

Berufsverband für Nervenheilkunde
Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie
- Schleswig – Holstein e. V. -

Der Schriftführer und stellvertretender Vorsitzende
Dr. med. Jens Burmester, Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie
Holstenstr. 42- 44, 24103 Kiel
Tel. 0431- 9 16 26, Fax 0431- 97 81 72, E-mail Dr.J.Burmester@t-online.de

*[An den Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages
per E-Mail 01.02.2011]*

Stellungnahme zur Fortschreibung des Psychiatrieplans SH Januar 2011

Allgemeines:

Die psychiatrische Versorgungslage ist schlecht. Die meisten Patienten mit psychischen Störungen werden allein durch die Menge bedingt von Hausärzten versorgt. Danach kommt die Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte und Psychiater, deren Anzahl aber immer mehr abnimmt. Die zunehmende Anzahl von Psychotherapeuten hilft dabei kaum weiter (s. unten). Die Versorgung durch psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen kann sich unter dem wirtschaftlichen Druck auf die Belegungsdauer nur auf Kriseninterventionen beschränken. Auch dort ist der Mangel an Fachkräften bzw. Assistenzärzten eklatant. Ohne ausreichendes Personal ist aber weder ambulant noch stationär eine gute oder auch nur knapp ausreichende Versorgung sicher zu stellen.

Merksatz: Psychiatrie wird mit Menschen gemacht.

Zum Speziellen:

- 1) Die Anzahl von Nervenärzten im Lande muss bedingt durch die Änderung der Weiterbildungsordnung (Trennung des Faches in Neurologie und Psychiatrie) sinken, was dazu führt, dass bei der herrschenden Bedarfsplanung nun entweder ein Neurologe oder ein Psychiater den Arztsitz weiter betreibt, aber nur die Hälfte der Versorgung anbieten kann. Neurologen tragen fortbildungsbedingt kaum zur psychiatrischen Versorgung bei. Bei steigender Notwendigkeit und Nachfrage nach psychiatrischer Behandlung (s. TK-Studie) entsteht eine immer größere Knappheit an Versorgern, da die letzten niedergelassenen Psychiater aus wirtschaftlichen Gründen vorwiegend als Psychotherapeuten arbeiten (zur Problematik s.u.), d.h. für die Grundversorgung psychisch Kranker nicht mehr zur Verfügung stehen. Der Ankauf von freien Nervenarzt- bzw. Psychiatersitzen durch Krankenhäuser und Überführung in ein MVZ verschlechtert die Lage nochmals, da die dort tätigen Kollegen aus dem stationären Bereich nach unseren Erfahrungen nicht bereit sind, eine so

hohe Patientendichte am Tag zu tolerieren. Dort werden dann eben nicht mehr so große Patientenzahlen versorgt wie vorher.

- 2) Die Einweisung bzw. Aufnahme in psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen geht selten auf Veranlassung von Nervenärzten oder Psychiatern zurück, sondern ist von Hausärzten verursacht oder durch Eigeneinweisung und Notfall seitens des Patienten. Hier führen die fehlenden Ressourcen ambulant zu stationären Behandlungen und hohen Kosten. In den Krankenhäusern selbst fehlen ärztliche Mitarbeiter. Die Quote an unbesetzten Arztstellender Psychiatrie ist mit ca. 7,5 % bundesweit die höchste in allen Fachgruppen. Als Beispiel für Schleswig-Holstein sei nur die Abteilung in Itzehoe genannt, wo drei Arztstellen bis hin zum leitenden Oberarzt vakant sind. Eine wohnortnahe stationäre Versorgung ist natürlich wichtig für Patienten, erscheint aber immer mehr gefährdet.

Aber auch die Ausbildung zukünftiger Psychiater ist deutlich in Gefahr mit weiterer Verschlechterung der Gesamtlage.

- 3) Regionale Psychriatriebudgets sind bis jetzt nur für Krankenhausabteilungen interessant und dienen vorwiegend dem Verschieben bisher stationär behandelter Patienten in billigere Versorgungsmöglichkeiten, also der Kostenersparnis der Betreiber. Die Einrichtung teilstationärer Angebote ist eine gute Alternative zur vollstationären Behandlung, sollte aber immer in Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen durchgeführt werden.

Die schon umgesetzten Pläne einiger Kostenträger, eine ambulante Psychiatrie ohne Fachärzte zu installieren, sehen wir mit Sorge, nicht nur um die eigene Zukunft, sondern vielmehr aus der Befürchtung heraus, diese Strukturen können noch weiter den Kostendruck auf den Patienten runter brechen, der dann dem System nicht mehr entkommen kann (Stichwort Netzwerk Psychische Gesundheit der TK).

- 4) Die gerontopsychiatrische Versorgung also alter, mehrfach Erkrankter vorwiegend in Alten- und Pflegeheimen, aber auch Zuhause ist völlig katastrophal und liegt fast ausschließlich in den Händen der Hausärzte, die mit der komplexen Behandlung neurodegenerativer Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder den unterschiedlichen Demenzformen überfordert sind. Die Zusammenarbeit mit Nervenärzten und Psychiatern ist aber zugegebenermaßen schwierig, da unter den herrschenden Bedingungen kaum Kollegen bereit sind, in Heime zu fahren oder Hausbesuche durchzuführen. Für neuropsychiatrische Weiterbildungen konnten wir leider weder Hausärzte noch Kostenträger gewinnen.
- 5) Problematik Psychotherapie und Psychiatrie: In der Öffentlichkeit ist die Psychotherapie allem Anschein nach die Hauptversorgungsform für psychische Erkrankungen. Deutlich wird die Stigmatisierung von Psychiatern durch die häufige Überweisung an uns als „Fachärzte für Psychologie“. Nach den vorliegenden Untersuchungen (IGES- bzw.

Melchinger-Gutachten) versorgen aber die (vorwiegend psychologischen) Psychotherapeuten allenfalls ein Drittel der Patienten, jedoch mit der Folge hoher Behandlungskosten. Hier zeigen sich Fehlallokationen im System. Im persönlich-kollegialen Kontakt ist die Zusammenarbeit aber gut und auch wichtig. Den Plänen der psychologischen Psychotherapeuten, selber „krankschreiben“ oder rezeptieren zu dürfen, kann aus ärztlicher Sicht nur heftig widersprochen werden. Dies sind rein ärztliche Aufgaben, für deren verantwortliche Ausführung nach sechs- bis sieben-jähriger Aus- nochmal eine ebenso lange Weiterbildung Voraussetzung ist.

- 6) Abschließend würden wir Niedergelassen uns eine Weiterbildungsinitiative entsprechend den Programmen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung wünschen mit politischer Unterstützung bei der Entstigmatisierung unserer Patienten aber auch unserer Fachgruppe. Um eine finanzielle Förderung der Weiterbildungsmöglichkeiten stationär wie ambulant käme man wohl nicht herum.

Zu den im Antrag der SPD-Fraktion aufgeführten Punkte:

- 1) Die Prävention psychischer Erkrankungen ist leider im Gegensatz zu den somatischen Fächern noch nicht recht weit gekommen, was auch an der Komplexität der Störungen liegt. Im Allgemeinen kann man aber sagen, dass die Art, wie sich unsere Gesellschaft organisiert mit immer höherem Druck auf den Einzelnen und menschenverachtendem Umgang vor allem bei Personalabbau (Stichwort Mobbing), zu den steigenden Zahlen an Patienten deutlich beiträgt. Aber auch in der somatischen Medizin selbst ist immer weniger Zeit für den Einzelnen und seine Sorgen und schon gar keine Gelegenheit, ihm Wege zur individuellen Lebens- und Krankheitsgestaltung aufzuweisen. Die Therapiemodelle unseres Verbandes werden nur gering geachtet, könnten aber viel Leid und auch Kosten sparen. Für die allgemein-politischen Umstände sehen wir wenig Bereitschaft zur Änderung. Eine nur kosmetische Ankündigung einer Verbesserung bringt wenig. Wissenschaftlich muss man anerkennen, dass vorwiegend Maßnahmen in der frühen Kindheit später Erfolge und bessere Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Störungen bewirken. In den somatischen Fächern ist dies ja z.B. durch Bewegungsinitiativen gelungen.
- 2) Eine Auflistung der vorhandenen Angebote ist zumindest in der Landeshauptstadt ja vorhanden, sicher auch in anderen Regionen. Mit den Selbsthilfegruppen arbeiten Nervenärzte und Psychiater schon seit Jahren gut zusammen. Auf dem Lande ist dies sicher schwieriger, zumal psychisch Kranke oft wenig mobil sind und auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen.
- 3) Strukturell bedingt sind reine Psychotherapeuten leider schlecht erreichbar (Anrufbeantworter) und haben wiederum behandlungsbedingt nur geringe Kapazitäten. Die Odyssee der Patienten mit telefonischer Kontakt-

Stellungnahme BVDN Psychiatrieplan SH

- aufnahme, Warten auf Rückruf und Enttäuschung über lange Wartezeiten ist ärgerlich. Vorbehaltlich der Zulassung neuer Therapeuten ließe sich durch ein höheres Gruppenangebot hier der Mangel etwas lindern.
- 4) Der Bedarf an gerontopsychiatrischer Behandlungskompetenz wird mit Sicherheit in den nächsten Jahren steigen, ist ja jetzt schon defizitär. Tagespflegestätten, Tageskliniken und (in geringerem Maße) spezialisierte Krankenhausabteilungen werden notwendig werden, möglichst wohnortnah. Nur durch ein verbessertes ambulantes Angebot kann die (oft unnötige) Heimaufnahme verhindert oder wenigstens verzögert werden.
 - 5) Zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie können wir nur wenig sagen, erleben aber durch den Druck auf unsere Praxen, auch Jugendliche zu behandeln, den Mangel. Die bisher dort vorhandene sozialpsychiatrische Kompetenz ist ja leider mittlerweile ausgehebelt worden, so dass hier Änderungsbedarf bei der Vertragsgestaltung besteht.
 - 6) Für Patienten mit Migrationshintergrund besteht wirklich kaum ein Angebot. Die Versorgung in Praxen ist durch den hohen Organisationsaufwand (Absprache mit Übersetzern, Kontakte zu Behörden) kaum zu leisten. Hier wären an bestehende Strukturen angeschlossene Angebote besser geeignet.
 - 7,8+9) Ähnliches gilt für den Bereich forensischer Patienten.
 - 10) Regionalbudgets könnten die koordinierte Versorgung verbessern, wenn es gelänge, Berührungspunkte seitens der Beteiligten (Krankenhausmitarbeiter und Niedergelassene) sowie die unterschiedlichen wirtschaftlichen Kompetenzen auszugleichen. Nur ein für beide Seiten auskömmliche Regelung hätte Aussicht auf Bestand.
 - 11,12+13) Eine Vernetzung der unterschiedlichen stationären und ambulanten Angebote wird immer wichtiger werden, um unnötige Aufnahmen zu vermeiden und Kosten einzusparen.
 - 14) Eine Versorgung psychisch Kranker wohnortfern ist nur in den seltensten Fällen notwendig und hilfreich.
 - 15) Hier gilt der Merksatz von oben: Psychiatrie wird mit Menschen gemacht. Ohne motiviertes Personal ist hier keine sachgemäße Versorgung möglich.
 - 16) Der Wunsch nach standardisierter „Qualität“ geht oft an den realen Behandlungsmöglichkeiten vorbei. Die Phantasie, mit den Möglichkeiten der produzierenden Industrie grade in der Psychiatrie „zu kontrollieren und zu verbessern“ ist irrig.
 - 17+18) Wir erleben öffentliche Hilfeplanung als hilfreich, aber für die Betroffenen oft wenig nachvollziehbar bzw. als zu autoritär. Das persönliche Budget wäre eventuell geeignet, hier mehr Freiheitsgefühl dem Einzelnen zu ermöglichen. Die Erfahrungen sind jedoch bisher zu gering.
 - 19) Zumindest in Kiel sind die Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten

Stellungnahme BVDN Psychiatrieplan SH

für unsere Patienten sehr gut. Die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen ist zumindest befriedigend. Der in letzter Zeit aber hohe Druck auf Leistungsausweitung der Patienten (längere Arbeitszeit) erweist sich aber zunehmend als kontraproduktiv.

- 20) Eine statistische Differenzierung neurologisch, psychiatrisch und psychosomatisch bedingter Inanspruchnahme des Systems wird eine immer stärker werdende Notwendigkeit von Behandlungsangeboten aufzeigen. An den Ergebnissen wären wir sehr interessiert.
- 21) Aus den oben angeführten Einlassungen ist sicher deutlich geworden, dass eine umfassende Weiterbildungsinitiative in allen Bereichen mehr als notwendig ist, sollen nicht in naher Zukunft keine Behandler mehr zur Verfügung stehen.

Dr. Jens Burmester

Dr. Fritz König