup>32</sup> Rosenau 2000.

<sup>33</sup> Jones et al. 2004; Riepe et al. 2005.

<sup>34</sup> Aber dagegen aus methodischen oder ökonomischen Gründen: Kaduszkiewicz et al. 2005; Schulz 2006.