

Strukturen, Leistungen, Perspektiven

Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz; Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Die 80. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder hat am 05.06.2007 beschlossen, den Bericht der AOLG/AG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) Psychiatrie „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ zur Kenntnis zu nehmen und „für die ausführliche Darstellung der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungssituation“ zu danken.

Hohes Versorgungsniveau erreicht

Die Gesundheitsminister stellten fest, „dass die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland inzwischen – bei länderspezifischen Besonderheiten – ein hohes Niveau und eine hohe Effizienz erreicht haben, die in vielen Bereichen eine moderne psychiatrische Versorgung gewährleisten“. Die DGPPN begrüßt, dass die GMK das Benchmarking der Bundesländer im Bericht als Beitrag zur Qualitätssicherung im Interesse des Anspruchs auf gleichmäßige Versorgung gemäß § 70 SGB V anerkennt. Dennoch sei es bis heute nicht gelungen, die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen aufzuheben. Die Entstigmatisierung bedürfe großer Anstrengungen aller gesellschaftlich relevanten Kräfte. In diesen Prozess seien auch Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene und Selbsthilfeorganisationen einzubinden.

Versorgungsunterschiede beheben

Die GMK stellt fest, insbesondere die „Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land“ seien zu lindern, die „Gemeinsamkeiten und speziellen Unterschiede der psychiatrischen und der psychotherapeutischen Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich inklusive der Fragen der Wissenschaftlichkeit und der Verbesserung der Qualitätssicherung der Behandlungsverfahren“ seien zu präzisieren. Die gebotene Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssys-

tems sei an den entsprechenden Handlungsempfehlungen des Berichts auszurichten.

Als eines der Hauptaufgabenfelder der Länder und Kommunen in den nächsten Jahren sieht der Bericht, die vorhandenen Leistungsangebote für psychisch Kranke in regionalen Verbundstrukturen zu vernetzen.

Entstigmatisierung fördern

Auf einzelne Themen des Berichts sei – naturgemäß aus der Perspektive der Erwachsenenpsychiatrie – besonders hingewiesen. Die Entstigmatisierung entspricht Kernanliegen der DGPPN, des von ihr mitinitiierten Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit und der von ihr gegründeten Stiftung Seelische Gesundheit. Es ist erfreulich, dass der Bericht das Bekenntnis der Deutschen Ärzteschaft zur „aktiven Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ und zur „Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“ mit zwei Entschlüssen des 109. Deutschen Ärztetages in Magdeburg, die die DGPPN mitinitiiert hatte, ausdrücklich würdigt. Der Bericht weist ausdrücklich auf das 6. Nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ hin, das die DGPPN im Rahmen des Projektes „gesundheitsziele.de“ des Bundesministeriums für Gesundheit und der Partner der Selbstverwaltung mitinitiiert hat.

Zur Entstigmatisierung gehört das Gender Mainstreaming, zu dessen verstärkter Implementierung in der psychiatrischen Versorgung der Bericht sinnvolle Handlungsempfehlungen gibt. Knapp 19% der Bevölkerung haben einen Migrationshintergrund; zur Entstigmatisierung gehört, diesen Mitbürgern zu helfen, ihre Sprachbarrieren zu überwinden und die gebotene Kultursensibilität zu gewährleisten; die AOLG/AG Psychiatrie

regt an, die Organisationen und Interessenvertretungen der Migranten bei der Entwicklung geeigneter Angebotsstrukturen einzubeziehen.

Grenzen der Gesundheitsberichterstattung

Um den Bericht im Auftrag der GMK erstellen zu können, musste die AOLG/AG Psychiatrie erneut – wie schon für den Bericht 2003 – eine „umfangreiche und alleinig zu diesem Zweck von den Psychiatriereferentinnen und -referenten konzipierte Datenerhebung in allen Bundesländern durchführen. Ausgehend von der These, dass es möglicherweise eine eher ländlich und eine eher städtisch geprägte Ausgestaltung psychiatrischer Hilfen gibt, wurden ergänzend Daten in ausgewählten Großstädten und Ballungsräumen erhoben“. Damit bestätigt die GMK die auch von der DGPPN beklagten Defizite einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung über psychische Krankheiten und ihre Versorgung. Wie wichtig kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung ist, exemplifiziert der Bericht anhand der Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS); die Ergebnisse des Moduls „psychische Gesundheit von Erwachsenen“ des Deutschen Gesundheits surveys (1998) liegen inzwischen eine Dekade zurück. So lässt sich eine bedarfsgerechte und gleichmäßige (§ 70 SGB V) Versorgung unter – politisch gewollt – zunehmendem ökonomischen Druck nicht steuern.

Der Bericht präsentiert in seinem Tabellenanhang einen „Kerndatensatz des psychiatrischen Versorgungssystems“; dieser ermögliche „erstmalig, die komplexen Strukturen in den psychiatrischen Versorgungssystemen der Länder transparent zu machen“. Dabei deutet der Bericht zurecht die Grenzen einer solchen Datenerhebung an und fordert – wie die DGPPN – letztlich eine Professionalisierung und Verstetigung der Berichterstattung. Die GMK hat die AOLG/AG Psychiatrie beauftragt, einen reduzierten Datensatz zu entwickeln. Die DGPPN steht hierfür gern als Kooperationspartner zur Verfügung.

Doppelte Versorgungsstrukturen vermeiden

Die DGPPN unterstützt die Analyse der AOLG/AG Psychiatrie des psychosomatisch/psychotherapeutischen Versor-

gungsauftrags, der klarer definiert und regional strukturiert besser gesteuert werden müsse. Es bedürfe einer klaren Abgrenzung bzw. Abstimmung bezüglich der Diagnosen und Indikationen gegenüber dem Versorgungsauftrag des Gebietes Psychiatrie und Psychotherapie, um Doppelstrukturen und Patientenselektionen zu vermeiden. Die „Dichotomisierung der Versorgung von psychisch bzw. psychosomatisch kranken Menschen ist weder unter fachlichen noch wirtschaftlichen Gesichtspunkten akzeptabel“. „Bei einer Fortsetzung dieser Doppelstruktur besteht die Gefahr einer erneuten Aussonderung und Konzentration chronisch psychisch kranker Menschen, verbunden mit einer unweigerlichen Stigmatisierung sowie möglicherweise auch einer Ausweitung der Chronifizierung“. Auf die Gefahr einer derartigen Entwicklung hatten bereits Sondervoten zur Psychiatrie-Enquete hingewiesen. Die DGPPN bedauert, dass die in diesem Zusammenhang vorgetragene, heftige Kritik der Bundespsychotherapeutenkammer am Bericht der AOLG/AG Psychiatrie von durchsichtigen berufspolitischen Partikularinteressen geprägt ist, statt die Aufforderung des Berichts zur partnerschaftlichen Kooperation im Interesse der Versorgung der Bevölkerung aufzugreifen. Die DGPPN vertritt die Ansicht, dass hier dringend der interdisziplinäre Austausch unter neutraler Moderation initiiert werden muss mit dem Ziel einer fachintegriert optimierten Versorgungskonzeption. Dabei sollten auch empirische Daten zur gegenwärtigen Versorgungssituation psychisch und psychosomatisch Kranker wegleitend sein. Die DGPPN hat aus diesem Grund Antrag auf Förderung eines Forschungsprojekts zur disziplinen- und sektorenübergreifenden Versorgungsanalyse anhand von Krankenkassen- und Rentenversicherungsdaten im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung gestellt.

Finanzierungsfragen klären

Die AOLG/AG Psychiatrie bekennt sich zum Prinzip der regionalen Pflichtversorgung und mahnt – in politisch gebotener Zurückhaltung – „eine Weiterentwicklung des auf der Psychiatriepersonalverordnung aufbauenden Finanzierungssystems“ an. Dem ist die DGPPN grundsätzlich aufgeschlossen und er-

wartet, in die Vorarbeiten für ein „eigenständiges tagesbezogenes pauschalisiertes Vergütungssystem“, wie inzwischen in den „Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ des Bundesgesundheitsministeriums (06/2007) und sinngemäß auch im „Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen“ (11/2007) formuliert, einbezogen zu werden. Grundsätzlich zu begrüßen ist, dass „die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden soll“. Der Bericht selbst hatte sich noch mit der Feststellung begnügt, dass Verträge über integrierte Versorgung gemäß § 140a ff SGB V für psychisch Kranke noch eher Raritäten darstellen.

Zusammenarbeit von Rehabilitations-trägern

Der Bericht empfiehlt darüberhinausgehende regionale Verbundstrukturen, eine institutionalisierte Zusammenarbeit als Plattform für Hilfeplankonferenzen und das Case-Management für schwer chronisch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf im Bereich des SGB XII (Eingliederungshilfe). Der Bericht stellt zutreffend fest: „Auch künftig werden stationäre Heimeinrichtungen unentbehrlich sein, doch sollte es über 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete selbstverständlich sein, dass psychisch kranke Menschen das gleiche Recht wie somatisch kranke Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben in einer selbst gewählten privaten Umgebung haben und ihnen somit die Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht wird“. Mit der Aufnahme des Benachteiligungsverbots behinderter Menschen ins Grundgesetz (Artikel 3) und dem sich daraus ergebenden Behindertengleichstellungsgesetz (2002) und dem SGB IX wird auch psychisch Kranken Teilhabe, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung garantiert. Der Bericht fordert zurecht „intensivere Anstrengungen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und empfiehlt „bessere Koordinierung der Leistungen und ein umfassendes Zusammenwirken der Rehabilitationsträger“.

Rehabilitation vor Rente

Der Bericht kritisiert konkret: „Das Prinzip Rehabilitation vor Rente wird bei psychisch kranken Menschen eindeutig nicht umgesetzt. Die hohe Zahl erwerbsunfähiger Frührentner weist auf diese Problematik hin. Ziel muss es sein, die Frühverrentungen zu vermindern. [...] In der Praxis sollte die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen – eine ausreichende Motivation und psychopathologische Stabilität vorausgesetzt – ohne lange Vorbereitungsphase im beschützenden Rahmen. [...] Therapie und Rehabilitation müssen noch näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken, um sie während der Teilnahme am normalen Leben zu unterstützen und zu fördern.“

Bezüglich der forensischen Psychiatrie und der „steigenden Belastung der Maßregelvollzugseinrichtungen im gesamten Bundesgebiet“ setzt die AOLG/AG Psychiatrie Hoffnungen auf Entlastung durch die Novellierung insbesondere der §§ 64, 67 ff StGB (Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt, in Kraft seit 19.07.2007 und Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht, in Kraft seit 17.04.2007). Die DGPPN hatte in diesen Gesetzgebungsverfahren grundsätzlich zustimmend Stellung bezogen.

Versorgung gemäß demografischer Entwicklung

Zurecht betont der Bericht die – der demografischen Entwicklung geschuldet – wachsende Bedeutung der Gerontopsychiatrie. Von den Handlungsempfehlungen seien hier nur einige aufgegriffen: Die AOLG/AG Psychiatrie favorisiert die Implementierung interdisziplinär-integrativ arbeitender Abteilungen, in denen Geriater, Psychiater und Neurologen kooperieren. „Niedergelassene Psychiater müssen eine spezifische gerontopsychiatrische Kompetenz erwerben und intensiv mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten (Kooperationsvereinbarungen)“. Es sei erforderlich, „ökonomische Anreize im Sinne der Unterstützung des Teilhabebgedankens neu zu setzen (lebensfeldorientierte – ambulante statt institutionelle – stationäre Hilfen)“. Versorgungsforschung sei zu fördern, um die Identifikation optimierter Versorgungsmodelle zu fördern. Für die Suchthilfen fordert die AOLG/AG

Psychiatrie vertraglich abgesicherte „systematische Vernetzungen“, „trägerübergreifende Zusammenführung der unterschiedlichen Angebote“. Es sei „Aufgabe der jeweiligen Kostenträger, die Leistungserbringer auf Kooperation und Koordination zu verpflichten“, „Vernetzung zwischen Suchtkrankenhilfe und Arbeitsverwaltung“ sei zwingend geboten. Besonderer Anstrengungen bedürfe die Suchthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund. „Höchste Priorität hat die Intensivierung der Präventionsanstrengungen bei Kindern und Jugendlichen.“

Frühintervention bei Sucht

Leider nicht explizit diskutiert werden die Finanzierungsprobleme bei qualifizierter Entgiftung. Besonders erwäh-

nenswert unter den Handlungsempfehlungen ist die Forderung: „Angebote zur Früherkennung und Frühintervention müssen weiterentwickelt und umgesetzt werden.“ Inzwischen – am 03.12.2007 – hat die AOLG in aller Form die Kostenträger und Leistungserbringer aufgefordert, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Die Reaktion des Gemeinsamen Bundesausschusses auf die sehr konkrete Empfehlung, den Ausschluss Suchtkrankener in den Soziotherapie-Richtlinien wegfällen zu lassen, bleibt abzuwarten.

Vor dem Hintergrund der anhaltenden gesundheitspolitischen Debatte beachtlich ist das Bekenntnis der Arbeitsgruppe: „Die Diamorphinbehandlung eignet sich damit für die kleine Gruppe der Schwerstabhängigen (etwa 4% der Opiatabhängigen) als ultima ratio nach

gescheiterten Therapieversuchen.“ Die DGPPN teilt diese Einschätzung.

Die DGPPN begrüßt, dass psychische Erkrankungen als gesamtgesellschaftliche Herausforderung – wie dieser zweite Bericht der AOLG/AG Psychiatrie eindrucksvoll beweist – im öffentlichen Bewusstsein angekommen sind. Der Bericht identifiziert vielfältige geeignete Maßnahmen, die zur Bewältigung der Herausforderung beitragen können. Für den weiteren Beratungsprozess steht die DGPPN selbstverständlich zur Verfügung.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze
Gesundheitspolitischer Sprecher der
Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde
(DGPPN)
Asterweg 65, 50259 Pulheim