



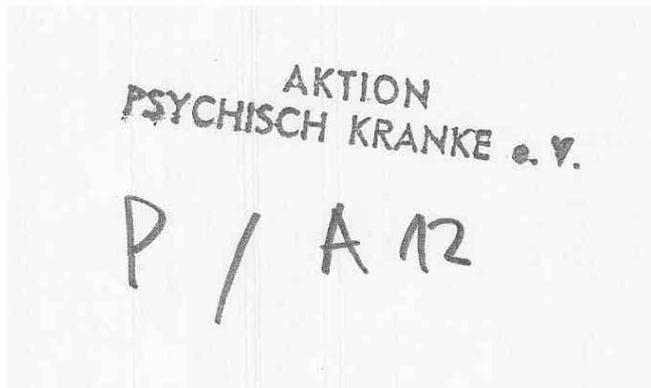
Ambulante Dienste für psychisch Kranke

Ambulante Dienste für
psychisch Kranke

Tagungsbericht

Herausgegeben von
Manfred Bauer
Hans K. Rose
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte Band 6



Ambulante Dienste für psychisch Kranke

Tagungsbericht

Herausgegeben von Manfred Bauer
Hans K. Rose AKTION
PSYCHISCH KRANKE

1981

RHEINLAND-VERLAG GMBH -
KÖLN

in Kommission bei Rudolf Habelt Verlag GmbH • Bonn

Hergestellt mit Unterstützung der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

© 1981 Rheinland-Verlag GmbH - Köln
Anschrift: Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2
Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland
Umschlagentwurf: Renate Triltsch • Köln
Druck: Ziegler Beckmann - Köln
ISBN 3-7927-0574-5

Inhalt

Vorwort 7

Eröffnung 9
M. Bauer, H. K. Rose

Grundsatzüberlegungen

- Typen ambulanter Hilfen bei psychischen Krankheiten 15
H. Katschnig

- Psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte
und ambulante Dienste 31
M. v. Cranach

- Institutionsgebundene ambulante Dienste in der Psychiatrie -
Ergebnisse einer Umfrage 43
M. Bauer, H. K. Rose und E. v. Watzdorf

- Diskussion zu den Grundsatzüberlegungen 57

Praktische Varianten der Realisierung 1.

Die nervenärztliche Praxis

- Erfahrungen aus der Arbeit einer nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis.
Überlegungen zur Einbeziehung niedergelassener Nervenärzte in
sozialpsychiatrische Arbeit 69
U. Ulrich

- Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie
in einer nervenärztlichen Praxis 77
P. Mikus

- Sozialpsychiatrie und gemeindenaher Versorgung 87
H. M. Jacob

- Diskussion zu den Referaten 95

2. Ambulante psychiatrische Dienste am Krankenhaus

- Ambulante psychiatrische Dienste am Krankenhaus 107
H. Koester

- Kriseninterventionszentrum im Krankenhaus Am Urban,
Berlin-Kreuzberg 115
J. H. A. Götte und U. Saleh

3. Ambulante psychiatrische Dienste in der Gemeinde

- Die Rolle des psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes
im Rahmen ambulanter Dienste 129
K. Behrends
- Rheinische Landeslinik Mönchengladbach -
Darstellung einer Nachsorgeambulanz 137
E. Spanken
- Beratungsstellen für soziale und psychische Probleme der Stadt Hannover
(Sozialpsychiatrische BS) -Organisation, Aufgaben, Ergebnisse 145
D. v. Ekesparre
- Zum Stand der ambulanten psychiatrischen Versorgung in
Ostfriesland (Emden - Aurich - Leer) 157
H. Krüger
- Diskussion zu den Referaten 167

Versicherungsrechtliche und standesrechtliche Gegebenheiten

- Entwicklung von ambulanten Diensten an psychiatrischen Einrichtungen seit
Novellierung der RVO
Versicherungsrechtliche Gegebenheiten aus der Sicht der
Sozialversicherungsträger 177
W. Wecke!
- Versicherungsrechtliche und standesrechtliche Gegebenheiten
ambulanter psychiatrischer Dienste aus der Sicht der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung 183
R. Hess
- Rechtliche und finanzielle Bedingungen, Einschränkungen
und Möglichkeiten 189
D.-U. Drost

Podiumsdiskussion 207

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer 225

Anhang

- Verzeichnis der Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern
in der Bundesrepublik Deutschland 229
- § 368 n der RVO 233

Vorwort

Am 13./14. Juni 1980 veranstaltete die AKTION PSYCHISCH KRANKE in der Medizinischen Hochschule Hannover eine Informations- und Arbeitstagung über „Ambulante Dienste in der Psychiatrie“. Vordringliches Ziel dieser Tagung war es, die in den unterschiedlichen Praxisfeldern arbeitenden niedergelassenen Nervenärzte, die Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Dienste an Gesundheitsämtern und die in psychiatrischen Krankenhaus-Ambulanzen Tätigen zu einem Erfahrungsaustausch und zur öffentlichen Reflexion ihrer jeweiligen Position zu veranlassen. Neben den „Praktikern der ersten Linie“ gelang es, wichtige Vertreter der Landesorganisationen und der Versicherungsträger zu Referat und Diskussion zu gewinnen.

Die Atmosphäre dieser beiden Tage läßt sich nicht so einfach wiedergeben - Referate und Diskussionsbeiträge dagegen sind im vorliegenden Band gesammelt. Obgleich die Diskussionsbemerkungen für den Druck gestrafft und manches erst in lesbares Deutsch gebracht werden mußte, hoffen wir, daß die Spontaneität und das Engagement der Teilnehmer noch erkennbar bleiben und Folgen zeigen werden.

Das bedeutsamste Ergebnis dieser Tagung war für viele Teilnehmer die Tatsache, daß sich der seit Jahren in allen möglichen Varianten ausgetragene Konflikt zwischen niedergelassenen Nervenärzten und institutionalisierten ambulanten Diensten, der auch zu Beginn der Tagung deutlich spürbar war, in knappen zwei Tagen unter der entideologisierenden Macht des Faktischen zunehmend verflüchtigte. Das ging soweit, daß ein Teilnehmer es „schlichtweg sensationell“ finden konnte, „daß die Mehrzahl der niedergelassenen Nervenärzte in Hannover die Arbeit der sozial-psychiatrischen Ambulanzen mittlerweile für unverzichtbar hält“. Wenn dies das Leitmotiv des nächsten Jahrzehnts psychiatrischer Entwicklung werden sollte, wenn Kooperation statt Konfrontation sich durchzusetzen beginnt, dann hätten wir alle eine Sorge weniger,

Die Beiträge der einzelnen Referenten und Diskutanten, die Berichte von ihrem praktischen Tun und den dabei zu überwindenden Schwierigkeiten und Hindernissen zeigten aber auch, daß dieser wünschenswerten und von allen Teilnehmern unterschiedslos gewünschten Entwicklung keine Automatik innewohnt, auf die vertrauend wir alle die Hände in den Schoß legen könnten. Zu kompliziert sind die gewachsenen Strukturen unseres Gesundheitswesens, zu verstrickt wir alle in zur Zeit nur partiell kompatible Interessenlagen, als daß wir ohne eigene Anstrengung uns daraus befreien könnten. Psychiatrie, das zeigte sich auch in Hannover und mußte sich an der „Ambulanzfrage“ in besonderem Maße entzünden, findet nicht im politik- und interessenfreien Raum einer Gesellschaft statt, in der Interessengegensätze im übrigen - notwendigerweise - zum Alltag gehören.

Die Tagung hat aber auch - und gerade hier sehen wir die Bedeutung der vorliegenden Broschüre - neben Erfahrungen aus verschiedenen Praxisfeldern vielfältige Lösungsmöglichkeiten und Wege aufgezeigt, die beharrlich weiterbeschritten und ausgebaut werden können und müssen, wenn die ambulante Behandlung und Betreuung psychiatrischer Patienten, besonders auch der schwerstgestörten untern ihnen, verbessert werden soll. Das gerade in Gang kommende „Modellprogramm Psychiatrie“ der Bundesregierung mag dann eine gute Gelegenheit sein, auf breiter Basis die Probe auf jene Exempel zu machen, von denen im vorliegenden Band berichtet wird.

Hannover/Bonn, Januar 1981

Die Herausgeber

Eröffnung

M. Bauer, H, K. Rose

Die wesentlichen Aufgaben der weiteren Entwicklung unseres Systems psychiatrischer Versorgung liegen da, wo es um die Schaffung, Differenzierung und Koordination ambulanter Behandlungsmöglichkeiten geht. Die heute vielfach - wenigstens prinzipiell - schon gegebene Möglichkeit, psychisch Kranken die Hospitalisierung zu ersparen und sie unter Bedingungen zu therapieren, die es ihnen erlauben, in ihren gewohnten Lebensbezügen zu bleiben, sowie die Notwendigkeit, stationärer Therapie häufig Nachbetreuung und Langstreckenbehandlung folgen zu lassen, stellen uns vor Probleme, denen die herkömmliche Organisation psychiatrischer Institutionen nicht gerecht werden kann, ebenso wenig wie den präventiven Aufgaben.

Psychiatrische Krankenhäuser hier, niedergelassene Nervenärzte dort, das Gesundheitsamt mit seinen ungenügend entwickelten Funktionen irgendwo dazwischen und daneben vielleicht noch Beratungsdienste, die dem harten Kern der psychiatrisch Kranken nichts bringen - das alles kann die Bedingungen für kontinuierliche, unter Umständen lebensbegleitende Therapieangebote nicht abgeben und schon gar nicht die in der Psychiatrie regelmäßig erforderliche Integration medizinischer, psychischer und sozialer Hilfen garantieren.

In den Prinzipien, die die Reformen der Psychiatrie tragen - im Prinzip der Gemeindenähe von Behandlungsmöglichkeiten, im Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken -, liegt implizit schon das Gebot des Ausbaus von Ambulanzen. Der vergleichende Blick auf Organisation und Möglichkeiten körpermedizinischer Therapie und ihre Fächerungen zeigt das ohne weiteres.

Die Entwicklung der Psychiatrie hierzulande im letzten Jahrzehnt hat solchen Einsichten, deren wissenschaftliche, praktische und humane Begründung hier nicht reflektiert werden soll - zumindest nach Konzeption und Zielsetzung - Rechnung zu tragen versucht. Ambulante Therapie ist möglich in den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Gesundheitsämter, die bevölkerungsnahe situiert und für die Langstreckenbegleitung von Patienten bestimmter Problemgruppen ausgestattet sind. Die so erreichte Erweiterung des Therapieangebots - womöglich noch im Verbund mit regionalisiert arbeitenden Kliniken - hat da, wo man inzwischen gewisse Entwicklungsstrecken überschauen kann, gezeigt, daß auf diesem Wege Bedürfnisse befriedigt werden, die vorher und anders nicht abgedeckt werden konnten.

Befürchtungen, es entstünde hier eine ungute Konkurrenz für die nervenärztlichen Praxen, die natürlich an der Versorgung weiterhin maßgeblich beteiligt sind, haben sich nicht erfüllt. Im Gegenteil - und das dürfte auch im Verlaufe

dieses Symposiums zur Sprache kommen: Die Arbeitsteilung hat zur Optimierung und ökonomisierung der Tätigkeit niedergelassener Kollegen beigetragen. Auch ursprüngliche Ängste, ein „psychosoziales Spinnennetz“ könne die Freiheit unseres Gemeinwesens lahmen, haben sich verflüchtigt.

Durch die neu entstandenen Ambulanzeinrichtungen ist freilich jenes Problem nicht gelöst, das in der Diskontinuität von stationärer (d. h. zumeist von den Landeskrankenhäusern geleisteter) und ambulanter Behandlung liegt.

Hier haben Enquete-Empfehlungen und Initiativen der AKTION PSYCHISCH KRANKE mit reformerischen Impulsen angesetzt. Die Änderung der Reichsversicherungsordnung in den Passagen zur Weiterentwicklung des Kassenarztes vom 12. 11. 1976 schuf die Voraussetzungen für eine Verwirklichung der therapeutischen Kette auch im Handlungsraum psychiatrischer Krankenhäuser. Die Neufassung des § 368 n Abs. 6 gibt - bei Vorliegen der entsprechenden personellen und finanziellen Gegebenheiten - die Möglichkeit, ein psychiatrisches und psychotherapeutisches ambulantes Angebot zur Sicherstellung der Versorgung anzugliedern. Es heißt hier:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 200 aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und diese Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten. Satz 1 gilt entsprechend für Verträge mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung, wenn diese über die hierfür notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen; bei Verträgen mit Krankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen bedarf es außerdem der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, daß der Vertrag als Abschluß zur Sicherstellung dieser ambulanten Versorgung erforderlich ist.“

Das bedeutet - setzt man voraus, es wird dem Geist und dem Buchstaben des Gesetzes entsprechend verfahren -, daß künftig psychiatrische Diagnostik und Akutbehandlung einschließlich Krisenintervention, filterndem Screening (Vorschaltambulanz) sowie Nachbehandlung, Nachsorge und Rehabilitation in der Verantwortung der die stationäre Therapie tragenden Einrichtungen liegen können.

Daß die Neuregelung der RVO keineswegs leicht durchzusetzen und auch umstritten war, ist bekannt. Der wichtigste Einwand, durch die Übernahme ambulanter Aufgaben werde die personelle Belastung der ohnehin unzureichend ausgestatteten Krankenhäuser noch größer, - die Wahrnehmung der neuen Aufgaben gehe also zulasten der alten -, ist solange ernst zu nehmen, wie schwerwiegende Ausstattungsmängel dort nicht behoben sind.

Andere Bedenken, die konsequente Weiter- und Nachbehandlung durch die Kliniken (Landeskrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemein-

Krankenhäusern haben hier die gleichen Möglichkeiten) werde den nervenärztlichen Praxen die Existenzgrundlage entziehen, lassen sich ziemlich überzeugend entkräften. Wies man doch nach, daß der Prozentsatz psychotisch Kranker, die sich nach einer Klinikentlassung bei den Nervenärzten vorstellen, unter einem Drittel liegt, bei Alterskranken und Abhängigen - Klientelen mit gleichfalls längerfristigen Versorgungsbedürfnissen - ist der Anteil noch geringer.

Ambulanzen an Kliniken - therapeutisch sinnvoll ja, notwendig wohl auch, aber auch praktikabel?

Wie zu erwarten, war nicht nur der Weg bis hin zu den gesetzlichen Grundlagen schwierig, auch auf der Strecke bis hin zur praktischen Realisierung zeigen sich genügend Hindernisse.

Man mußte befürchten, daß sowohl bei der praktischen Organisation wie bei der administrativen Durchsetzung im Detail mancher Elan erlahmen, mancher Optimismus gedämpft würde. Die Initiatoren dieses Treffens stellten sich die Frage, ob die mit der Novelle ermöglichten Verbesserungen auch realisiert werden können, ob der reformatorische Rahmen voll zu nutzen ist. Es schien uns angemessen und gerechtfertigt -wohl eingedenk, daß die Horizonte einer Psychiatrie-politischen Landschaft durch Interessengerangel, administrative Sachzwänge und Standes- sowie institutions-ideologische Egoismen verstellt sind - nach Konzepten, Sachangemessenheit und Effizienz der sich neu ordnenden ambulanten Praxis zu fragen, also nach der zur Zeit tragenden Philosophie der extramuralen Versorgung. Gerade der vielfach noch provisorische oder Modellcharakter der jetzt doch schon häufiger den Kliniken angebundnen Ambulanzen muß Anlaß zu kritischer und evaluativer Begleitung geben, das Experiment meint ja nicht den Dispens von Verbindlichkeit. Die Gefahr, daß Energie und Mittel aus welchen Motiven auch immer am falschen Ort aufgewendet werden, ist doch gerade dann, wenn es um die Verwirklichung mit Mühen geborener Konzepte geht, besonders groß. Es scheint uns an der Zeit, Wege, die beim Ausbau ambulanter psychiatrischer Dienste eingeschlagen wurden, zu vergegenwärtigen. Dabei sind auch die Standorte jener einzuschätzen, die an der Entwicklung ex officio und von der Administration her, oder weil sie hier die Ermöglichung ihrer Praxis sehen, beteiligt sind. Die Kenntnis möglicher Varianten und der Austausch darüber scheint vordringlich und eine Analyse der Trends, die sich jetzt aus dem Zusammenspiel von Bedürfnis und Möglichkeit ergeben haben, ist angezeigt.

Wenn man diese Fragerichtung akzeptiert, ergeben sich Abfolge und Gliederung der Gespräche, die wir jetzt beginnen wollen, zwangsläufig.

Wir gehen aus von den theoretischen und empirischen Grundlagen psychiatrischer Ambulanz, von der Typik der Möglichkeiten und der Realität (- und Dürftigkeit) der Verwirklichung. Ergebnisse einer von uns mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE veranstalteten Bestandsaufnahme unterstreichen nachdrücklich die Entwicklungsbedürftigkeit dessen, was da erst begonnen hat.

Formen und Leistungen von Institutionen, nämlich von nervenärztlichen Praxen, psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und klinikferneren gemeindenahen Ambulanzen werden dargestellt, mehr exemplarisch und manchmal möglicherweise der idealtypischen Konstruktion näher als der Selbstverständlichkeit.

Schließlich ist zu erörtern, welche Chancen und Schwierigkeiten unserem gemeinsamen Anliegen in der augenblicklichen Situation der versicherungs-, kassen- und standesrechtlichen Gegebenheiten blühen. Ob der Mut zu Reprisen der sicher eindrucksvollen Einzelbeispiele, die funktionieren, dabei wächst, wird sich erweisen.

Über eines sollten wir uns nicht hinwegtäuschen. Wenn auch das Reden von Formen, Organisationen und rechtlich-gesetzlichen Möglichkeiten diese Zusammenkunft bestimmt, so als wäre eine andere ambulante Versorgung psychisch Kranker schon greifbare Wirklichkeit, so bewegen wir uns doch mit unseren Themen in den Vorhöfen der eigentlichen Problematik psychiatrischer Intervention. Nicht wenige wichtige Fragen bleiben ausgeklammert oder werden nur streifend berührt.

Die Dialektik von Hilfe und Kontrolle, die in diesem System herrscht, das Verhältnis von Selbsthilfepotential und institutionell verfügbarer öffentlicher Psychiatrie gerät sofort in den Blick, wenn man ihn über die Formen auf die Inhalte der Versorgung lenkt. Fragen nach Veränderungen und Ausweitungen des Therapiebegriffs, wie sie mit der besseren Verfügbarkeit psychosozialer Beratung und Therapie unweigerlich verbunden sind, werden sich stellen - ebenso wie der Gedanke an die Bestimmung dessen, was denn nun Gegenstand der Psychiatrie sein kann und was nicht, -vor dem Hintergrund des sich entwickelnden Systems sicher neu und bewußt reflektiert werden muß.

Schließlich, wird es auch aufgegeben sein, die qualitativen Veränderungen und Einflüsse auf beide - ambulante und stationäre - Therapien zu bedenken, die sich für beide aus ihrer engeren und direkteren Wechselbeziehung ergeben. Wir sind uns bei allem planerischen Optimismus, der aus der Konzeption des Tagungsprogrammes herausinterpretiert werden mag, durchaus im klaren, daß der Psychiatrie, je mehr sie sich mit der notwendigen Hilfe des Staates zu einer Maximierung ihres Effekts hinbewegt, diese Einbindung durchaus auch zur Mesalliance geraten und Monstren zeugen kann.

Soviel zum Rahmen der vor uns liegenden Gespräche und zu dem, was jenseits dieses Rahmens mitgedacht sein kann.

Grundsatzüberlegungen

Typen ambulanter Hilfen bei psychischen Krankheiten

H. Katschnig

„Jeder Seelengestörte muß von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog, er muß an einen anderen ihm unbekanntem Ort gebracht werden; die, welche ihn verpflegen, müssen ihm fremd sein. Er muß mit einem Wort gesagt, isoliert werden.“

Dem, der dies im 19. Jahrhundert schrieb, Friedrich Roller, dem Erbauer und späteren Direktor der Anstalt Illenau, kann fürwahr nicht vorgeworfen werden, ihm sei die typische humanitäre Haltung der Anstaltsgründer des frühen 19. Jahrhunderts abgegangen. Im Gegenteil, er war aus zutiefst ärztlicher Einstellung der Überzeugung, seinen Kranken durch Isolierung am besten helfen zu können.

Mehr noch: Friedrich Roller hatte eine soziale Theorie psychischer Gestörtheit*), die ihn zu dem genau gegenteiligen Schluß kommen ließ, wie er von den Befürwortern einer „gemeindenahen Psychiatrie“ heute vertreten wird.

Rollers Theorie der therapeutischen Wirksamkeit der Absonderung der psychisch Kranken aus seinen Alltagsbezügen ist jedoch durch die Entwicklung in den vergangenen 150 Jahren widerlegt worden. Nicht die von Roller beabsichtigte Heilung, sondern zusätzliches Leid und Chronifizierung sind vielfach die Folgen der Aufnahme in eine der überdimensionierten psychiatrischen Anstalten, wie uns zuerst Goffman (1961) und Barton (1959) als teilnehmende Beobachter, dann Wing und Brown (1970) und viele andere mit wissenschaftlichen Untersuchungen belegt haben (vgl. Ciompi, 1980).*)

Verschiedene Spielarten der „ambulanten Grundeinstellung“

Heute sind sich praktisch alle Beteiligten darüber einig, daß der Schwerpunkt der Betreuung psychisch Kranker nicht im stationären, sondern im ambulanten Bereich liegen soll. Freilich gibt es verschiedene Spielarten dieser „ambulanten Grundeinstellung“ (Katschnig, 1977): die der bedingungslosen Entlassung

„Der irre, welcher wähnt, plötzlich zum Herrn der Erde geworden zu sein, befiehlt allen, die bisher aus Neigung und Achtung nach seinem Willen gelebt haben, blinden Gehorsam. Ihm erscheinen jetzt Frau, Kinder und Freunde als Untertanen. Die Bekümmernisse seiner Familie, der Gram seiner Freunde, die ängstliche Sorgfalt aller, ihre Nachgiebigkeit gegen seine Eigenheiten, die Vorsicht, mit der jeder aus Furcht, ihn in Wut zu setzen, Widersprüchen ausweicht - muß ihn dies nicht alles mehr und mehr in seinen fixen Ideen von Macht und Herrschaft bestärken? Der Kreis seiner Familie ist sein Reich. Entfernt ihn daraus, so werden vielleicht schon dadurch allein die falschen Ideen schwinden. Fern von seinen Untertanen, mitten unter unbekanntem Gegenständen wird er zu sich selber kommen und all seine Aufmerksamkeit zur Kenntnis seiner neuen Lage nötig haben.“ (Zitiert in Mayer-Gross, 1932, S. 599f.)

psychisch Kranker aus den Anstalten, wobei es dem Zufall überlassen bleibt, ob überhaupt und welche Hilfen die Patienten weiterhin erhalten; eine technologisch gefärbte Richtung der sektorierten Psychiatrie, die sich in der Erfüllung eines gewissen Plansolls der Schaffung von alternativen Einrichtungen erschöpft; und die Richtung der „gemeindenahen Psychiatrie“ im eigentlichen Sinn, die das soziale Netzwerk, in dem die Patienten leben und ambulante Hilfen erhalten, tatsächlich ernst nimmt. In manchen Ländern finden sich diese Einstellungen nebeneinander, in anderen sind sie historisch hintereinander entstanden.

Die erste Phase der Sozialpsychiatrie war - als Reaktion auf die beschriebenen Mißstände in den Anstalten - durch eine *offene Krankenhausfeindlichkeit* und durch die Forderung nach Abschaffung der psychiatrischen Krankenhäuser gekennzeichnet. Dort, wo sich diese Richtung durchsetzte (z. B. in Kalifornien), kam es zu abrupten Massenentlassungen stationärer Patienten, ohne daß für eine Nachbetreuung Vorsorge getroffen worden wäre. Die Folgen für die Patienten waren katastrophal. Nicht nur die häufigen Rückfälle, sondern auch die letztlich wesentlich menschenunwürdigeren Zustände, unter denen diese Patienten, jetzt nicht einmal mit den notwendigsten materiellen Lebensvoraussetzungen, wie Ernährung und Unterkunft, ausgestattet, leben mußten (Rollin, 1977), kennzeichneten die Situation.

Die Bewegung der „*Sektorisierten Psychiatrie*“ kann zum Teil als Reaktion auf diese Erfahrungen verstanden werden. Ambulante und teilstationäre Dienste und Einrichtungen in der Nähe des Wohnortes oder Arbeitsplatzes wurden als Alternative zum psychiatrischen Großkrankenhaus gefordert und zum Teil auch errichtet. Freilich stand auch hier zunächst eher die bedingungslose Umsetzung einer Theorie als ihre Überprüfung im Vordergrund: Hauptsache, die Betreuung erfolgte nicht in einem Krankenhaus. Dort, wo auf diesem Gebiet am meisten geschehen ist, etwa in den Vereinigten Staaten, stellte sich aber schließlich heraus, daß das einfache Schaffen alternativer Einrichtungen gerade denen, die am meisten Hilfe benötigten, den hospitalisierten und aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten keine Hilfe brachte. Es gab auch hier Institutionalisierungseffekte: In manchen der so hochgelobten Tageskliniken, die nur halbherzig mit schlecht ausgebildetem Personal ausgestattet waren, standen die Patienten genau wie vordem im Krankenhaus in der Ecke und beschäftigten sich wiederum nur mit sich selbst. Es war auch nicht bedacht worden, daß der Alltag, in den die Patienten zurückkehrten, zwar negative Institutionalisierungseffekte verhindert, aber auch ein rückfallsauslösender Faktor sein kann: Außerhalb der ja auch Schutz gewährenden Anstaltsmauern waren die Patienten nunmehr den Wechselfällen des Schicksals (Brown & Birley, 1968) oder der unduldsamen, emotional überengagierten Kritik ihrer Angehörigen (Vaughn & Leff, 1976) ausgesetzt. Hatte Friedrich Roller vielleicht doch nicht so ganz unrecht gehabt? In den USA und in Großbritannien ist es heute wieder so weit, daß der Optimismus der Bewegung der gemeindenahen Psychiatrie, vor allem auch unter dem Einfluß finanzieller Einschränkungen auf dem

Sozial- und Gesundheitssektor, dem alten Pessimismus der Anstaltspsychiatrie zu weichen droht. Pläne, die Großanstalten so, wie sie sind, zu erhalten, haben etwa in Großbritannien die Anfang der sechziger Jahre offiziell vertretene Politik einer Abschaffung der psychiatrischen Großkrankenhäuser („to run down the mental hospitals“) abgelöst. Schlägt das Pendel zurück?

Es wird zurückschlagen, wenn sich sektorisierte Psychiatrie nur in einer technologischen Reform erschöpft und die Lebenssituation des ambulanten psychiatrischen Patienten nicht ernster nimmt als bisher; wenn sie sich nicht intensiver mit dem sozialen Netzwerk und der sozialen Infrastruktur, kurz: „mit der Gemeinde“ befaßt, in der ein Patient „entsteht“, in die der stationäre Patient zurückkehrt und in der es zu einem Rückfall kommt. In einer derartigen *gemeindenahen Psychiatrie*, in der auch das Prinzip der Sektorisierung - des kleinen überschaubaren Versorgungsgebietes - ernster genommen werden muß als bisher, genügt es nicht einfach, alternative Einrichtungen zu schaffen: Es müssen die familiäre (Katschnig, 1977) und die berufliche (Hohm, 1977) Situation des Patienten Teil der Betreuungsstrategie werden, es müssen die Vorurteile der Laien (Stumme, 1975) differenziert berücksichtigt und bearbeitet werden, es muß das schon vorhandene Netz medizinischer und psychosozialer Einrichtungen (Nervenärzte, Allgemeinpraktiker, Beratungsstellen aller Art) in die Betreuung einbezogen werden und zur Kooperation veranlaßt werden (Zumpe, 1977), es muß die Arbeitssituation der Betreuer mit ihren großen physischen und psychischen Belastungen durch entsprechende Ausbildung, Entlohnung und Sicherung der Arbeitssituation verbessert werden - vielfach bestehen gemeindenah psychiatrische Einrichtungen ja nur als Modelle mit beschränkter Dauer. Es müssen schließlich die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Patienten leben und die Betreuer arbeiten, analysiert werden - all dies, um zu einer Versorgung zu gelangen, die wirksam und für alle Beteiligten zufriedenstellend ist (Katschnig & Berner, 1979).

Nur eine solche differenzierte Berücksichtigung des sozialen Kontextes, in dem Menschen psychisch krank werden, in den sie nach einer stationären Behandlung zurückkehren und in dem sie einen Rückfall erleiden (Katschnig, 1979), kann zu einem Versorgungssystem führen, das Inzidenz und Prävalenz psychischer Leidenszustände zu einem Preis, der für alle vertretbar ist, minimiert und allen gerechter werden sollte: den Patienten, weil auf ihre menschlichen Bedürfnisse besser eingegangen werden kann, den Betreuern, weil die Arbeit befriedigender ist, und der Gesellschaft, weil in einem tatsächlich gemeindenah organisierten Versorgungssystem nicht die totale von oben verschriebene und bezahlte Betreuung dominiert, sondern die Ressourcen des natürlichen Kontextes, in dem die Betroffenen leben, nutzbar gemacht werden.

Wenn man diesen Standpunkt vertritt, dann äst klar, daß die Art und Weise, wie ambulante Dienste und Einrichtungen organisiert sind und arbeiten, dafür entscheidend ist, daß die psychiatrische Reform nicht nur ein Lippenbekenntnis bleibt.

Ich möchte diese Tagung als einen Beitrag zu dieser differenzierteren Sicht der Situation des ambulanten Patienten und seiner Betreuer verstehen, in der es uns darum gehen muß, Leitlinien auszuarbeiten, mit denen für ambulante psychiatrische Patienten tatsächlich bessere Dienste und nicht einfach ideologische Programme verwirklicht werden.

Verschiedene Dimensionen ambulanter Hilfen für psychisch Kranke

Was sind nun ambulante Hilfen für psychisch Kranke und wie lassen sie sich in sinnvoller und relevanter Weise klassifizieren? Man kann unter „ambulante Hilfen bei psychischen Erkrankungen“ Dienste und Einrichtungen für Patienten, die sich frei in der Gemeinde bewegen können und diese Hilfen intermittierend in Anspruch nehmen, verstehen, wobei der Kontakt jeweils zwischen wenigen Minuten und einigen Stunden dauern kann. Was die Betreuer während dieser Zeit tun, ist sehr unterschiedlich. Sie klären diagnostisch ab, verschreiben Medikamente, kontrollieren Nebenwirkungen der Medikation, versuchen durch Psychotherapie die Persönlichkeitsstruktur, die Verhaltens- und Erlebnisstile des Patienten zu verändern, ihm neue Fähigkeiten und Fertigkeiten beizubringen. Manche Betreuer beraten den Patienten nur und lassen ihn wichtige Entscheidungen selbst treffen. Manche kontrollieren Patienten, die einmal gefährlich waren, um eventuelle Anzeichen eines neuerlichen Auftretens von Psychopathologie frühzeitig festzustellen. Manche versuchen, das verkümmerte soziale Netzwerk ihrer Patienten zu erweitern und zu ergänzen (Hansell, 1974).

Dies ist zunächst eine recht einfache und oberflächliche Beschreibung ambulanter psychiatrischer Hilfe. Wenn wir die Vielfalt existierender ambulanter Dienste und Einrichtungen etwas differenzierter betrachten wollen, müssen wir eine Reihe weiterer Dimensionen beachten:

- Wir können etwa fragen, von welchen Patienten oder Klienten die Dienste und Einrichtungen schwerpunktmäßig in Anspruch genommen werden - vorwiegend von Personen mit neurotischen Störungen und Streßbelastungsreaktionen oder von solchen mit psychotischen Störungen;
- wir können fragen, wie leicht die Dienste und Einrichtungen für die Betroffenen geographisch, finanziell und sozial erreichbar sind und wie sich dies auf die Zusammensetzung der Klientel auswirkt: ob sie sich also etwa in städtischen Ballungszentren befinden und von der Bevölkerung leicht aufgesucht werden können, und auch selbst Klienten kurzfristig aufsuchen können, oder ob - wie auf dem Land - mehrere Stunden Reisezeit dazu notwendig sind; ob die Dienste rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche arbeiten oder nur zu gewissen öffnungs- oder Ordinationszeiten;
- ob die Kosten für die Betreuung ganz oder teilweise von den Patienten selbst, von den Diensten und Einrichtungen oder von Dritten (etwa Krankenversicherungen) übernommen werden, eine Frage, die nicht nur für die „Erreichbarkeit“, sondern - dies ist zumindest die Ansicht mancher psychothe-

rapeutischer Schulen - auch für die Wirksamkeit der Therapie von Bedeutung ist;

- ob sich die Dienste und Einrichtungen offen als „psychiatrisch“ deklarieren oder ohne direkten Hinweis darauf nur etwa Kriseninterventionszentrum oder Beratungsstelle heißen (was vielen psychiatrisch Hilfebedürftigen die primäre Kontaktaufnahme erleichtern dürfte);

- ob in den Diensten und Einrichtungen auch die Möglichkeit von Hausbesuchen angeboten wird oder aber die Hilfe ausschließlich an einem fixen Ort geleistet wird, den der Patient in jedem Fall aufsuchen muß;

- wir können weiter fragen, ob bei der Nachbetreuung von stationär aufgenommenen Patienten die gleichen Betreuer wie im stationären Bereich auch für die Nachsorge zuständig sind, ob also das Prinzip der „Unite des soins“, das in der französischen Sozialpsychiatrie vertreten wird, gewahrt ist, oder ob es sich um völlig getrennte ambulante Nachsorgeeinrichtungen handelt;

- wir können fragen, ob die Betreuer für Einzelleistungen direkt honoriert werden, oder ob sie fest angestellt sind, und können uns überlegen, welche Auswirkungen diese Bezahlungssysteme auf die Qualität der Versorgung haben;

- wir können fragen, ob der einzelne Betreuer über einen institutionalisierten Mechanismus eines Feed-backs für seine Tätigkeit verfügt, ob er seine Tätigkeit einer Supervision unterwirft, ob er die Gelegenheit wahrnimmt bzw. wahrnehmen kann, Weiterbildungsveranstaltungen zu besuchen oder ob er, isoliert seinen eigenen Betreuungsstil entwickelnd, ohne Kontakt zu den neueren Entwicklungen der Psychiatrie bleibt; damit eng im Zusammenhang steht die Frage, ob er in isolierter Einzelpraxis arbeitet oder in einem multi-professionellen Team;

- wir können fragen, ob die Dienste von Psychiatern, ja überhaupt von Ärzten, oder von anderen Berufsgruppen, etwa Psychologen oder Sozialarbeitern, angeboten werden;

- wir können fragen, ob die professionellen Betreuer Spezialisten sind, die für bestimmte Störungen, für bestimmte Altersgruppen oder bestimmte Bevölkerungsgruppen spezifisch ausgebildet und zuständig sind oder ob es sich um Generalisten handelt, die ein dem Klienten wesentlich näheres Problemverständnis haben und nur im Bedarfsfall zu Spezialisten weiterverweisen;

- wir können schließlich fragen, ob die Hilfe von Laien, ja vielleicht überhaupt von den Betroffenen selbst geleistet wird, eine Tendenz, die sich in letzter Zeit in der Zunahme von Selbsthilfegruppen manifestiert;

- wir können auch fragen, welches Modell der Störung der ambulanten Hilfe zugrundeliegt: ein vorwiegend medizinisches Modell mit überwiegender Somatotherapie oder ein eher pädagogisch-psychotherapeutisches Modell, in dem die Hilfeleistung mittels einer kontrollierten Beziehung durchgeführt wird, wobei im zweiten Fall die Hilfe in Form von Einzeltherapie oder in Form

eines Gruppensettings (z. B. Familientherapie), in dem von vornherein die gestörten Beziehungen im Zentrum des Interesses stehen, angeboten werden kann; oder ob an Stelle von Therapie eher von „Management“ zu sprechen ist, ein Begriff, der die Tätigkeit sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen besser kennzeichnet als das Wort Therapie.

Mit solchen Dimensionen lassen sich konkrete, existierende ambulante Hilfen für psychisch Kranke beschreiben, und es sind nicht nur unzählige Kombinationen der genannten Merkmale denkbar, die existierenden Dienste sind tatsächlich sehr vielfältig. Aus dieser Vielfalt einige wenige Typen herauszukristallisieren, ist nicht einfach. Typen sind Abstraktionen, in denen Einzelphänomene (also z. B. konkrete ambulante Dienste und Einrichtungen), die einander in möglichst vielen Merkmalen ähnlich sind, zusammengefaßt werden. Durch eine solche Typenbildung wird eine komplexe Realität zwar vereinfacht - es kann sich immer nur um Ähnlichkeiten zwischen verschiedenen Einzelphänomenen und nicht um tatsächliche Gleichheit handeln - gerade dadurch wird eine komplexe Realität aber erst transparent und handhabbar.

Zwei Typen ambulanter Hilfen bei psychischen Krankheiten

Wenn ich mich trotz der angedeuteten Vielfalt existierender ambulanter Dienste und Einrichtungen für psychische Krankheiten dazu durchringe, hier nur von zwei Typen zu sprechen, dann bin ich mir dessen bewußt, daß man jeden identifizierten Typ natürlich noch in Untertypen einteilen kann, wenn man zusätzliche Informationen als Einteilungskriterien heranzieht. Die zwei Typen, von denen ich im folgenden reden möchte - der niedergelassene Nervenarzt einerseits, sozialpsychiatrische Dienste bzw. psychosoziale Dienste andererseits - sind jedoch einander in fast allen der im vorigen Abschnitt genannten Dimensionen so unähnlich, daß mir Unterschiede der Ausprägungsform innerhalb der beiden Typen in einem ersten Analyseschritt als vernachlässigenswert erscheinen. Dies heißt nicht, daß es nicht innerhalb der beiden Typen einzelne Fälle gibt, die sehr ähnlich arbeiten, wie der „typische“ Vertreter des anderen Typus, daß es etwa nicht niedergelassene Nervenärzte gibt, die ihre Praxis -mit beträchtlichem zeitlichem und organisatorischem Aufwand - so organisiert haben, daß sie auch in gewissem Ausmaß sozialpsychiatrisch tätig sein können (Jacobi, 1981), daß es andererseits nicht Ambulanzen gibt, etwa an psychiatrischen Universitätskliniken, die dem Tätigkeitsspektrum des niedergelassenen Nervenarztes weitgehend entsprechen.

Der eine Typ ambulanter Hilfe bei psychischen Krankheiten, der niedergelassene Nervenarzt, ist im deutschen Sprachraum dem Modell des isoliert arbeitenden niedergelassenen Facharztes in somatischen medizinischen Disziplinen nachgebildet. Innerhalb der Institution des niedergelassenen Nervenarztes gibt es sicherlich viele Variationen, wie etwa den spezifischen Fach Psychotherapeuten, den man in der Regel wieder einer der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen zuordnen kann, und den mehr oder weniger ausschließ-

lich organisch orientierten Neuropsychiater klassischer Prägung, dessen Klientel sich etwa zur Hälfte aus neurologisch Kranken zusammensetzt. Freilich ist diese Variationsbreite vergleichsweise gering, wenn man die vielen Ausgestaltungsformen sozialpsychiatrischer bzw. psychosozialer Dienste betrachtet. Solche Dienste werden von den unterschiedlichsten Trägern betrieben und aus den unterschiedlichsten Quellen finanziert, in der personellen Zusammensetzung gleicht kein Dienst dem anderen, manche haben regionale Zuständigkeiten, andere nicht, manche sind stationären Einrichtungen unterstellt, andere arbeiten zwar mit stationären Einrichtungen zusammen, sind aber organisatorisch selbständig. Die Vielfalt dieser Dienste läßt sich aber annäherungsweise auf wenige Charakteristika reduzieren, wenn man versucht, diese Dienste dem niedergelassenen Nervenarzt gegenüberzustellen.

Der niedergelassene Nervenarzt kann in der Regel dem Prinzip der „Unité des soins“, also der Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Betreuung, nicht entsprechen; die Organisationsform seiner ambulanten Tätigkeit läßt dies nicht zu. Die meisten sozialpsychiatrischen Dienste haben gerade diese Verklammerung zwischen der stationären Behandlung und der ambulanten Prävention und Nachsorge zu einer ihrer wesentlichen Aufgaben gemacht. Der niedergelassene Nervenarzt arbeitet in der Regel isoliert und ist in allem auf sich allein gestellt. In sozialpsychiatrischen Diensten arbeiten in der Regel die verschiedensten psychosozialen Berufe, im Idealfall in Form eines integrierten Teams, oft durch Laien unterstützt, oft auch Selbsthilfegruppen unter ihrem Dach Platz gewährend. Nervenärzte sind selbständige Unternehmer, die in der Regel für die tatsächlich gebotenen Leistungen bezahlt werden, mit allen Vorteilen und Risiken, die ein solches Unternehmertum beinhaltet, während die in sozialpsychiatrischen Diensten arbeitenden Personen unabhängig von ihrer tatsächlichen Arbeitsleistung fest angestellt sind - Finanzierungsformen, die beide ihre Vor- und Nachteile haben, die wir hier aber nicht diskutieren können. Nervenärzte sind in der Regel nicht in der Lage, Patienten an ihrem Wohn bzw. Arbeitsort aufzusuchen, eine Tätigkeit, die in den meisten Fällen zum Aufgabenkreis sozialpsychiatrischer Dienste gerechnet wird. Nicht zuletzt deshalb sind sozialpsychiatrische Dienste auch in der Lage, ihre Hilfe unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Patienten zu leisten, während die meisten niedergelassenen Neuropsychiater und Psychotherapeuten nach einem individuozentrischen therapeutischen Modell vorgehen - englische Autoren sprechen hier treffend von „management“ versus „therapy“. Niedergelassene Nervenärzte können auf Grund ihrer Arbeitsorganisation keinen Dienst rund um die Uhr leisten, was in sozialpsychiatrischen Diensten vielfach angeboten wird, nicht zuletzt deshalb, um in Notsituationen eventuellen behördlichen Zwangseinweisungen durch ein sofortiges Hilfeangebot zuvorkommen zu können. Und schließlich: Die von niedergelassenen Nervenärzten betreuten Patienten leiden offenkundig unter anderen psychiatrischen Problemen als die Patienten, um die sich sozialpsychiatrische Dienste schwerpunktmäßig kümmern. Dies ist ein Hauptunterscheidungskriterium zwischen diesen beiden Typen ambulanter

Hilfen für psychisch Kranke, auf das wir an Hand eines Beispielen noch ausführlich zurückkommen werden.

Wir haben uns allerdings zu fragen, ob es tatsächlich berechtigt ist, diese beiden Typen einander gegenüberzustellen, ob es von der Sache her auch begründet ist, von zwei verschiedenen Typen zu sprechen, oder ob es sich hier vielleicht lediglich um eine Wunschvorstellung handelt, die aus ganz anderen als sachbezogenen Erwägungen hervorgegangen ist. Wenn wir sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Dienste als eigenen Typ ambulanter Hilfe für psychisch Kranke hervorheben, dann könnte der Verdacht entstehen, daß dies eine bewußte Verzerrung der tatsächlichen Verhältnisse ist, etwa im Rahmen einer Auseinandersetzung um öffentliche versus private Verantwortung, Planung versus freies Spiel der gesellschaftlichen Kräfte oder gar Verstaatlichung versus Privatinitiative. Dies mag in manchen gesundheitspolitischen Diskussionen vielleicht eine Rolle spielen, ich glaube jedoch zeigen zu können, daß es auch sachlich sinnvoll und notwendig ist, neben der Institution des in isolierter Einzelpraxis arbeitenden niedergelassenen Nervenarztes auch die oben genannten sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Dienste einzurichten, da sie sachlich notwendige therapeutische und beratende Aufgaben übernehmen, die vom niedergelassenen Nervenarzt nicht geleistet werden. Ich kann dies an einem Beispiel empirisch belegen.

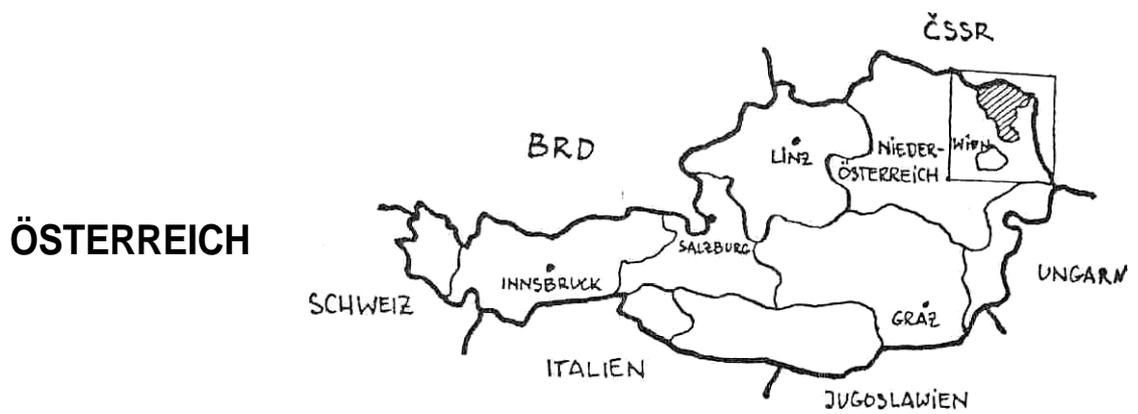
Mistelbach - ein Beleg für die Zwei-Typen-These

Als Beleg für die Existenz der beiden Typen ambulanter Hilfen bei psychischen Krankheiten sollen einige Daten aus einem Verwaltungsbezirk des Bundeslandes Niederösterreich dienen. Dieser Verwaltungsbezirk, nach seinem zentralen Ort Mistelbach genannt, hat eine Einwohnerzahl von 75.000 und liegt nördlich von Wien zwischen der österreichischen Hauptstadt und der tschechischen Grenze (Abbildung 1).

Die stationäre psychiatrische Versorgung dieses Gebietes erfolgt durch das nördlich von Wien, knapp außerhalb der Stadtgrenze am rechten Donauufer gelegene psychiatrische Großkrankenhaus in Klosterneuburg, das nicht nur für den genannten Bezirk, sondern auch für den ganzen übrigen Osten Niederösterreichs mit einem Einzugsgebiet von etwa 800.000 Einwohnern zuständig ist. Die Fahrzeit zwischen dem Ort Mistelbach und dem zuständigen psychiatrischen Krankenhaus beträgt mit dem Auto eine gute Stunde.

Für die ambulante psychiatrische Versorgung ist ein in der 55 km nördlich von Wien gelegenen Stadt Mistelbach in Einzelpraxis arbeitender Neuropsychiater und - dies ist für unsere Fragestellung das Reizvolle - seit Mai 1977 ein sogenannter „Psychosozialer Dienst“ zuständig. Der „Psychosoziale Dienst“ wird von der Niederösterreichischen Landesregierung finanziert, ist personell eng mit dem genannten psychiatrischen Großkrankenhaus verflochten (die Arbeit wird von einem Psychiater und einer Sozialarbeiterin geleistet) und in erster Linie für die Nachbetreuung entlassener stationärer Patienten zuständig, die ent-

Abb. 1:



weder zu Hause aufgesucht werden oder in einer Art Sprechstunde in Mistelbach betreut werden. Daneben werden noch eine Reihe von „flankierenden“ Diensten angeboten: Eine Tagesstätte, Angehörigengruppen, Gruppen Anonymer Alkoholiker und ähnliche Aktivitäten werden von einem eigens für diesen Zweck gegründeten Verein („Psychosoziales Zentrum“) organisiert. Schließlich verfügt Mistelbach auch über ein Wohnheim für ehemalige chronische Anstaltspatienten.

Im Rahmen eines Projektes der Weltgesundheitsorganisation (Mental Health Services in Pilot Study Areas), an dem über 20 ähnliche Gebiete in anderen Ländern Europas teilnehmen, haben wir (Katschnig und Mitarbeiter, in Vorbereitung) den Patientenfluß in den ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen dieses Gebietes nachgezeichnet. Wir analysieren hier die Daten für den niedergelassenen Nervenarzt und den „Psychosozialen Dienst“, um die Zwei-Typen-These zu belegen. Zusätzlich ist es dabei nützlich, auch die Daten für die stationär aufgenommenen Patienten heranzuziehen.

Vereinfacht dargestellt suchen etwa 900 im Bezirk Mistelbach wohnhafte Patienten im Laufe eines Jahres erstmals den niedergelassenen Nervenarzt auf, aber nur ein Siebtel bis ein Achtel dieser Zahl, etwa 120 Patienten, werden erstmals vom „Psychosozialen Dienst“ betreut, wobei dieser „Psychosoziale Dienst“ auf Grund einer Vereinbarung mit der Ärztekammer von Niederösterreich nur über Zuweisung von anderen Institutionen aufgesucht werden kann. Etwa 180 Patienten schließlich werden jährlich im zuständigen psychiatrischen Krankenhaus in Klosterneuburg aufgenommen.

Ein erster diagnostischer Überblick über die Zusammensetzung der Patienten des niedergelassenen Nervenarztes zeigt das bekannte Bild (Tab. 1). Zunächst ist festzuhalten, daß nur 60 % der Patienten des niedergelassenen Nervenarztes ein psychiatrisches Problem hatten, die restlichen 40 % waren rein neurologisch krank. Knapp die Hälfte dieser psychiatrischen Patienten hatten die Diagnose „Neurose“, weitere 20 % hatten die Diagnose einer „affektiven Psychose“ (in der Regel endogene Depression) erhalten. Das Überwiegen emotionaler und affektiver Störungen in der Ordination des Nervenarztes stimmt mit anderen publizierten Daten überein (z. B. Dilling und Weyerer, 1978). Nur 4 % aller Patienten des niedergelassenen Nervenarztes hatten die Diagnose Schizophrenie.

Das diagnostische Spektrum im „Psychosozialen Dienst“ ist völlig anders. 43 % aller Patienten des „Psychosozialen Dienstes“ litten an Schizophrenie, 25 % an Alkoholismus. 20 % aller Patienten des „Psychosozialen Dienstes“ hatten die Diagnose geistige Behinderung erhalten. Ein Vergleich mit der Population des Krankenhauses zeigt, daß das Spektrum der Diagnosen im „Psychosozialen Dienst“ dem Spektrum der Diagnosen der Patienten im psychiatrischen Krankenhaus relativ ähnlich ist.

Niedergelassener Nervenarzt und „Psychosozialer Dienst“ versorgen also offenkundig schwerpunktmäßig unterschiedliche Patientengruppen. Vor allem

Tab. I.-

*Patienten des
niedergelassenen Nervenarztes und des Psychosozialen Dienstes
in der österreichischen Pilot Study Area der Weltgesundheitsorganisation
(neue Patienten)*

Diagnose (ICD 8)	Nervenarzt	Psychosozialer Dienst
Organische Psychosen ICD 290-294	18 (3,6%)	15 (7,3%)
Schizophrenie ICD 295, 297	20 (4,0%)	89 (43,2 %)
Affektive Psychosen ICD 296	97 (19,4%)	24 (11,7%)
Andere Psychosen ICD 298, 299	12 (2,4%)	2 (1,0%)
Neurosen ICD 300-302, 307	242 (48,4%)	48 (23,3 %)
Sucht ICD 303, 304	83 (16,6%)	53 (25,7%)
Oligophrenie ICD 31 0-31 5	14 (2,8%)	39 (18,9%)
Andere	49 (9,8%)	2 (1,0%)
Alle	500*)	206**)

*) Es wurden die ersten 500 psychiatrischen Patienten, die den Nervenarzt nach dem 1. Mai 1977 aufgesucht haben, erfaßt.

) Es wurden alle Patienten erfaßt, die vom psychosozialen Dienst zwischen dem 1. Mai 1977 und dem 31. Dezember 1978 erstmals betreut wurden. *) Mehrfachdiagnosen möglich.

sind es die in der Gemeinde lebenden chronisch psychisch Kranken, die offensichtlich von den umfassenderen Betreuungsmöglichkeiten des „Psychosozialen Dienstes“ profitieren. Daß dieser Unterschied in Mistelbach nicht erst dadurch zustande gekommen ist, daß dort 1977 ein „Psychosozialer Dienst“ geschaffen wurde, zu dem dann Patienten, die sonst den niedergelassenen Nervenarzt aufgesucht hätten, abgeflossen sind, zeigt sich an einer zu Kontrollzwecken durchgeführten Dokumentation bei einem niedergelassenen Nervenarzt in einer anderen niederösterreichischen Stadt, die über keinen „Psychosozialen Dienst“ verfügt. Die Diagnosenverteilung in dieser nervenärztlichen Praxis deckt sich fast völlig mit der des niedergelassenen Nervenarztes in Mistelbach.

In einem weiteren Vergleich dokumentiert sich ebenfalls ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Typen ambulanter Hilfe bei psychischen Krankheiten (Tab. 2). Fast die Hälfte aller Kontakte des „Psychosozialen Dienstes“ sind Hausbesuche, was gerade bei schizophrenen Patienten im ländlichen Bereich offenbar eine ganz wichtige Art der ambulanten Betreuung darstellt, da zusätzlich zur Rückzugstendenz schizophrener Patienten die weite Entfernung eine Barriere für eine Kontaktaufnahme von Seiten des Patienten darstellt. Der überwiegende Teil der Hausbesuche wird vom Sozialarbeiter absolviert, der überhaupt den wesentlich größeren Anteil an Kontakten mit Patienten aufweist. Dies hängt sicher auch damit zusammen, daß der Sozialarbeiter offiziell wesentlich mehr von seinen Dienststunden im betreuten Gebiet selbst verbringt und nur einmal in der Woche ins psychiatrische Krankenhaus fährt, um mit entlassungsfähigen Patienten Kontakt aufzunehmen; der Psychiater hingegen verbringt nur zwei Nachmittage in Mistelbach selbst und arbeitet in der übrigen Zeit im psychiatrischen Krankenhaus.

Tab. 2:

*Patienten des Psychosozialen Dienstes
in der österreichischen Pilot Study Area der Weltgesundheitsorganisation*

Art der Kontakte (Mai 1977 bis Dezember 1978)

	in Beratungsstelle	Hausbesuche	
Psychiater	230 (87%)	34 (13%)	264 (100%)
Sozialarbeiter	147 (34%)	282 (66%)	429 (100%)
Gemeinsam	83 (66%)	42 (34%)	125 (100%)
Alle	460 (56 %)	358 (44%)	818 (100%)

Einigermaßen überraschend war es, daß nicht - wie ursprünglich geplant - nur entlassene Patienten des psychiatrischen Krankenhauses diesen „Psychosozialen Dienst“ in Anspruch nehmen (Tab. 3). Nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten werden aus dem Psychiatrischen Krankenhaus Klosterneuburg zugewiesen, 20 % kommen von Behörden, und immerhin weisen auch der niedergelassene Nervenarzt und die Allgemeinpraktiker des Bezirkes Mistelbach zusätzliche 20 % Patienten dem „Psychosozialen Dienst“ zu. Offenbar ist die Kooperation zwischen den schon vorhandenen Einrichtungen und dem erst 1977 geschaffenen „Psychosozialen Dienst“ recht rasch in Gang gekommen.

Neben dieser statischen Beschreibung der Verhältnisse haben wir auch eine Analyse des Patientenflusses zwischen den drei genannten Einrichtungen -

dem niedergelassenen Nervenarzt, dem „Psyche-sozialen Dienst“ und dem psychiatrischen Krankenhaus - durchgeführt. Es wurden jeweils 100 Patienten, die ins psychiatrische Krankenhaus aufgenommen worden waren bzw. den niedergelassenen Nervenarzt aufgesucht hatten, über weitere zwei Jahre verfolgt.

Tab. 3:

*Patienten des Psychosozialen Dienstes
in der österreichischen Pilot Study Area der Weltgesundheitsorganisation
(neue Patienten)*

Zuweisungsmodus

Direkt vom Psychiatrischen Krankenhaus	110	(53,4 %)
Von Behörden	40	(19,4 %)
Vom Nervenarzt	21	(10,2 %)
Vom Allgemeinpraktiker	19	(9,2 %)
Von Anderen	16	(7,8%)
Alle	206*)	(100 %)

*) siehe Fußnote Tab. 1

Es zeigte sich, daß von den 100 Patienten des niedergelassenen Nervenarztes im Laufe von zwei Jahren nur drei in stationäre psychiatrische Behandlung kamen und daß umgekehrt von den 100 im psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Patienten im Laufe von zwei Jahren 25 beim niedergelassenen Nervenarzt auftauchten, die Hälfte davon allerdings nur ein einziges Mal. Besonders beachtenswert erscheint mir, daß zusätzlich zu diesen 25 % entlassenen Patienten, die den Nervenarzt aufsuchten, noch weitere 20 % durch den „Psychosozialen Dienst“ erfaßt wurden. Es handelt sich hier offenbar gerade um die Patienten, die den Weg zum Nervenfacharzt nicht gefunden haben, die aber durch das aktive Vorgehen des „Psychosozialen Dienstes“ doch noch zu einer Betreuung gekommen sind. Es muß allerdings festgestellt werden, daß über die Hälfte aller aus dem Krankenhaus entlassenen psychiatrischen Patienten von keiner der beiden Einrichtungen weiterbetreut wurde. Da es nicht unwahrscheinlich ist, daß ein Großteil dieser Patienten von ihren praktischen Ärzten versorgt werden, wollen wir in einem weiteren Projektschritt auch die Klientel der 42 Allgemeinpraktiker des Bezirks Mistelbach untersuchen. Vielleicht gibt es aber auch sehr viele Patienten, die gar keine Nachbetreuung benötigen . . .

Auf Grund der genannten Zahlen läßt sich feststellen, daß niedergelassener Nervenarzt und „Psychosozialer Dienst“, wenn sie das gleiche Gebiet versorgen, miteinander nicht konkurrieren, sondern einander ergänzen. Über Arbeitsmangel können sich beide nicht beklagen, im Gegenteil: Unser niedergelassener Nervenarzt sieht sich wegen Arbeitsüberlastung bereits nach einem Kollegen um, der sich in der gleichen Gegend niederlassen sollte. Und auch die Anforderungen an den „Psychosozialen Dienst“ wachsen ständig. Erst kürzlich hat der Bezirksärztevertreter im Namen seiner niedergelassenen Kollegen um eine Ausweitung des „Psychosozialen Dienstes“ gebeten.

Und noch etwas: Aus unserer Untersuchung geht eindeutig hervor, daß das Brot des niedergelassenen Nervenarztes nicht die aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassenen Patienten sind. Sie sind die ärmsten unter den psychisch Kranken, und ich sehe keinen Grund, warum nicht gerade für diese Patientengruppe -sie setzt sich vorwiegend aus Schizophrenen, Alkoholkranken und geistig Behinderten zusammen - landauf, landab psychosoziale Dienste eingerichtet werden sollten, die sich flexibler an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe und ihrer Angehörigen anpassen können, als dies dem niedergelassenen Nervenarzt möglich ist, die eine bessere Kontinuität zwischen „drinnen“ und „draußen“ herstellen können als der überlastete Neuropsychiater. Es ist nicht einzusehen, daß derartige psychosoziale Dienste eine Bedrohung des freien Ärztestandes darstellen sollen. Die empirische Evidenz, daß beide, der niedergelassene Nervenarzt und der psychosoziale Dienst notwendig sind, weil sie Verschiedenes tun, einander ergänzen und nicht konkurrenzieren, daß sie beide miteinander leben können, diese Evidenz erscheint mir so zwingend, daß ich keinen Grund mehr sehe, solche ergänzenden Dienste nicht zu schaffen. Sie nicht zu schaffen, wäre anachronistisch.

So wie im Jahre 1845 ein deutscher Zeitungsschreiber die Verhältnisse in Österreich als anachronistisch bezeichnet hat (Fischer-Homberger, 1975): „Wie groß“, schrieb er nämlich damals anlässlich eines Eisenbahnunfalles, „war früher das Vorurtheil gegen Eisenbahnen! Mancher bediente sich ihrer nur mit Angst. . . Jetzt hat. . . die Furcht. . . sich verloren und nur in wenigen Gegenden Deutschlands, z. B. in Österreich, finden wir mitunter noch antiloco-motive Vorurtheile. Es ist in der That etwas sehr Thörichtes um diese Furcht vor dem Dampfwagen“.

Literatur:

- BARTON, R.: Institutional Neurosis. J. Wright and Sons, Bristol 1959
CIOMPI, I.: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? - Argumente und Gegenargumente. Fsch. Neurolog. Psychiat. 48 (237-302), 1980
DILLING, H. & WEYERER, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore 1978

- FISCHER-HOMBERGER, E.: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1975
- HANSELL, N.: The elements of a local Service program. In: ARIETI, S. (Ed.): American Handbook of Psychiatry, Vol. II. Basic Books, New York 1974
- HOHM, H.: Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Kritische Bestandsaufnahme, neue Konzepte und Praxisversuche. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1977
- JACOBI, H. M.: Soziale Psychiatrie und gemeindenahe Versorgung. In diesem Buch
- KATSCHNIG, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore 1977
- KATSCHNIG, H.: Rückfallsprophylaxe. In: FRIESSEM, D. H. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Wilhelm Fink Verlag, München 1979
- KATSCHNIG, H. & BERNER, W.: Von der geschlossenen Anstalt zur gemeindenahen Psychiatrie - Aspekte der Psychiatriereform, österreichische Krankenhauszeitung 20 (253-278), 1979
- KATSCHNIG, H., EICHBERGER, G. & HERLES, J.: Gemeindenahe Psychiatrie und niedergelassener Nervenarzt. In Vorbereitung.
- MAYER-GROSS, W.: Therapie. In: BUMKE, O. (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Neunter Band: Die Schizophrenie. Verlag von Julius Springer, Berlin 1932
- ROLLIN, H. R.: „De-institutionalization" and the community: fact and theory. Psycholog. Med. 7 (181-184), 1977
- STUMME, W.: Psychische Erkrankungen - Im Urteil der Bevölkerung. Urban & Schwarzenberg, München 1974
- VAUGHN, C., LEFF, J. P.: The influence of family life and social factors on the course of Psychiatrie illness. British Journal of Psychiatry 129 (125-137), 1976

Psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte und ambulante Dienste

M. v. Cranach

Das Thema dieses Vertrages, psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte und ambulante Dienste, ist ein heikles Thema. Heikel, weil in der Diskussion um dieses Thema in den letzten Jahren die gesundheitspolitischen Aspekte sehr stark in den Vordergrund getreten sind. Dabei hat es wenig Gelegenheit gegeben, dieses Thema aus der Sicht der Patientenbedürfnisse sachlich zu diskutieren.

Dieser Vortrag stellt einen Versuch dar, dieses zu tun und möchte einige Daten und Argumente zusammenstellen, die es ermöglichen sollen, das Problem der ambulanten Versorgung von psychisch Kranken sachlich und differenziert zu beurteilen. Der Vortrag besteht aus zwei Teilen, zunächst aus einem Überblick über die verschiedenen Einrichtungen zur ambulanten Behandlung von psychisch Kranken; dabei sollen ihre Ziele, Behandlungsmethoden sowie ihre Klientel näher beschrieben werden. Anschließend soll am Beispiel einer evaluativen Studie über die Betreuung schizophrener Patienten, die wir im Rahmen des Sonderforschungsbereiches „Psychiatrische Epidemiologie“ in München durchgeführt haben, deutlich gemacht werden, daß bestimmte Patientengruppen, insbesondere chronische Patienten, Bedürfnisse haben, denen unsere bisherigen Versorgungsangebote nicht gerecht werden.

Bevor aber diese beiden Punkte angeschnitten werden, muß einleitend etwas allgemeines über den Begriff Therapie in der Psychiatrie gesagt werden. Eine Beurteilung ambulanter Therapieverfahren kann nur dann gelingen, wenn Klarheit herrscht über das, was Therapie bedeutet. Unser Konzept von psychischen Krankheiten hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre deutlich gewandelt. Psychische Störungen sind nicht mehr Krankheiten mit einer bekannten oder unbekanntem Ursache, einem symptomatischen Erscheinungsbild und einer bestimmten Therapie zugänglich oder auch nicht zugänglich. Vielmehr sind psychische Störungen das Endergebnis einer Vielzahl von ursächlich oder bedingenden Faktoren in der Regel sowohl aus dem psychischen, dem sozialen und dem biologischen Bereich. Ihr Entstehen, ihr Erscheinungsbild und ihr Verlauf werden von diesen Faktoren bedingt, das gilt für alle psychischen Störungen, Neurosen, Psychosen und organische Erkrankungen. Am Beispiel des unterschiedlichen Gebrauchs der Diagnose „Zerebralsklerose“ zwischen den Vereinigten Staaten und England (Copeland, 1974) läßt sich das eben Gesagte verdeutlichen. Stellt man die Diagnose Zerebralsklerose bei einem alten Menschen, besteht die Therapie in der Regel aus durchblutungsfördernden und pflegerischen Maßnahmen. Stellt man dagegen die Diagnose Verwirrtheitszustand nach Verlust des Ehepartners und sozialer Isolierung bei Zerebralsklero-

se, wird die Therapie ganz anders aussehen. Auch haben sich die Ansichten über die Bereiche, in denen sich psychische Störungen äußern, geändert. Während früher die psychopathologische Ebene als die entscheidende Ebene gesehen wurde, in der sich eine Störung manifestiert, und damit auch zum entscheidenden Therapieziel wurde, bemüht man sich heute zusätzlich, weitere Ebenen der psychologischen und sozialen Fertigkeiten mit einzubeziehen. Das Konzept der Behinderung hat sich immer mehr in den Vordergrund der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen geschoben. Das geht so weit, daß die Weltgesundheitsorganisation zur Zeit parallel zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten einen ähnlich umfassenden Katalog von körperlichen und psychischen Behinderungen entwickelt. Man kann sogar noch weiter gehen und die Manifestation der Störung nicht nur auf verschiedenen Ebenen beim einzelnen Patienten konstatieren, sondern darüberhinaus auch die Folgen der Störung in der unmittelbaren Umwelt des Patienten diagnostizieren und behandeln. Seit den Untersuchungen von Sainsbury (1972) wissen wir, daß bei nahen Angehörigen chronisch erkrankter Patienten psychische und soziale Folgen entstehen, die behandlungsbedürftig sein können und deren Therapie den Angehörigen unmittelbar und dem Patienten selbst mittelbar zugute kommen kann. Daraus läßt sich folgern, daß Therapie in der Psychiatrie in der Regel nicht durch Anwendung dieser oder jener Methode oder durch Gabe dieses oder jenes Medikamentes geschehen kann, sondern in der Anwendung einer Vielzahl den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepaßten Methoden bestehen muß. Je chronischer eine Störung verläuft und je vielfältiger die Ebenen sind, die in Mitleidenschaft gezogen werden, desto eher trifft dieser Satz zu. In der angelsächsischen Literatur wird daher immer häufiger im Bereich chronisch verlaufender psychischer Störungen der Begriff Therapie durch die Begriffe „care“ oder „management“ ersetzt. Auf einen einfachen Nenner gebracht: Der Schwerpunkt verschiebt sich von der Behandlung von Krankheiten zur Betreuung von Patienten hin. Bei einer näheren Betrachtung der psychiatrischen Therapieforschung sticht ins Auge, daß wir relativ viel wissen über die Effizienz einzelner therapeutischer Verfahren. Dagegen steckt die wissenschaftliche Evaluation globaler Behandlungsstrategien noch in den Kinderschuhen. Von diesem Standpunkt aus soll nun die ambulante Betreuung psychisch Kranker in der Bundesrepublik näher betrachtet werden.

Zunächst einige Zahlen über Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen. Dilling (1978) hat bei der Untersuchung einer geographisch definierten Region in Oberbayern mit deutlich ländlichem Charakter gefunden, daß ca. 0,9 % der Bevölkerung während eines Jahres erstmalig einen Nervenarzt aufsuchten. Dabei handelt es sich um eine Region mit einem Nervenarzt auf 71.000 Einwohner, was weit oberhalb der in der Enquete empfohlenen Zahl von einem Nervenarzt auf 50.000 Einwohner liegt. Die oben genannte Incidenzzahl von 0,9 % Erstkontakte pro Jahr unterscheidet sich nicht wesentlich von ausländischen Zahlen. Selbst in dem modellhaft versorgten und untersuchten Londoner Stadtteil Camberwell (Wing, 1972) liegt die Zahl kaum höher (1,2 %). Dabei bestehen allerdings wesentliche Unterschiede in der Häufigkeit

der Konsultationen. Während in Oberbayern pro 100.000 Einwohner ca. 4.500 Nervenarztkonsultationen stattfinden, sind es im englischen Durchschnitt lediglich 2.500, also fast die Hälfte. In anderen Worten, in der in England typischen Form der ambulanten fachpsychiatrischen Versorgung durch sogenannte „out patient departments“ werden ähnlich viel Patienten erstmalig untersucht wie in der Bundesrepublik, die Anzahl der Sitzungen ist jedoch deutlich niedriger. Da die Hospitalisierungsraten in England nicht höher als in der Bundesrepublik sind, bedeutet das, daß der Facharzt den Patienten seltener selbst behandelt, sondern mit einem therapeutischen Vorschlag an den Hausarzt zurück bzw. an andere spezialisierte ambulante Einrichtungen der psychiatrischen oder sozialen Versorgung überweist.

Die diagnostische Zusammensetzung der Camberwell-Ambulanz-Patienten ähnelt der diagnostischen Verteilung, die Dilling bei den Patienten seiner sechs untersuchten Nervenarztpraxen in Oberbayern fand. Eine ähnliche diagnostische Verteilung fand auch eine im Rahmen der Enquete durchgeführte Studie in Hamburg und Baden-Württemberg. Trotz dieser Übereinstimmung in der diagnostischen Verteilung handelt es sich aber wahrscheinlich nicht um eine völlig vergleichbare Patientenpopulation. Dieser Schluß läßt sich aus der Tatsache ziehen, daß über 15 % der Patienten in Camberwell während der Nacht gesehen wurden (die Ambulanz von Camberwell verfügt über einen 24-Stunden-Notdienst). Fast 5 % der Patienten aus Camberwell wurden erstmalig zuhause gesehen und 20 % wurden als akute Krisen behandelt. Obwohl vergleichbare Zahlen aus der Bundesrepublik nicht zur Verfügung stehen, läßt sich doch der Schluß ziehen, daß sich die englische Ambulanz in verstärktem Maße mit akuten Krisen beschäftigt und längerfristige therapeutische Aufgaben an andere spezialisierte Dienste der Gemeinde delegiert.

Auch beim Vergleich der Versorgungsleistung einzelner Einrichtungen zur ambulanten Behandlung psychisch Kranker in der Bundesrepublik zeigen sich Unterschiede. Es besteht kein Zweifel, daß die niedergelassenen Nervenärzte die Hauptlast der ambulanten psychiatrischen Behandlung tragen, doch sind in den letzten Jahren, besonders durch Anregung der Enquete, eine Reihe von neuartigen ambulanten Einrichtungen entstanden mit dem Ziel, das ambulante Therapieangebot zu vermehren und zu differenzieren. Ganz im Vordergrund stehen dabei die *sozial psychiatrischen Dienste*. Hierbei handelt es sich um Dienste, die sektoriert arbeiten, mit einem multiprofessionellen Team besetzt, einerseits wichtige primärpräventive Aufgaben erfüllen sollen, andererseits Nachsorge von entlassenen Patienten und Verhütung von Rehospitalisierungen zur Aufgabe haben. Diese sozialpsychiatrischen Dienste befinden sich erst in einem Entwicklungsstadium und arbeiten nach sehr unterschiedlichen Konzepten, doch die bisher nur spärlich veröffentlichten quantitativen Analysen ihrer Versorgungsleistung zeigen, daß sie andere Patienten betreuen als die niedergelassenen Nervenärzte. Das läßt sich nicht nur durch Zahlen belegen, ein Beispiel soll es verdeutlichen. In München gibt es, neben 96 niedergelassenen Nervenärzten, im Einklang mit dem neu erstellten bayerischen Psychiatrieplan

acht sozialpsychiatrische Dienste, die flächendeckend das Stadtgebiet versorgen. Einer dieser sozialpsychiatrischen Dienste wurde vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit im Rahmen eines Modellprogramms gefördert. Hauptgrund der Förderung war die Tatsache, daß, anders als bei anderen sozialpsychiatrischen Diensten, der teilzeitbeschäftigte Arzt im Team hauptamtlich niedergelassener Nervenarzt war mit einer gutgehenden, hauptsächlich psychiatrisch orientierten Praxis. Nach einem Jahr konnte festgestellt werden, daß von den über 250 Patienten, die von dem Dienst im Laufe des ersten Jahres betreut worden waren, weniger als zehn von dem Arzt aus seiner Praxis an den Dienst überwiesen worden waren. Das heißt, daß dieser sozialpsychiatrisch interessierte Arzt die therapeutischen Möglichkeiten des Dienstes für seine Patienten für nicht erforderlich hielt. Auch die, wie gesagt, spärlichen empirischen Angaben über die Versorgungsleistung dieser Dienste bestätigen, daß sie eine verschiedene Klientel versorgen. Fassen wir die an niedergelassenen Nervenärzten durchgeführten Untersuchungen zusammen, so finden sich Neurosen an der Spitze der Diagnosenverteilung mit ca. 40 % gegenüber 27 % bei den Patienten eines sozialpsychiatrischen Dienstes in Hannover (Bauer, 1977). Dagegen finden sich 9 % Schizophrene bei den niedergelassenen Nervenärzten gegenüber ca. 30 % bei den sozialpsychiatrischen Diensten. Affektive Psychosen kommen fast viermal häufiger bei den niedergelassenen Nervenärzten vor (30 % zu 8 %). Dagegen Alkoholiker wesentlich seltener (3 % zu ca. 20 %). Die Jahresberichte der Münchener sozialpsychiatrischen Dienste ähneln in der diagnostischen Verteilung ihrer Patienten dem erwähnten Dienst in Hannover. Auch die Altersverteilung der beiden Patientenpopulationen ist unterschiedlich: Während sich die Erstkonsultationen bei Nervenärzten mehr oder weniger gleichmäßig über alle Altersstufen verteilen, betreut beispielsweise der sozialpsychiatrische Dienst in Hannover hauptsächlich Patienten zwischen dem 21. und 40. Lebensjahr. Fast 60 % aller Patienten lagen in dieser Altersspanne gegenüber ca. 30 % bei den oberbayerischen Nervenärzten. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Überweisungsquelle. Während bei den niedergelassenen Nervenärzten in Oberbayern nur 0,3 % ihrer Patienten von Klinikpsychiatern direkt überwiesen wurden, waren es beispielsweise in Hannover 48 %. Die Unterschiede zwischen niedergelassenen Nervenärzten oder sozialpsychiatrischen Diensten lassen sich auch anhand der sogenannten Schwundproblematik zeigen. Die genannte Untersuchung von Dilling in Oberbayern, von Bosch und Pietzker (1975) in Berlin und Baden-Württemberg, von Müller und Hartmann (1975) in Göttingen haben gezeigt, daß nur ein geringer Prozentsatz krankenhausesentlassener Patienten zur Nachbehandlung beim Nervenarzt erscheint. Lediglich 16 % waren es in Oberbayern, dagegen wurden in Camberwell 75 % der krankenhausesentlassenen nachbetreut, im sozialpsychiatrischen Dienst in Hannover ca. 68 %. Aus diesen Zahlen wird deutlich, daß beim Nervenarzt hauptsächlich Patienten mit Neurosen und affektiven Psychosen betreut werden, während bei sozialpsychiatrischen Diensten hauptsächlich schizophrene Patienten, häufig nach Hospitalisierung, sowie Alkoholiker zur Betreuung kommen.

Es soll nicht näher eingegangen werden auf den Vergleich zwischen Universitäts-Polikliniken und niedergelassenen Nervenärzten. Hier zeigen sich hinsichtlich Diagnosenverteilung, Behandlungshäufigkeiten und Altersverteilung erstaunliche Ähnlichkeiten. Differenzierte Statistiken grauer Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern und Ambulanzen neuen Typs, über die während dieser Tagung gesprochen werden soll, stehen noch aus. Zahlen, wie sie oben erwähnt wurden, sind deskriptiver Natur, sie sagen wenig über die therapeutische Effektivität der genannten Institutionen aus. Deshalb sollen jetzt kurz die Ergebnisse einer Studie referiert werden, die sich mit der Evaluation eines Betreuungsangebotes für schizophrene Patienten befaßt.

Die Betreuung schizophrener Patienten

Ziel der erwähnten Untersuchung war es herauszufinden, ob eine regelmäßige und umfassende Betreuung von schizophrenen Patienten den Verlauf der Erkrankung sowie die bei den Angehörigen auftretenden Belastungen günstiger beeinflußt als die übliche ambulante Behandlung solcher Patienten in der Bundesrepublik. Zu diesem Zwecke wurden sämtliche Patienten, die in München während eines Zeitraumes von zwei Jahren erstmalig stationär aufgenommen und als schizophren diagnostiziert wurden, untersucht und solche in die Studie einbezogen, die bestimmte, hier aus Zeitgründen nicht näher zu erläuternde diagnostische Kriterien erfüllten. 86 Patienten wurden schließlich in die Studie aufgenommen (Tab. 1). Diese Patienten wurden mit standardisierten Verfahren hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomatik, ihrer sozialen Eingliederung vor Auftritt der akuten Krankheitserscheinungen und ihrer Anamnese ausführlich untersucht. Außerdem wurden die Angehörigen mit einem eigens für diese Zwecke von dem Projektteam entworfenen standardisierten Interview über die Auffälligkeiten des Erkrankten befragt, sowie über ihre subjektive Belastung durch die Krankheit, ihre eigene soziale Eingliederung und ihr psychisches Wohlbefinden. Nach dieser ausführlichen Untersuchung von Patienten und Angehörigen wurden die Patienten zufällig einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugeordnet. Bei der Kontrollgruppe fand keine therapeutische Intervention durch das Projektteam statt, diese Patienten wurden aus den jeweiligen Krankenhäusern in der dort üblichen Weise entlassen und an niedergelassene Nervenärzte oder praktische Ärzte zur ambulanten Nachbetreuung überwiesen. Die Patienten der Experimentalgruppe wurden von dem Projektteam im Rahmen der Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik München betreut. Bei einigen dieser Patienten, die durch einen Nervenarzt in die Klinik eingewiesen worden waren, erfolgte die Nachbetreuung in Zusammenarbeit mit diesem. Für die Betreuung stand ein Arzt und ein Sozialarbeiter zur Verfügung, die am Beginn der Nachbetreuungsphase für jeden Patienten einen Therapieplan für die Bereiche Medikation, Ausbildung, Beruf, Freizeit und soziale Kontakte und familiäres Zusammenleben und Partnerbeziehung gemeinsam mit den Patienten bearbeiteten. Außerdem wurden in regelmäßigen Abständen die Angehörigen einbestellt, wobei nicht eine Familientherapie im engeren Sin-

ne durchgeführt wurde, sondern eher eine beratende, stützende und Entscheidungshilfen liefernde Betreuung stattfand. Im Laufe der Untersuchung wurden dann auch Angehörigengruppen ins Leben gerufen. Die Ziele der Nachbetreuung waren auf Seiten der Patienten eine möglichst weitgehende Rehabilitation in allen Lebensbereichen sowie ein frühzeitiges Eingreifen in Krisensituationen, auf Seiten der Angehörigen die Beratung im Umgang mit den eigenen Reaktionen auf die Erkrankung sowie Entlastung in Krisensituationen. Die Häufigkeit der Termine, die im Durchschnitt eine halbe bis eine dreiviertel Stunde dauerten, variierte individuell sehr stark, von vier bis fünfmal wöchentlich in akuten Krisenzeiten bis zu Abständen von vier bis fünf Wochen bei völlig remittierten Patienten. Nach einem Jahr wurden alle Patienten und Angehörige von einem an der Behandlung nicht beteiligten Projektmitglied nachuntersucht. Es sollen hier nur einige globale Ergebnisse erwähnt werden, die die These untermauern sollen, daß zumindest dieser Gruppe von Patienten eine umfassende Betreuung gerechter wird. Acht Patienten der Experimentalgruppe und neun Patienten der Kontrollgruppe wurden im Laufe des ersten Jahres nach Entlassung aus der Ersthospitalisation wieder stationär aufgenommen. Das heißt, daß das hier evaluierte Betreuungsprogramm die Zahl der Wiederaufnahmen gegenüber der herkömmlichen Behandlung nicht verringern konnte. Versucht man zu erfassen, wieviele Patienten im Laufe des untersuchten Zeitraums auf Symptomebene wieder rückfällig geworden sind, was mit einigen methodischen Problemen verhaftet ist, zeigt sich, daß kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Gruppen in der Rückfallhäufigkeit gefunden wurde. Das heißt

Tab. 1: Beschreibung der Patientenpopulation

		Experimental- gruppe	Kontroll- gruppe
Alter		27.09	28.36
Geschlecht	männlich	16	20
	weiblich	28	22
Soziale Schicht		51.70	49.10
Zivilstand	ledig	30	20
	Partner	11	19
	getrennt/verwitwet	3	3
Aufnahmeklinik	Universitäts-Klinik	28	26
	MPI	9	7
	BKH Haar	7	9

wiederum, das umfassende Betreuungsprogramm war nicht in der Lage, das Wiederauftreten von Symptomen häufiger zu verhindern als die übliche Behandlung dieser Patienten. Betrachtet man aber die Konsequenzen der Erkrankung bei Patienten und Angehörigen, so finden sich deutliche und systematische Unterschiede. Die Dauer der stationären Wiederaufnahme war bei den Patienten der Experimentalgruppe kürzer, die Dauer des auch nicht stationär behandelten Rückfalls war wahrscheinlich kürzer. Allerdings kann über diesen Sachverhalt keine zuverlässige Aussage gemacht werden, da zuverlässige Aussagen über die Dauer des Rückfalls von den Kontrollpatienten nicht gegeben werden konnten. Eine nähere Betrachtung des Querschnittszustandes ein Jahr nach der Entlassung aus der Ersthospitalisation zeigt, daß in allen Bereichen ausnahmslos die Patienten der Experimentalgruppe besser abschneiden. In allen Bereichen des mit dem PSE erfaßten psychopathologischen Befundes waren die umfassend betreuten Patienten bei der Katamnese unauffälliger (Tab. 2). Sie hatten sowohl weniger schizophreniespezifische wie schizophrenieunspezifische Symptome als die Kontrollpatienten. Auch im Bereich der sozialen Eingliederung gehen die Unterschiede in dieselbe Richtung (siehe Tab. 3). Sie haben mehr soziale Kontakte, eine intensivere freie Zeit und eine bessere berufliche Eingliederung. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, betrachten die Angehörigen der Kontrollpatienten zum Katamnesezeitpunkt das erkrankte Familienmitglied als psychisch auffälliger (Problemverhalten). Sie fühlen sich dadurch auch subjektiv stärker befasst und damit auch objektiv stärker beein-

Tab. 2: Durchschnittswerte der PSE-Syndrome und des Gesamt-PSE-Wertes

	Aufnahme		Katamnese	
	EG	KG	EG	KG
DAH (Wahn, Halluzinationen)	19,2	18,7	3,8	5,1
BSO (Verhaltensstörungen, Denkstörungen)	12,1	12,7	2,5	3,6
SNR (Spezifische neurotische Symptome)	7,1	6,5	2,9	4,1
NSN (Nicht spezifische neurotische Symptome)	16,2	14,4	7,7	8,7
Total-PSE-Score	54,6	52,3	16,9	21,6

Tab. 3: Soziale Eingliederung vor Ersterkrankung und zum Katamnesezeitpunkt

	vor Erstaufnahme		Katamnese	
	EG	KG	EG	KG
Soziale Kontakte (0-27)	12,93	13,43	13,64	11,18
Freizeit (0-12)	7,46	8,05	7,69	6,64
Berufliche Eingliederung (0-32)	24,64	27,71	20,50	18,97

Tab. 4: Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstaufnahme und Katamnese

	Erstaufnahme		Katamnese	
	EG	KG	EG	KG
Problemverhalten (0-180)	27,09	25,93	16,92	23,59
Belastung (0-36)	7,43	7,55	5,92	7,45
Beeinträchtigung (0-tO)	1,02	1,64	0,92	1,67
Freizeit (0-12)	7,61	7,10	7,59	6,34

trächtig. Was sich beispielsweise auch auf die Qualität und Umfang der Freizeitgestaltung niederschlägt. Auch das psychische Befinden der Angehörigen leidet darunter, sowohl bei der standardisierten psychiatrischen Exploration mit dem PSE sowie in der Selbstbeurteilung (Beschwerdeliste von von Zerssen) erscheinen die Angehörigen der Kontrollpatienten stärker belastet (Tab. 5). Bei diesen Zahlen handelt es sich um Gruppenschnittswerte, die nur die

Richtung der Unterschiede angeben sollen. Durch Herausnahme der katamnestisch unauffälligen Patienten und ihrer Angehörigen aus der statistischen Analyse kann erst das Ausmaß des Unterschiedes richtig eingeschätzt werden. Für die Zwecke dieses Vortrages sollte lediglich gezeigt werden, daß eine umfassende und intensive Betreuung am Beginn einer schizophrenen Erkrankung die Rückfallwahrscheinlichkeit gegenüber der herkömmlichen Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte und Allgemeinärzte nicht senkt, dagegen deutlich den Verlauf in den verschiedensten Bereichen günstiger beeinflusst.

Tab. 5: Psychisches Befinden der Angehörigen bei Erstuntersuchung und Katamnese

	Erstuntersuchung		Katamnese	
	EG	KG	EG	KG
PSE-Screening (0-28)	4,11	4,57	2,95	4,78
PSE-Gesamtscore	7,05	8,17	4,46	6,77
Beschwerdeliste (v. Zerssen) (0-48)	13,43	15,36	12,05	18,16

Schlußbemerkungen

Eine abschließende Beurteilung muß mit der Feststellung beginnen, daß zweifellos nach wie vor die niedergelassenen Nervenärzte die Hauptlast der ambulanten psychiatrischen Behandlung tragen, schon allein die Zahl der von ihnen betreuten Patienten macht dies deutlich. Dabei handelt es sich in der Regel um Patienten, die nur selten in anderen psychiatrischen Institutionen behandelt wurden, am häufigsten Patienten mit Neurosen und affektiven Psychosen. Durch seine ständige Präsenz erfüllt er die wichtige Bedingung der Kontinuität der Behandlung, und an Orten ausreichender Nervenarzt-Dichte erfüllt er auch die Bedingungen der Gemeindenähe. Es ist auch nicht zu übersehen, daß sich Nervenärzte in letzter Zeit zunehmend an sozialpsychiatrischen Aktivitäten durch Beratertätigkeit in Übergangseinrichtungen, in Werkstätten, in den Vorständen von sozialpsychiatrisch orientierten Vereinen sowie an den vielerorts entstehenden psychosozialen Arbeitsgemeinschaften beteiligen. Allerdings ist auf dem Lande, bei geringerer Nervenarzt-Dichte, aus meiner Sicht diese Entwicklung nicht so fortgeschritten. Trotzdem muß man erkennen, daß es Gruppen von Patienten gibt, für die der niedergelassene Nervenarzt aufgrund der

Organisation seiner Praxis und den Versorgungsstrukturen nicht der geeignete Therapeut ist. Das gilt zunächst für chronische, häufig hospitalisierte Patienten mit einer Vielfalt von Behinderungen, bei denen das soziale Umfeld ebenfalls gestört und behandlungsbedürftig ist. Diese Patienten, oft chronische Alkoholiker oder schizophrene Patienten, brauchen nicht nur eine zeitlich intensivere Behandlung, sondern auch, wie eingangs gesagt, eine umfassende psychotherapeutische und soziotherapeutische Betreuung neben der gegebenenfalls erforderlichen pharmakotherapeutischen Behandlung. Diese Betreuung ist nicht mehr von einem einzelnen, sondern von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team durchzuführen. Nicht nur aufgrund der verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen, sondern auch aufgrund der damit einhergehenden psychischen Belastung, die einem einzelnen Betreuer oft nicht zuzumuten ist. Eine weitere Patientengruppe mit ähnlichen Problemen sind die Alterskranken. Auch hier ist es durch intensive, zeitlich aufwendige Teamarbeit möglich, eine Hospitalisierung zu vermeiden und eine kontinuierliche Betreuung einzuleiten, wie es ein kürzlich aus der Universitätsklinik Hannover veröffentlichter Fall sehr schön belegen konnte (Bauer, 1980). Ein weiterer Bereich, dem die nervenärztliche Praxis nicht gerecht werden kann, sind die akuten Krisen. Hier kann eine sofortige, oft allerdings Stunden dauernde Intervention Alternativen zur sonst nicht vermeidbaren Krankenhausaufnahme in die Wege leiten. Auch die therapiebedürftigen, dabei aber therapieunwilligen Patienten sind mit den Mitteln der nervenärztlichen Praxis oft nicht zu erreichen. Hier ist es oft nur möglich, durch zeitaufwendige und frustrierende Hausbesuche und Telefonate eine Betreuung einzuleiten.

Diese Feststellungen, die mit einigen Zahlen untermauert worden sind, machen es deutlich, daß die Frage nicht heißen kann, Nervenarzt oder institutionalisierte ambulante Dienste. Beide Einrichtungen beschäftigen sich mit verschiedenen, sich wenig überschneidenden Patientengruppen und Problembereichen. Daran wird sich auch wenig ändern, wenn in Zukunft in zunehmendem Maße Fachärzte für Psychiatrie mit Schwerpunkt in der Psychotherapie sich niederlassen. Wenn die in der Enquete formulierten Ziele von der gemeindenahen Behandlung und Rehabilitation von psychisch Kranken verwirklicht werden sollen, wenn sich gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen der Schwerpunkt der therapeutischen Bemühungen vom Krankenhaus zur ambulanten Betreuung hin verlagern soll, dann müssen auch neue Einrichtungen geschaffen werden (und evaluiert werden!), die sich dieser schwierigen und neuen Aufgabe widmen.

Literatur:

BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1977

BAUER, M. und A. DREES: Praktische Sozialtherapie in der Psychiatrie. Psychiatr. Praxis, 7, 1-8, 1980

BOSCH, G. und A. PIETZKER: Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201, 1975

DILLING, H. und S. WEYERER: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung. Urban und Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1978

MÜLLER, P. und W. HARTMANN: Zur ambulanten Weiterbehandlung und Kurzstreckenprognose schizophrener Patienten nach der ersten Hospitalisierung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 43, 210-220, 1975

SAINSBURY, P.: Die Belastung der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder. In: Sozialpsychiatrische Texte (Hrsg.: M. v. Cranach und A. Finzen). Springer, Berlin - Heidelberg - New York, 1972

WING, J. K. und A. HAILEY: Evaluating a community psychiatric service. Oxford University Press, 1972

Institutionsgebundene ambulante Dienste in der Psychiatrie – Ergebnisse einer Umfrage

M. Bauer, H. K. Rose und E. v. Watzdorf

Im folgenden Referat werden die Ergebnisse einer Umfrage dargestellt, die die „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ 1979/1980 veranstaltet hat. Dabei ging es vor allem darum, in Erfahrung zu bringen, wieviele psychiatrische Kliniken über ambulante Behandlungsmöglichkeiten verfügen, welche Organisations- und Rechtsformen diese Ambulanzen haben, wie sie finanziert werden, über welche Mitarbeiter sie verfügen, wie die konkrete Tätigkeit beschaffen ist, was für verbesserungsbedürftig gehalten wird, ob die erbrachten Leistungen dokumentiert und eventuell publiziert worden sind und einiges andere mehr.

Bei der Darstellung werden wir uns auf eine schlichte Deskription der uns übermittelten und EDV-fähigen spröden Daten beschränken müssen, obwohl es vielleicht reizvoller gewesen wäre, die eher informell gemeinten handschriftlichen Zusätze auf den Fragebögen hier zum besten zu geben: Wenn etwa zur Frage des Finanzierungsmodus die Bemerkung auftaucht „nur nicht daran rühren“, oder zur Frage der Art der Ambulanz sich der Zusatz findet, „Institutsvertrag wird angestrebt; z. Zt. Klage vor dem Sozialgericht gegen die Kassenärztliche Vereinigung wegen Untätigkeit (Verschleppung der Bearbeitung des Klinik-antrags)“ oder aber auch der Seufzer eines Kollegen aus dem tiefen Süden der Bundesrepublik: „weniger Berichte, Dokumentationen, Diskussionen, mehr schlichte und qualifizierte Arbeit mit den Patienten, nicht so ‚sozial‘, nicht so institutionell, lieber von Mensch zu Mensch mit Herz und Verantwortung“.

Auf nur wenigen Fragebögen fehlen derartige Anmerkungen, ein Indiz vielleicht für die Aktualität des Themas „Ambulante Dienste“, eine Annahme, die auch gestützt wird durch die relativ hohe Rücklaufquote der ausgesandten Erhebungsbögen.

Im Oktober/November 1979 wurden von der AKTION PSYCHISCH KRANKE insgesamt 228 psychiatrische Institutionen angeschrieben. Einzige Frage dabei war, ob von Mitarbeitern der Klinik - nur die Kliniken waren unsere Zielgruppe - auch ambulante Tätigkeiten wahrgenommen würden. Von den 228 ausgesandten Fragebogen wurden uns 189 zurückgeschickt, das entspricht einer recht guten Rücklaufquote von 83 %. Davon wiederum bejahten die Frage nach den ambulanten Tätigkeiten insgesamt 134 Institutionen, denen jetzt ein ausführlicherer Fragebogen zugesandt wurde. Darin wurde nicht nur nach der Art des ambulanten Dienstes, der vertragsrechtlichen Absicherung und der ihn tragenden Berufsgruppen gefragt, sondern z. B. auch danach, welche Patientengruppen schwerpunktmäßig betreut werden, ob dies innerhalb der Klinik in

eigens dafür vorgesehenen Räumen geschieht, ob und wie die entstehenden Kosten abgedeckt werden, wie der Stellenplan beschaffen ist, ob die Institution mit der Art des ambulanten Dienstes zufrieden ist bzw. welche Änderungen angestrebt werden. Leider haben wir so wichtige Fragen wie die, seit wann der ambulante Dienst an der Einrichtung besteht, nicht gestellt und auch einige andere Fragen offensichtlich auf eine Art und Weise formuliert, die es den betreffenden Institutionen schwer machte, eindeutig darauf zu antworten. Geantwortet haben, so scheint es, die jeweiligen ärztlichen Leiter der Kliniken, nicht z. B. die Verwaltungsleiter, von denen möglicherweise in dem einen oder anderen Punkt - man denke nur an die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Status quo - andere Antworten gekommen wären als von den ärztlichen Direktoren.

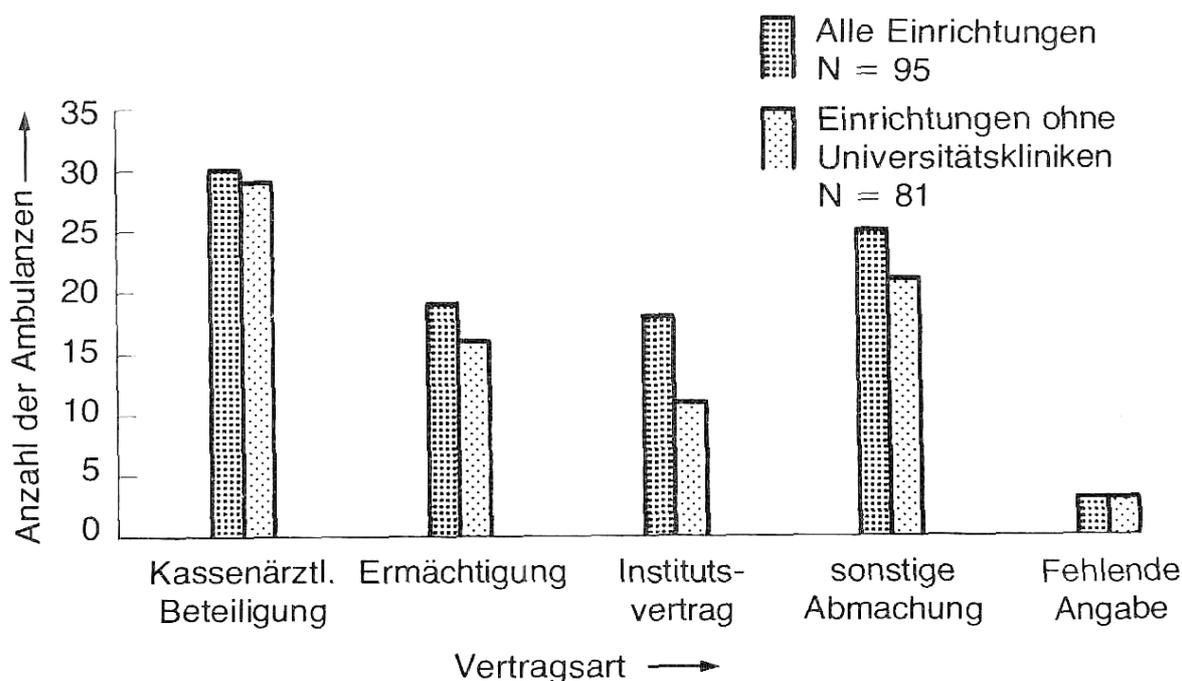
Wie auch immer: Von den ursprünglich angeschriebenen 228 Institutionen gelangten schließlich 95 in die endgültige Auswertung.

Läßt man diejenigen Institutionen, die nicht oder mit „nein“, d. h. „keine (oder noch keine) Ambulanz am Krankenhaus vorhanden“, geantwortet haben, aus der Rechnung, so handelt es sich bei den 95 positiven Antworten um rund 71 % aller derjenigen, die offensichtlich in der einen oder anderen Form über einen ambulanten Dienst am Krankenhaus selbst verfügen.

Wenn man nach der vertragsrechtlichen Verankerung der ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhäusern fragt, so ergibt sich folgendes Bild

Abb. 1:

Häufigkeitsverteilung der Vertragsarten der an der Umfrage beteiligten Ambulanzen insgesamt und unter Ausschluß der Universitätskliniken.



Von den 95 in die Auswertung gelangten Ambulanzen basieren 30 auf einer „Beteiligung“ des Krankenhausleiters an der kassenärztlichen Versorgung, 19 auf einer „Ermächtigung“, 18 auf einem „Institutsvertrag“ und in 28 Fällen bestehen „sonstige Abmachungen“, die entweder einschränkende Bedingungen eines sonst vorhandenen Ermächtigungs- bzw. Beteiligungsvertrages beinhalten oder aber eine Ausweitung dieser Verträge auf andere Ärzte der Institution neben dem Leiter der Klinik. Eliminiert man aus der Übersicht die Universitätskliniken und die Ambulanzen mit „sonstigen Abmachungen“, so bleiben 57 Einrichtungen übrig, die über 29 Beteiligungs-, 17 Ermächtigungs- und 11 Institutsverträge verfügen. Die Beteiligung des ärztlichen Leiters an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung ist derzeit somit die mit Abstand wichtigste Vertragsform. Im übrigen sind deutliche regionale Unterschiede zu erkennen. Da gibt es Bundesländer, wie z. B. Niedersachsen, in denen außerhalb der beiden Universitätskliniken Institutsverträge nicht abgeschlossen wurden, wohingegen in Nordrhein-Westfalen fast ein Viertel aller antwortenden Einrichtungen angaben, die Ambulanz im Rahmen von Institutsverträgen zu betreiben.

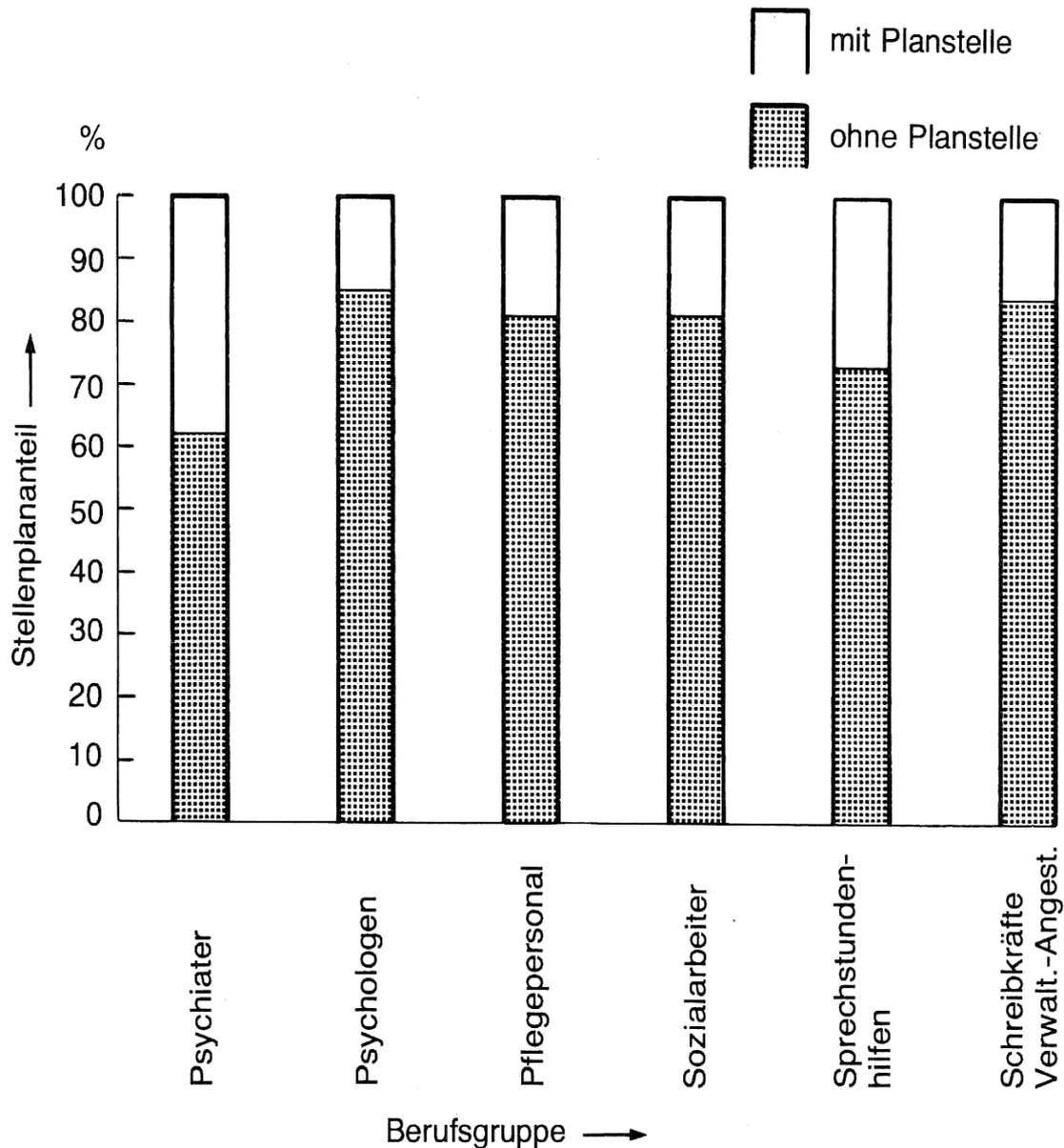
Eine weitere, für uns wichtige Frage zielte darauf ab, welche Berufsgruppen in der Ambulanz einer Klinik tätig sind, was sie dort vorwiegend tun und ob die in der Ambulanz tätigen Mitarbeiter im Stellenplan des Krankenhauses als in der Ambulanz arbeitend ausgewiesen sind. Im Erhebungsbogen selbst war noch gefragt, wie sich Vollzeit- und Teilzeittätige in der Ambulanz nach Berufsgruppen differenzieren.

Der Einfachheit halber wollen wir uns zunächst auf die Frage konzentrieren, wieviel Personen der unterschiedlichen Berufsgruppen überhaupt im ambulanten Bereich tätig sind und welche davon im Stellenplan der Klinik als in der Ambulanz tätig ausgewiesen wurden. Das Ergebnis ist auf den ersten Blick verblüffend: Nur ein Bruchteil der im Bereich der Ambulanz de facto tätigen Mitarbeiter ist auch de jure im Stellenplan entsprechend ausgewiesen. Im Klartext bedeutet dies, es werden vielfältige ambulante Tätigkeiten wahrgenommen, diese können auch über die bestehenden Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Teil abgerechnet werden, die Mitarbeiter jedoch schlagen stellenplanmäßig ganz überwiegend im stationären Bereich zu Buche. Es hat sich also, wenn man so will, eine neue Art von „grauer Ambulanz“ herausgebildet. Graue Ambulanz nicht in dem früheren Sinne, daß ambulant erbrachte Leistungen generell mit den Kostenträgern nicht abgerechnet werden können -diese Situation gibt es vielfach auch weiterhin -, sondern „grau“, d. h. gegen das geltende Recht insofern, als in einem hohen Prozentsatz die entstehenden Kosten für die Ambulanz im stationären Bereich pflegesatzwirksam werden (Abb. 2).

Abbildung 2 verdeutlicht sehr eindrucksvoll diesen Sachverhalt. Bevor etwas gesagt werden soll über die Art der ambulanten Therapie - wobei neben den in der Ambulanz tätigen Berufsgruppen auch die Ausstattung und Organisation der jeweiligen Dienste brauchbare Indikatoren für die praktizierten Inhalte ab-

Abb. 2:

Schaubild über den Stellenplananteil der an der Umfrage beteiligten Ambulanzen nach Berufsgruppen geordnet.

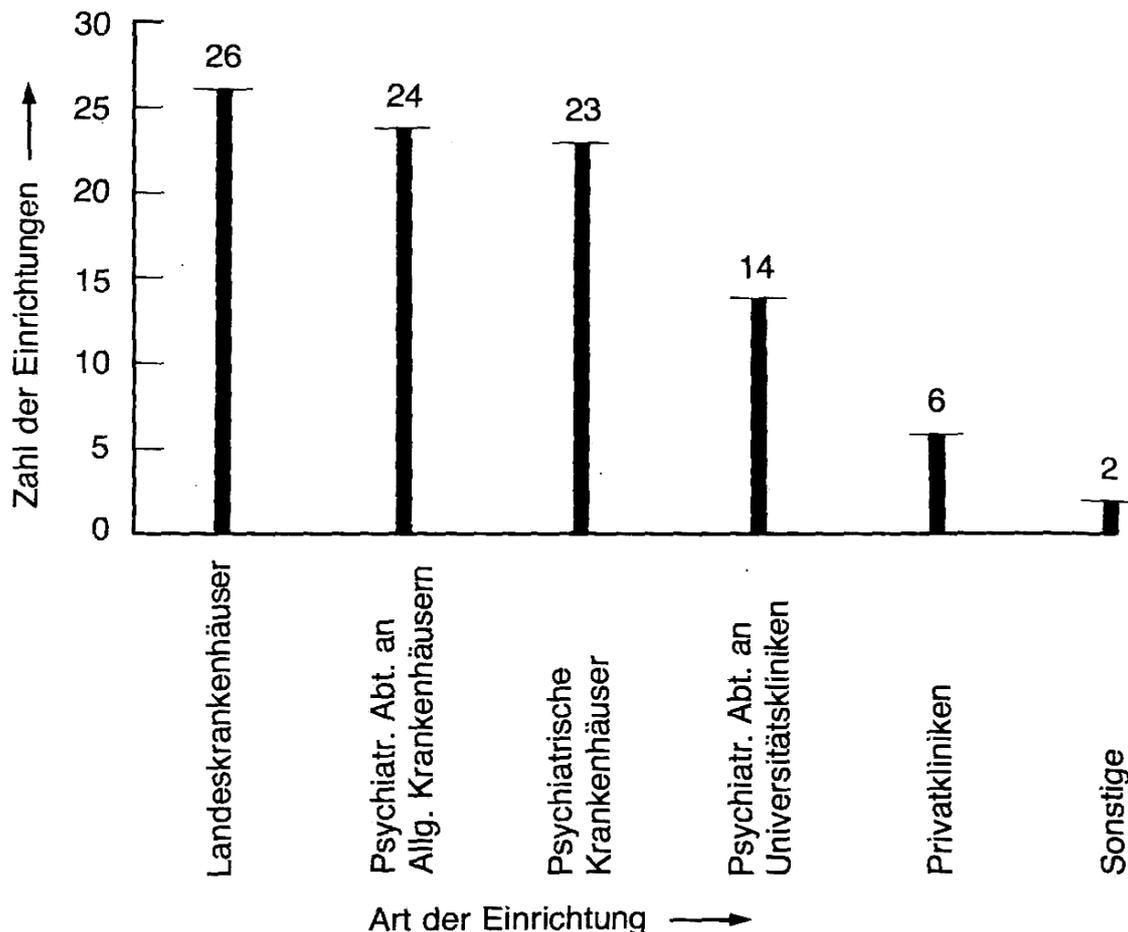


geben können - soll anhand einer weiteren Graphik die Art der Einrichtungen, die uns geantwortet haben, kurz aufgezeigt werden (Abb. 3).

26 Landeskrankenhäuser, 24 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, 23 psychiatrische Krankenhäuser und 14 Universitätskliniken haben den Erhebungsbogen verwertbar ausgefüllt zurückgeschickt. Bei den 23 psychiatrischen Krankenhäusern handelt es sich ausschließlich um Institutionen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, die gut abgegrenzt werden konnten zu

Abb. 3:

Häufigkeitsverteilung der an der Umfrage beteiligten Einrichtungen (N = 95)



den 6 Privatkliniken, die in anderer Rechtsform organisiert sind. In zwei Fällen war das Raster „öffentlich“, „frei-gemeinnützig“ und „privat“ unbrauchbar, um die betreffende Institution zu beschreiben.

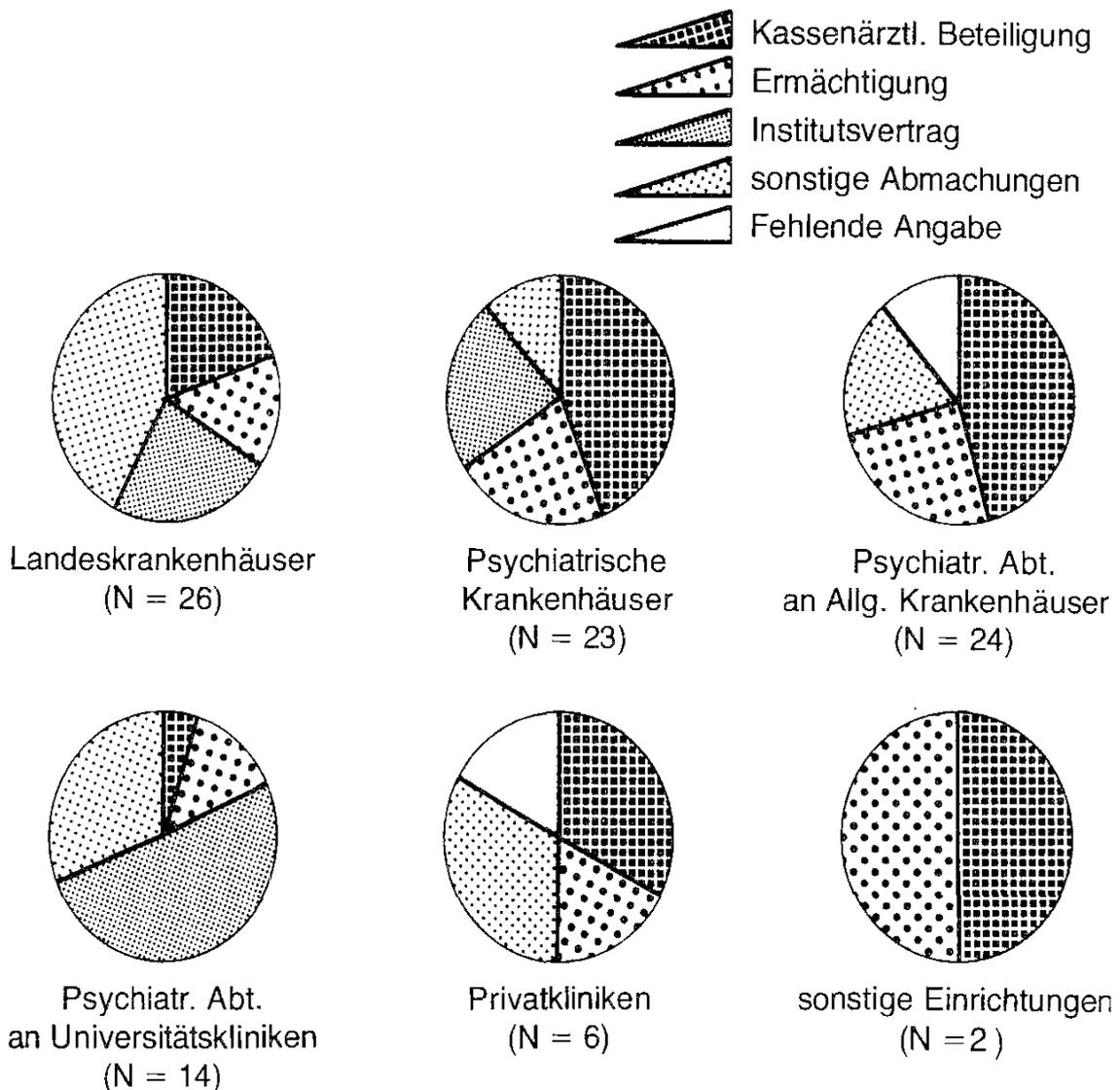
Betrachtet man vor dem Hintergrund der Trägerschaft und der Art der Einrichtung die für die Ambulanz gefundene Rechtsform, so zeigt sich folgendes:

Neben den Universitäten, die ohnehin - und nicht nur in diesem Zusammenhang - eine Sonderrolle spielen, ist es vor allem einigen Landeskrankenhäusern und großen freigemeinnützigen Krankenhäusern, Bethel etwa, gelungen, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Institutsvertrag abzuschließen. In keinem einzigen Fall trifft dies dagegen für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu (Abb. 4).

Abb. 4:

Rechtsgrundlage der an der Umfrage beteiligten Ambulanzen nach Art der

Einrichtungen geordnet

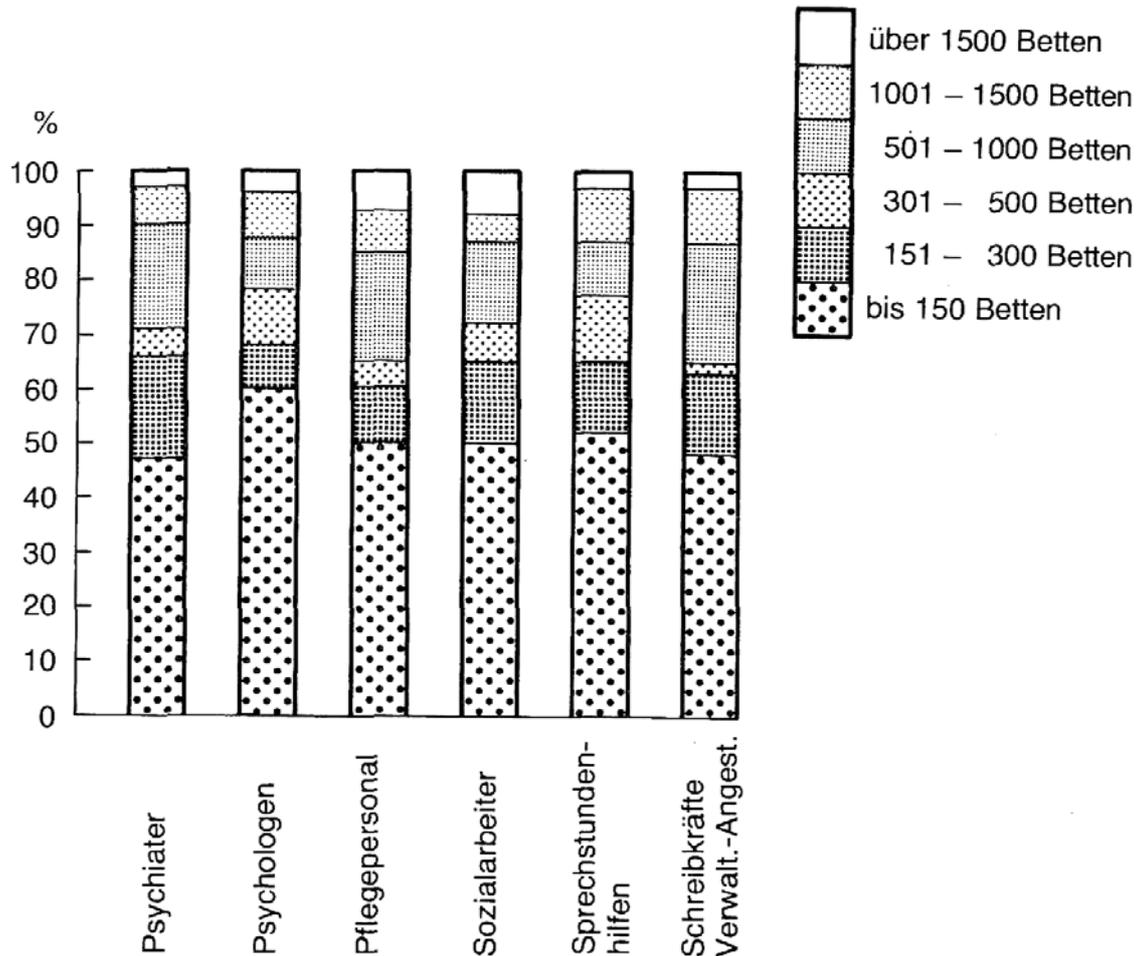


Noch klarer wird die Situation, wenn auch der Parameter Bettenanzahl Mitberücksichtigung findet. Dann zeigt sich nämlich, daß Kliniken mit 800 und mehr Betten offenbar größere Chancen haben, einen Institutsvertrag zu bekommen, als kleinere Einrichtungen. Umgekehrt arbeiten mehr als die Hälfte aller in Klinikambulanzen tätigen Mitarbeiter in Einrichtungen, die weniger als 150 Betten vorhalten, fast ³A aller Ärzte, Psychologen, Krankenschwestern und Sozialarbeiter sind in Institutionen tätig, die weniger als 300 Betten haben (Abb. 5). Daß die wenigsten davon stellenplanmäßig in der Ambulanz ausgewiesen sind, hatten wir bereits gesagt.

Abb. 5:

Verteilung der einzelnen Berufsgruppen auf die nach Bettenanzahl geordneten Einrichtungen.

Einrichtungen.



Ohne den Ergebnissen unserer Umfrage interpretatorische Gewalt anzutun, läßt sich zusammenfassend die Situation wie folgt charakterisieren: Institutsverträge, die nach der RVO-Novellierung vom Jahre 1976 ohne jede weitere Prüfung den großen Landeskrankenhäusern auf Antrag einzuräumen sind, existieren derzeit an mindestens 6 Landeskrankenhäusern und 5 psychiatrischen Krankenhäusern in freier Trägerschaft. Dort, wo die RVO eine Prüfung des Bedarfs durch den gemeinsamen Ausschuß der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vorschreibt, ist dieser Bedarf bisher offensichtlich in jedem Fall verneint worden, es gibt bei unserer Umfrage keine psychiatrische Abtei-

lung an einem Allgemeinkrankenhaus mit einem Institutsvertrag. Gleichzeitig entwickeln diese Abteilungen die stärksten ambulanten Aktivitäten, sie verfügen über die weitaus meisten Mitarbeiter, behandeln die weitaus meisten Patienten. All dies geschieht zum guten Teil illegal, wenn man darunter die Tatsache versteht, daß nur wenige der in der Ambulanz tätigen Mitarbeiter auch stellenplanmäßig abgesichert sind. Die vielen von uns aus eigener Praxis geläufige Tatsache, daß Ärzte, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Psychologen ambulant tätig sind, obwohl sie den Kostenträgern gegenüber im stationären Bereich ausgewiesen werden, da sie nur dort pflegesatzwirksam werden können, ist nach den Ergebnissen der Umfrage kein singuläres, sondern ein massenhaftes Phänomen. Außerhalb der gegenwärtigen gesetzlichen Möglichkeiten hat sich gerade in den kleineren psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eine Praxis eingeschliert, die relativ ambulanzzentriert ist. Auf der anderen Seite garantiert die saubere legale Absicherung der ambulanten Tätigkeit keineswegs, daß die eingeräumten Möglichkeiten auch wahrgenommen werden. Geradezu das Gegenteil scheint der Fall. Im übrigen nimmt sich die Gesamtzahl der in institutionsgebundenen Ambulanzen tätigen Mitarbeiter vergleichsweise bescheiden aus, wie Abb. 6 zu entnehmen ist.

In einer Umfrage wie der unsrigen, die über das Ziel einer ersten groben Kartographie der gegenwärtigen Landschaft nicht hinausgehen konnte und sollte, sind differenzierte Daten darüber, was denn nun in den wie auch immer rechtlich verankerten ambulanten Diensten praktisch geschieht, nicht zu erwarten. Möglicherweise läßt sich dies nur durch eine persönliche Befragung vor Ort einigermaßen klären. Ursprünglich war eine derartige Befragung intendiert, mußte jedoch aus einer Reihe von Gründen zunächst unterbleiben. Wir haben deshalb versucht, neben einigen gezielten Fragen nach dem therapeutischen Angebot der jeweiligen Ambulanz, Indikatoren zu finden, die geeignet sind, das Bild zu vervollständigen und abzurunden. Wichtig schien uns in diesem Zusammenhang die räumliche Ausstattung der Ambulanz sowie die berufsgruppen-spezifische Zusammensetzung der Mitarbeiter.

Fast alle ambulanten Dienste, 89 von 95 nämlich, nehmen Nachsorge-Aufgaben für zuvor in der eigenen Einrichtung stationär behandelte Patienten wahr, in 71 Fällen können die erbrachten Leistungen zumindest teilweise abgerechnet werden. 82 von 95 befragten Institutionen sind auch in der Lage, zuvor nicht stationär behandelte Patienten zu betreuen, in 67 dieser Einrichtungen können Leistungen den Kostenträgern in Rechnung gestellt werden. Immerhin 35 der befragten Kliniken gaben an, die konventionelle Art der Außenfürsorge ohne Abrechnungsmöglichkeit durchzuführen. Mit Ausnahme der Außenfürsorge, bei der gelegentlich Patienten auch zu Hause aufgesucht werden, handelt es sich bei den anderen beiden genannten Tätigkeiten ganz überwiegend um ein passiv-abwartendes Therapieangebot der Institution. Umgekehrt kommt dies auch dadurch zum Ausdruck, daß lediglich 20 der befragten Institutionen im Rahmen der Ambulanz auch Krisenintervention betreiben, verständlicherweise lediglich die gemeindenah situierten, wobei nur 10 Kliniken diese Leistungen

Abb. 6:

Häufigkeitsverteilung der Berufsgruppen aller an der Umfrage beteiligten Ambulanzen und unter Ausschluß der Universitätskliniken.

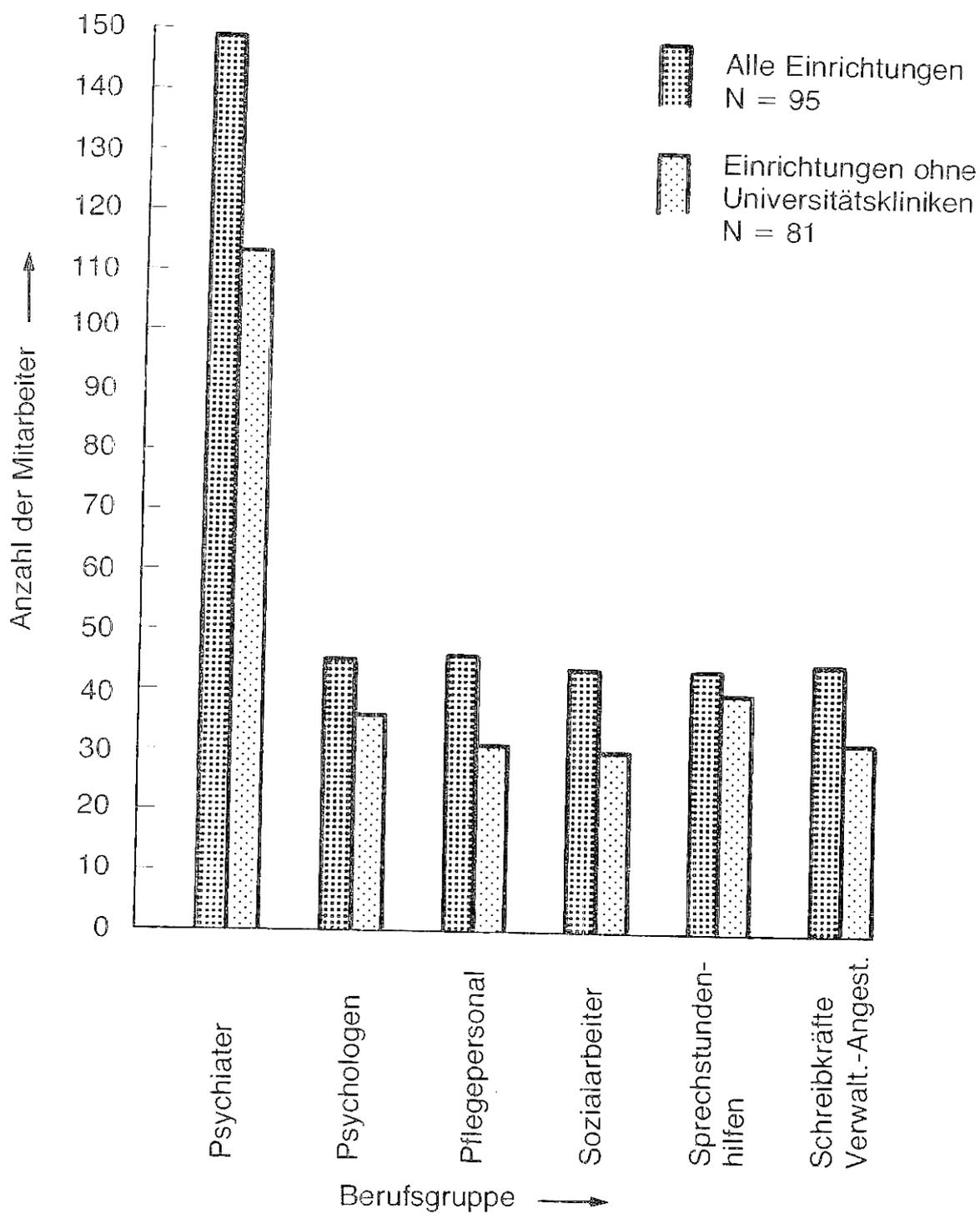


Abb. 6:

Häufigkeitsverteilung der Berufsgruppen aller an der Umfrage beteiligten Ambulanzen und unter Ausschluß der Universitätskliniken.

auch abrechnen können. Während für praktisch alle Kliniken ärztlich-medizinische (86) und psychotherapeutische (79) Aufgaben zum Leistungsspektrum gehören, trifft dies für sozialarbeiterische Tätigkeiten nur in 48 von 95 Fällen zu. Fast die Hälfte aller ambulanten Dienste kann kein derartiges Angebot machen. Noch mehr eingeschränkt ist die Mitarbeit von Pflegepersonal im ambulanten Bereich. Nur in 23 Ambulanzen ist eine Krankenschwester/pfleger vollzeitig tätig, in weiteren 23 Kliniken wenigstens zeitweise, in 77 von 95 Ambulanzen gibt es keine Verankerung der KR-Stellen im Stellenplan, genau das gleiche trifft auch für Sozialarbeiter zu. Für Psychologen ist die Relation noch ungünstiger (81 von 95); selbst Ärzte finden sich nur in 59 von 95 Fällen im Stellenplan.

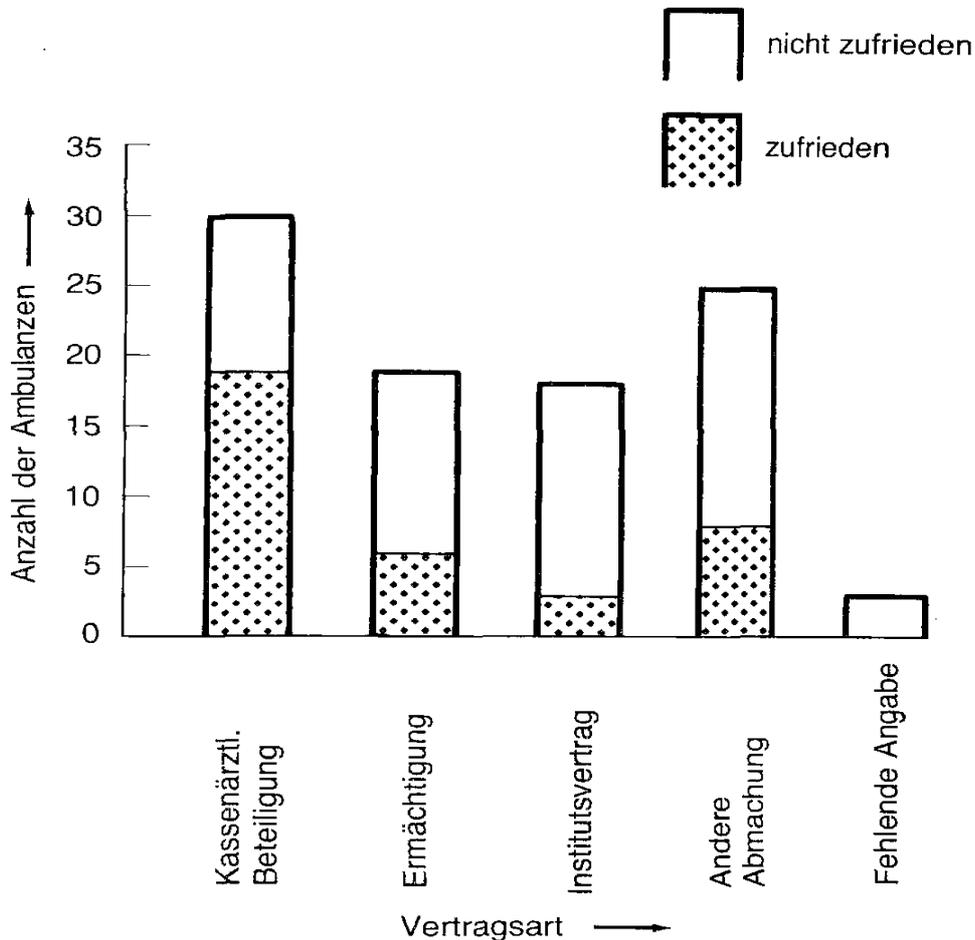
Vor dem Hintergrund dieser Zahlen wird verständlich, daß die weit überwiegende Form der ambulanten Tätigkeit eine Art Einzelsprechstunden-Tätigkeit ist -also letztlich am Modell des Arztes in freier Praxis orientiert-, die oft vom Arzt oder Psychologen allein, gelegentlich unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen durchgeführt wird. In dieses Bild paßt, daß in über 50 % (49) aller Ambulanzen keinerlei Räumlichkeiten vorhanden sind, in denen Gruppentherapie durchgeführt werden könnte.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in Bezug auf aktiv-aufsuchende Hilfen: In 50 % (47) aller ambulanten Dienste werden keine Hausbesuche gemacht, ganz zu schweigen von anderen Formen der aktiven Einbeziehung relevanter Bezugspersonen in die Therapie eines Patienten.

Mit diesem nicht gerade ermutigenden Status quo der institutionsgebundenen ambulanten Therapiemöglichkeiten in der Bundesrepublik ist man nun aber keineswegs überall unzufrieden. Abbildung 7 soll dies verdeutlichen. Sie zeigt, daß die Rechtsform der Beteiligung des Klinikleiters an der Kassenärztlichen Versorgung unter Finanzierungsgesichtspunkten überwiegend positiv beurteilt wird, während alle anderen Regelungen eher skeptisch gesehen werden. Dies gilt auch für den Institutsvertrag, dessen finanzielle Grundlage in nur drei Fällen als zufriedenstellend angesehen wird. Es ist nicht ganz einfach, dieses Ergebnis zu interpretieren, da wohl in die einzelnen Antworten ganz unterschiedliche Auffassungen und Motive mit Eingang gefunden haben. Warum sollte, so könnte man fragen, ein Klinikdirektor mit einem Vertrag, der seine Beteiligung an der „Kassenärztlichen Versorgung“ garantiert, unzufrieden sein, ist dies doch für ihn eine Gelegenheit, sein eigenes Einkommen aufzubessern, eine Möglichkeit, die bei Einrichtung eines Institutsvertrags in Wegfall käme. Warum also sollten Klinikdirektoren einen Institutsvertrag wollen? Der Verwaltungsleiter der betreffenden Institution dagegen, hätte man ihn gefragt und hätte er den Erhebungsbogen ausgefüllt, hätte möglicherweise anders geantwortet. Vielleicht und vielleicht nur unter der Voraussetzung, daß die im Rahmen eines Institutsvertrags erbrachten Leistungen nicht pauschal mit den an Universitäten üblichen, eher symbolischen 25 - DM pro Quartal pro Patient entgolten werden, sondern tatsächlich nach der erbrachten Leistung, da sie aus einem Ermächti-

Abb. 7:

Schaubild über die Zufriedenheit mit dem jetzigen Finanzierungsmodus aller an der Umfrage beteiligten Ambulanzen.



gungsvertrag des Klinikdirektors dem Träger abzuführenden Abgaben gelegentlich ein Vielfaches der jetzt noch üblichen Pauschale ausmachen.

Den betroffenen Patienten, würde man sie fragen, wäre all dies vermutlich ziemlich gleichgültig. Sie würden sich wahrscheinlich nichts anderes als eine gute Behandlung und Betreuung wünschen, dies und nichts sonst. Uns freilich bleibt nicht erspart, gemeinsam darüber nachzudenken, was das heißt und, wo notwendig, auch darüber zu streiten, wie man das macht.

Literatur

BAUER, M.: Poliklinische Versorgung unter dem Aspekt der Sektorsierung. Therapie-woche 27 (1977).

BOSCH, G., PIETZCKER, A.: Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten. - Ergebnis einer empirischen Untersuchung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4201 (1975).

DEGKWITZ, R., RÖMER, K., RUDOLPH, W., SCHULTE, P. W.: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern. Spektrum 4 (1973).

DILLING, H., WEYERER, S., LISSON, H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte. Soc. Psychiat. 10 (1975).

KRUSE, G.: Situation und Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratungsstellen am Beispiel der Beratungsstelle Linden (Hannover). Jahrbuch f. kritische Med., Bd. 6. Argumentverlag, Berlin 1980.

WEINLAND, W.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen. Spektrum 3 (1975).

Diskussion zu den Grundsatzüberlegungen

Diskussion zu den Grundsatzüberlegungen

RAVE-SCHWANK: Ich komme aus einem Landeskrankenhaus, in dem zur Zeit die Frage der Eröffnung einer Institutsambulanz ganz brennend in der Diskussion ist. Wir stehen tagtäglich vor der Frage: Wie können wir vermeiden, Patienten stationär aufzunehmen, die eigentlich ambulante Behandlung brauchen.

Ich wollte anknüpfen an einen Gedankengang von Herrn von Cranach, der hier die differenzierte Aufgabe der psychosozialen Dienste im Verhältnis zu den niedergelassenen Nervenärzten noch einmal begründet hat auf den drei verschiedenen Ebenen der Behinderung, der biologischen, sozialen und psychischen. Die ambulante Nachbetreuung muß dem ja entsprechen. Wenn ich nun weiter noch berücksichtige, daß die Zahl der Hilfesuchenden außerhalb der regulären Dienstzeit, im *Nachtdienst* und an *Sonntagen* sehr hoch ist, nach englischen Untersuchungen bei 35 %, dann frage ich mich, wie wir mit unserer Institutsambulanz dieser Situation gerecht werden sollen. Wie können wir auch nachts eine Versorgung sichern, die mehr als nur eine Einweisung über das jeweilige Landesunterbringungsgesetz bedeutet? Gibt es dafür Erfahrungen in schon bestehenden Institutsambulanzen? Ich frage besonders nach den Erfahrungen in Hamburg, wo ein 24-Stunden-Dienst des Gesundheitsamtes mit dem Krankenhausdienst kooperiert.

von CRANACH: Ich glaube auch, daß Krisenintervention eine der Hauptaufgaben solcher Ambulanzen sein muß. Das Problem ist - das hat sich auch in England gezeigt -, daß ein Großteil der Krisen nachts oder an Wochenenden passiert. In der Münchener Klinik beispielsweise hat nach Dienstschluß der Poliklinik der Dienstarzt die Krisenintervention übernommen, allerdings ohne in der Lage zu sein, Hausbesuche machen zu können. Krisenintervention ist eine äußerst personalintensive Tätigkeit. Ich denke an eine Emergency-Klinik in London, wo alle sieben Tage der Woche täglich 24 Stunden zwei diensttuende Ärzte anwesend waren.

von EKESPARRE: In der Region Hannover übernehmen verschiedene Institutionen die Krisenintervention während der Nacht-, der Sonn- und Feiertage.

1. Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, der 24 Stunden dienstbereit ist, hat zunehmend die Funktion eines Kriseninterventionsdienstes bekommen. Dies zeigt sich auch deutlich an der steigenden Arbeitsbelastung, die erst kürzlich der Verwaltung gegenüber ausgewiesen werden mußte.

2. Nach der Vollsektorisierung der Stadt und des Landkreises und der Einübung dieses Prinzips werden auch die umliegenden Nervenkliniken darin einbezogen.

3. Die Telefonseelsorge hat diese Funktion.

4. Das Gesundheitsamt stellt einen Bereitschaftsdienst, wenn es um Zwangseinweisungen geht.

5. Sind auch noch die ärztlichen Notdienste und schwerpunktmäßig die internistischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zu nennen, die akute Alkoholerkrankungen, Formen von Suizidversuchen und psychoreaktive Krisen behandeln.

Im 13. Arrondissement in Paris hat sich gezeigt, daß mit der Entwicklung eines psychiatrischen Versorgungssektors ein Kriseninterventionszentrum benötigt wurde. Der hohen Personalkosten wegen wurde es an ein Wohnheim angegliedert, dessen therapeutisches Personal diese Arbeit zum Teil mitbewältigt.

JACOBI: Zumindest auf dem Lande läßt sich diese Frage sehr einfach lösen, indem man Patienten, bei denen man eine Krise befürchtet, die private Telefonnummer mitgibt. Die dürfen dann anrufen. Ich selbst löse diese Frage auch dadurch, daß ich der Organisation des ärztlichen Notfalldienstes erlaubt habe, mich anzurufen und praktisch jede psychische Krisensituation, zumindest einmal telefonisch, von mir beraten wird. Ich mache dabei die Erfahrung, daß ich meistens die Patienten kenne.

KOESTER: Ich kann hier etwas von dem vorwegnehmen, was ich morgen berichten werde und so auf die von Frau Rave aufgeworfenen Fragen antworten. Die Sorge, daß man ein volles Therapieangebot rund um die Uhr nicht machen kann, ist durchaus berechtigt. Wir haben das bei uns festgestellt. In einem Untersuchungszeitraum von 3 1/2 Monaten bekamen wir während des Tagesdienstes, wo alle Voraussetzungen erfüllt waren, den Patienten wirklich ganz exakt zu untersuchen, 348 Patienten zugewiesen. Davon haben wir 198 aufgenommen und 150 zurückgeschickt. Nach Ende der Dienstzeit, nachts und an Wochenenden sind weitere 433 Patienten gekommen und von denen haben wir nur sehr wenige zurückschicken können, weil eben nur *ein* ärztlicher Aufnahmedienst da war und weil vor allem in dieser Zeit keine unmittelbare Weiterleitung an alternative Hilfsdienste möglich war.

CREUTZ: Ich möchte noch einmal auf einen Punkt kommen, den Herr Rose und auch Herr Katschnig angesprochen haben. Ich habe beide so verstanden, als meinten sie, man solle institutionalisierte Ambulanzen nicht per se als von vornherein besser ansehen als die bisherigen Verhältnisse, sondern daß man zu einer gewissenhaften Evaluation auch in diesem Bereich verpflichtet ist. Ich hatte Gelegenheit, vor einigen Jahren in Köln-Merheim an einer Ambulanz, die sicher zu den ersten in der Bundesrepublik gehörte, die nach den Forderungen der Enquete konzipiert war und auch unter relativ optimalen Bedingungen arbeitete, mit zwei Co-Autoren (Frau Schmidt und Herrn Köhler) eine solche Untersuchung vorzunehmen. Um das Ergebnis nur mit wenigen Worten zu umreißen: Von den Hypothesen, wie sie im allgemeinen in der sozialpsychiatrischen Literatur erwähnt werden, nämlich Verhinderung von Rückfällen durch Ambu-

lanzen, Sicherung der Kontinuität der Nachsorge durch Ambulanzen, Verminderung der Aufnahmeziffer wie auch Verkürzung der Aufenthaltsdauer und Verhinderung primärer Fehlplatzierung - ich habe jetzt nur einmal die wichtigsten herausgegriffen - konnten wir, bis auf eine einzige, in unserer Untersuchung keine verifizieren. Das einzige, was wir nachweisen konnten, war, daß primäre Fehlplatzierungen sich durch eine Vorschaltambulanz tatsächlich statistisch signifikant vermindern lassen, bzw. überhaupt verhindern lassen. In diesem Ergebnis fühle ich mich auch bestätigt durch Herrn von Cranach, der ja doch in seinen Dias gezeigt hat, daß immerhin kein wesentlicher Unterschied zwischen seiner Experimentalgruppe und seiner Kontrollgruppe bestand, was die Rückfallquote bei Schizophrenen und auch was die Wiederaufnahmerate angeht. Ich möchte dafür plädieren, daß man sich die Frage, ob institutionalisierte ambulante Dienste wirklich besser, effektiver sind, nicht zu leicht macht. Ich will darauf hinweisen, daß wir erst am Anfang solcher Untersuchungen stehen, die das beweisen können. Bisher haben wir vor allem Behauptungen, und zwar seit zehn Jahren sehr zahlreich in der sozialpsychiatrischen Literatur, und die Schwierigkeiten, so etwas methodisch exakt zu verifizieren oder zu falsifizieren, sind enorm. Unsere Arbeit ist noch nicht publiziert, aber ich habe das vorweggenommen.

BEHREND: Ich kann mir erklären, warum Herr Creutz nur in einer Hinsicht Erfolge feststellen konnte. Es ist meines Erachtens ein ganz wesentlicher Unterschied, wie auch französische Ergebnisse zeigen, ob die Intervention in der Wohnung erfolgt oder erst in der Vorschaltambulanz der Klinik. Geschieht sie erst in der Klinik, ist es nach unseren Erfahrungen oft bereits zu spät.

BÖHME: Ich möchte noch einmal an den Vortrag von Herrn Bauer anknüpfen und bin Ihnen dankbar, daß Sie Ihre Zahlen jetzt schon angegeben haben, denn ich bin der Meinung, daß wir in den großen Krankenhäusern, ob wir wollen oder nicht, uns mit diesem Problem in Zukunft werden herumschlagen müssen. In Hamburg diskutieren wir gerade den fünften Vertragsentwurf eines Ambulanzvertrages mit den Herren von der KV, und ich kann Frau Rave-Schwank nur die Daumen drücken, daß sie eine Institutsambulanz bekommt. Wir werden es wahrscheinlich bei der Ermächtigungsambulanz belassen müssen, wobei allerdings durch Ihre Zahlen die Frage ein bißchen relativiert wird, was nun wirklich die bessere, die vernünftigere Art eines solchen Ambulanzvertrages ist. Worum es mir geht, ist eines: Ich möchte sagen, daß wir die Befürchtungen und Sorgen unserer Vertragspartner und teilweise unserer Kontrahenten der KV einfach ernst nehmen müssen. Es kommt darauf an klarzumachen, daß es in der Tat zu einem erheblichen Teil wirklich andere Patientengruppen, eine andere Klientel sind, die in einer ambulanten Einrichtung eines Großkrankenhauses betreut werden müssen. Wir bekommen die Ängste, die im Hinblick auf ein neu entstehendes „Konkurrenzunternehmen“ unter Umständen immer wieder aufflackern, gerade weil sie so irrational - so sehr schwer faßbar sind - über eine solche Argumentation am besten und -wie ich meine - am sachgerechtesten im Interesse der Menschen, um die wir uns kümmern müssen, in den Griff,

Vielleicht noch ein paar Sätze zu dem, was Sie, Frau Rave-Schwank, über Hamburg sagten: Ich kann aus der kurzen Zeit, die ich dort bin, nur sagen, daß die bessere psychiatrische Ausstattung des Zufühdienstes nach dem Hamburger Unterbringungsgesetz wohl im Augenblick darauf hinausläuft, daß die Zahl der Zwangseinweisungen abnimmt. Ob sich hinter diesem Merkmal der erwünschte qualitative Effekt verbirgt, wird im Augenblick überprüft, denn wir wissen noch nicht, was mit den Menschen passiert, deren Einweisung als nicht notwendig angesehen wird. Wir tun zunächst ja so, als ob die Richtigen nicht eingewiesen werden. Dies ist jedoch im Grunde eine ungeschützte Hypothese. Es gibt im HAMBURGER ÄRZTEBLATT darüber eine vorläufige Veröffentlichung von Herrn Spengler und Mitarbeitern. Im Augenblick läuft eine weitere Studie, die sicher auch bald faßbare Zahlen bringt. Die Tendenz ist zur Zeit also eher positiv, aber noch nicht sicher überschaubar.

SPANKEN: Noch einmal zur Frage der Krisensintervention, in der ich auch Herrn Behrends etwas widersprechen möchte. Das Problem, wenn man zur aktuellen Krise gerufen wird, sei es nun in der Klinik selbst, wenn der Patient gebracht wird, oder ob man zu ihm nach Hause fährt, ist, daß man immer schon eine sehr zugespitzte Situation vorfindet, die sich oft nicht anders regulieren läßt als zunächst noch einmal durch eine Einweisung. Wir haben oft erfahren müssen, daß es eine Utopie ist, in akuten psychotischen Situationen oder Krisen durch einen Hausbesuch die Einweisung um jeden Preis verhindern zu wollen. Die Chance aber liegt darin, praktisch das Aufschaukeln einer psycho-sozialen Situation zur Krise einzudämmen und von vornherein zu verhindern. Das aber wiederum setzt voraus, daß man im Grunde eine kontinuierliche Kenntnis über den zur Krise neigenden Patienten besitzt, ihn kontinuierlich langfristig betreut, ihn kennt, wie Herr Jacobi sagt. Dann kann man schon in einem Stadium eingreifen, wo vielleicht eine Zuspitzung zur akuten Krise, die dann sehr schwer zu regulieren ist, noch vermieden werden kann. Einer schweren Krise bei einem Patienten, den man noch nicht kennt, ist in der Tat oft nicht anders zu begegnen als mit einer Einweisung.

WOHLRAB: Ich bin Bakteriologe und Ratsherr der Stadt Hannover. In den Krankenhäusern von Hannover erfolgen im Jahr ungefähr 1500 Magenspülungen. Bei denen müßte ja zumeist eine psychiatrische Krise bestehen. Eine psychiatrische Versorgung findet meines Wissens kaum statt. Da hilft auch die Sektorisierung nicht, übergreifende fachliche Hilfe anzubringen.

HEINRICH: Von Herrn Creutz und von Herrn von Cranach wurde gesagt, daß durch Ambulanzen sowohl psychotische Krisen als auch Rückfälle mit Krankenseinweisung nicht vermindert werden. Es ist jetzt die Frage, ob wir nicht neue Erfolgskriterien anlegen müssen. Ob es nicht auch ein Erfolg einer Ambulanz ist, wenn z. B. Patienten mit bestimmten Symptomen draußen besser leben können, wenn also die Fähigkeit, Kontakte aufzunehmen, verbessert wird oder wenn Angehörige eher bereit sind, Patienten zu tolerieren. Ob wir nicht in der Hinsicht die Frage von Erfolgskriterien anders anlegen müssen, als wenn wir

den Erfolg einer Ambulanz nur daran messen, ob sie Rückfälle und Klinikeinweisungen vermindert.

WOLPERT: Meine Frage zum Vortrag von Herrn von Cranach betrifft das Faktum, daß die Rückfallhäufigkeit bei schizophrenen Patienten, die durch die konventionellen Betreuungsstellen betreut wurden, nicht höher ist als die in der experimentellen Gruppe, die durch ein Team betreut wurde. Das ist so wider alle Evidenz. Ich frage mich, ob hier nicht durch die Untersuchung ungünstige Faktoren für die Patienten in der experimentellen Gruppe eingetreten sind. Da ist nämlich nur eine Kontinuität von einem Jahr Betreuung angeboten, während bei Nervenärzten und Allgemeinärzten schizophrene Patienten über längere Zeit in Betreuung sind. Hat nicht die Betreuung von schizophrenen Patienten bei Nervenärzten gewisse Vorteile gegenüber Ambulanzen, in denen die Besetzung häufig wechselt und die Kontinuität eigentlich in der Existenz der Institution besteht und nicht so sehr in der personellen Besetzung, in der Identität der Mitarbeiter? Aus der Untersuchung von Herrn Katschnig ging hervor, daß schizophrene Patienten nur zu einem geringen Teil in nervenärztliche Weiterbehandlung gehen. Ist die Konkurrenz des Sozialpsychiatrischen Dienstes dafür verantwortlich oder besteht bei schizophrenen Patienten primär wirklich ein Trend, nicht bei Nervenärzten in Betreuung zu gehen? Hinter dieser Frage steht eine konkrete Erfahrung, die an meiner Klinik gemacht wurde, nämlich die, daß wir nach relativ kurzer Zeit von Nervenärzten den Vorwurf bekommen haben, Patienten kämen nach der Behandlung nicht zu ihnen zurück. Wir haben festgestellt, daß es wesentlich schizophrene Patienten sind, die zu ihrem Nervenarzt nicht zurückkehren. Wir haben uns gefragt, woran das liegt, ob die Patienten ein besseres Therapie-Angebot bei uns erfahren haben, ob die persönliche Bindung der Patienten an ihre Ärzte in der Klinik zu stark wird oder ob diese Patienten die Alternative der ambulanten Betreuung in meiner Klinik gewählt haben, weil sie sich erhofften, dort eine größere Kontinuität der Betreuung zu bekommen. Dieser ganze Fragenkomplex ist für mich zentral für eine Planung der Betreuung von schizophrenen Patienten, weil wir verschiedene Alternativen haben, von denen wir noch nicht wissen, bei welchen die Schizophrenen am besten wegkommen. Ich weiß nicht, ob das Zusatzangebot Sozialarbeiter/Krankenschwester, das die Klinikambulanz bietet, ausreicht, um das auszugleichen, was der niedergelassene Nervenarzt draußen zu bieten hat, nämlich bei chronisch Kranken wie den Schizophrenen: Kontinuität der Betreuung über Jahre.

URBAHN: Wir haben, um bei uns dieses Problem zu klären, eine Untersuchung angestellt. Wir vergleichen über einen Zweijahreszeitraum die ambulante Nachbetreuung von schizophrenen Patienten im konventionellen Rahmen, das heißt also überwiegend durch niedergelassene Ärzte und Hausärzte, mit der durch unseren Sozialpsychiatrischen Dienst über zwei Jahre. Die vorläufige Auswertung bestätigt, daß es keine signifikanten Unterschiede gibt hinsichtlich der bisher angenommenen Effizienzkriterien, etwa Hospitalisierungsdauer, Rezidivhäufigkeit usw. Wir haben herausgefunden, daß Rehospitalisierung nicht

unbedingt etwas Negatives ist, wenn dadurch chronische Hospitalisierung oder Asylisierung in Langzeitbereichen verhindert werden kann. Das ist dadurch zumindest in einigen Fällen möglich gewesen. Das zweite Ergebnis ist, daß die Schwelle, hier in die Klinik zu kommen, niedriger ist, wenn zu der Klinik der Sozialpsychiatrische Dienst gehört. Das ist eine ganz interessante Erscheinung, die man berücksichtigen muß, wenn man die Rehospitalisierungen zählt. Weiter haben wir herausgefunden, daß die Kontinuität der Behandlungen, ausgedrückt dadurch, daß mindestens ein Kontakt pro Quartal stattfand, nicht signifikant unterschiedlich war. Bei beiden Gruppen war die Kontinuität in hohem Maße erhalten. Warum? Weil, wie die befragten Patienten überwiegend äußerten, es für sie wichtig ist, den niedergelassenen Nervenarzt aufsuchen zu können. Das bestätigt, daß die Konstanz der Person des niedergelassenen Nervenarztes ein ganz wesentliches Positivum ist. Dem steht die Personalfuktuation etwa an einer Universitätsklinik gegenüber. Zu dem Punkt der mangelnden persönlichen Kontinuität wird denn auch die häufigste und härteste Kritik geäußert. Dann ist auch erstaunlich, daß sich bei uns ähnliche Dualbeziehungen herausbilden wie in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes. Man müßte untersuchen, ob das positiv oder negativ ist. Wir haben ja den Anspruch, multiprofessionell und interdisziplinär ambulant zu arbeiten, verwirklichen dies nur zu 15 % in der Betreuung, obwohl wir die Möglichkeit haben, obwohl wir eben Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Ärzte, auch Psychologen in der Ambulanz haben. Wahrscheinlich besteht eben doch der Ehrgeiz, daß jeder sich voll für seine Patienten engagiert, und es sehr schwer fällt, die Beziehung zum Patienten zu teilen. Das müßte man auch noch einmal genauer untersuchen. Daneben spielen für das Patientenverhalten auch noch wesentliche Faktoren der sozialen Situation des Patienten eine Rolle, die mit psychiatrischen Mitteln kaum beeinflussbar sind, wie etwa Arbeitslosigkeit, finanzielle und Wohnprobleme. Alles in allem, soweit wir das überblicken können, können wir die Erkenntnisse von Herrn von Cranach weitgehend auch hier in Hannover bestätigen.

von CRANACH: Um es noch einmal zu sagen, mit Ausnahme der Rückfallhäufigkeit, die bei beiden untersuchten Gruppen gleich war, waren auf allen anderen Ebenen die umfassend betreuten Patienten den Kontrollpatienten überlegen. Dieses Ergebnis weist darauf hin, daß die Beziehung zwischen Psychopathologie und Verlauf nicht sehr eng ist, was auch andere Leute in letzter Zeit gefunden haben. Wir haben in unserer Studie gesehen, daß Patienten, die sozial eingegliedert sind, die von ihren psychologischen Fertigkeiten Gebrauch machen können, mit diesen aber viel besser fertig werden, als Patienten, die sozial nicht eingegliedert sind. Wenn man es etwas übertrieben ausdrückt, so ist die Konsequenz eines Rückfalls bei manchen Patienten ähnlich den Folgen einer Grippe, bei einer Reihe von Patienten war es so. Sie waren einfach eine Woche oder zehn Tage nicht arbeitsfähig und haben dann ihr früheres Leben wieder fortgesetzt.

Nun zu einem zweiten Punkt: Bei unserer Untersuchung wurden die Angehörigen gefragt, welche Behinderung sie bei ihren Kindern bzw. Partnern wahrgenommen haben. Dabei haben wir versucht, das gesamte Spektrum der Psycho-

pathologie sowie der möglichen sozialen Behinderung, die ein Patient entwickeln kann, in die Alltagssprache zu übersetzen. Dabei zeigte sich, daß die Angehörigen die Verhaltensweisen, die mit psychopathologischen Symptomen zusammenhängen, weniger belastend fanden als die sozialen Behinderungen des Patienten, Das scheint mir wichtig zu sein. Daraus läßt sich folgern, daß nicht nur die Rückfallverhinderung das Hauptziel der Schizophrenie-Behandlung sein muß, sondern die umfassende Wiedereingliederung des Patienten.

Dann möchte ich noch kurz einen weiteren Punkt anschneiden, eine wichtige Erfahrung, die wir bei dieser Studie gemacht haben. Früher habe ich meistens so gearbeitet, daß Patienten zu mir kamen und ich ihnen meine therapeutischen Methoden angeboten habe. Wenn die Patienten diese Methode akzeptierten, dann blieben sie bei mir, wenn nicht, waren sie nach einigen Sitzungen weggeblieben. Im Grunde genommen habe ich erwartet, daß sich der Patient an meine Methoden anpaßt. Bei dieser Studie aber hatten wir uns vorgenommen, die 44 Patienten der Experimentalgruppe nicht zu verlieren, egal unter welchen Bedingungen mußten wir versuchen, die Patienten nicht zu verlieren. Und da merkten ich und meine Mitarbeiter, daß wir unsere Therapieziele und unsere Methoden ändern mußten, um die Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörigen zu befriedigen. Das heißt, wir waren zum ersten Male in der eigentlich ungewöhnlichen Situation, unsere therapeutischen Möglichkeiten an die Bedürfnisse der Patienten anpassen zu müssen und nicht umgekehrt. Diese Umstellung hat mein therapeutisches Handeln sehr stark beeinflußt,

SCHMITT: Das Zentrum für Psychologische Medizin hat durch seinen Träger -die Saarland-Heilstätten GmbH¹⁾ - bei der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung am 3. 10. 1978 Antrag auf Einrichtung einer Institutsambulanz gemäß § 368 n Abs. 6 RVO Satz 1 gestellt. Auf wiederholte Erinnerungen erfolgte zunächst keine dem Antrag entsprechende Reaktion. Daraufhin klagte der Krankenhausträger am 8.10. 1979 beim Sozialgericht und beantragte, daß die KV Saar zum Vertragsabschluß verpflichtet werde. Am 30.1. 1980 wurden die Parteien zum Termin geladen. Hierbei ging es zunächst um die Frage, ob das Zentrum für Psychologische Medizin eine selbständige Klinik sei - mit anderen Worten: ob im Sinne von Satz 1 ein Vertragsabschluß ohne Bedarfsprüfung zu erfolgen habe; oder ob das Zentrum für Psychologische Medizin lediglich eine „selbständige Abteilung“ sei - mit anderen Worten: ob es „der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, daß der Vertragsabschluß zur Sicherstellung dieser ambulanten Versorgung erforderlich ist“, bedürfe.

Die Parteien trennten sich dann mit der Auflage des Gerichts, ihre jeweiligen Standpunkte zu präzisieren und zu begründen. Noch vor Anberaumung des nächsten Gerichtstermines erfolgte am 24. 4. 1980 durch die KV Saar ein Vertragsangebot. Mit Wirkung vom 2. 7. 1980 wurde dann nach kurzen Verhandlungen der „Vertrag über die Erbringung und Abgeltung von ambulanten psychiatrischen Leistungen für Versicherte der RVO-Kassen gemäß § 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO“ abgeschlossen. Für die Versicherten der Ersatzkasse wurde ein zweiter Vertrag gemäß § 5 Abs. 3 des Arzt/Ersatzkassenvertrags am 30.

7. 1980 rechtskräftig. Hierdurch ist jetzt wenigstens gewährleistet, daß das Zentrum für Psychologische Medizin in einem unter anderem für diesen Zweck angemieteten Haus in der Stadtmitte den ambulanten Dienst aufnehmen kann. Dessen ungeachtet wurde vom Träger des Zentrums für Psychologische Medizin am 23. 7, 1980 beim Sozialgericht die Klage erneuert und zugleich geändert, damit festgestellt würde, daß das Zentrum für Psychologische Medizin Anspruch auf Abschluß eines Vertrages über ambulante Erbringung von ärztlichen Leistungen ohne Feststellung des Bedarfs zur Sicherstellung der Versorgung habe. Der Ausgang des Prozesses bleibt abzuwarten.

Die Fachärzte des Zentrums für Psychologische Medizin und der Träger verhandeln jetzt miteinander, eine besondere Rechtsform für diesen ambulanten Dienst zu finden, der die Interessen aller Beteiligten berücksichtigt. Vor allem soll gewährleistet werden, daß durch Beteiligung der Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung die Kontinuität der therapeutischen Bezugspersonen für den Patienten gewahrt werden kann. Die Frage des „Rund-um-die-Uhr-Dienstes“, die Frau Rave-Schwank vorhin angesprochen hat, ist dabei auch für uns von Bedeutung; sie ist sicher nicht unproblematisch. Es ist nun der Initiative unseres Trägers zu verdanken, daß wir auch in diesem Bereich neue Wege beschreiten können: Wir konnten bei der Arbeitsverwaltung bewirken, daß über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen ein Modell in Angriff genommen wird, welches Beratung und Krisenintervention zunächst einmal täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr und in absehbarer Zeit auch im 24-Stunden-Takt sicherstellt. In der noch vor uns liegenden Zeit werden Bemühungen erfolgen müssen, die die Weiterfinanzierung dieses Modells gewährleisten, was sicher nicht einfach, aber nach unseren Erfahrungen letztlich doch lösbar sein dürfte. Dabei kommt uns auch zugute, daß wir aufgrund der besonderen politischen und sozialen Struktur unserer Region über sehr persönliche Kontakte zu Politikern, Vertretern der Kostenträger, der Ministerialbürokratie, der Verwaltung der Gebietskörperschaften - und zwar auf allen Etagen, was wichtig ist! - verfügen, denen wir Verständnis für die Notlage der Psychiatrie und den guten Willen zu ihrer Bereinigung bescheinigen können.

BAUER: Jetzt liegt es mir doch auf der Zunge, noch ein Wort zu dem zu sagen, das gerade vor der Tür geredet worden ist. Da sprach Herr Böhme davon, welche Verrenkungen der gemeinsame Ausschuß von Krankenkassen/Kassen-ärztliche Vereinigungen macht, um die gesetzlichen Vorschriften, die im § 368 n der RVO niedergelegt sind, zu umgehen. Da werden nämlich psychiatrische Großkrankenhäuser, dazu gehört das Krankenhaus Bremen-Ost, und dazu gehört auch das Krankenhaus Ochsenzoll in Hamburg, plötzlich nicht als psychiatrische Großkrankenhäuser definiert (die unter die Novellierung des § 368 n der RVO fallen), sondern als Allgemeinkrankenhäuser mit einer- wenn auch zugegebenermaßen großen - psychiatrischen „Abteilung“. Wer auch nur einigermaßen die wirklichen Verhältnisse dieser Krankenhäuser kennt, weiß, wie willkürlich hier verfahren wird, contra legem, wie ich meine.

¹⁾ Gesellschafter: LVA Saar, Saarland, Stadtverband, Bundesknappschaft.

Praktische Varianten der Realisierung

1. Die nervenärztliche Praxis

Erfahrungen aus der Arbeit einer nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis. Überlegungen zur Einbeziehung niedergelassener Nervenärzte in sozialpsychiatrische Arbeit

U. Ulrich

Vor zehn Jahren wurde die Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt. In der Folgezeit bildeten sich Arbeitskreise und Arbeitsgruppen, die sich zum Ziel setzten, Möglichkeiten der Realisierung der in der Enquete dargelegten Ziele zu erarbeiten und die aufgezeigten Mißstände zu verbessern. An vielen Orten fanden sich - angeregt durch wenige und kleine bereits bestehende Arbeitsgruppen - interessierte Laien, Sozialarbeiter, Psychologen und von der herkömmlichen Psychiatrie frustrierte Psychiater zu gemeinsamer Arbeit. Bei kritischer Betrachtung dieser Arbeitskreise fällt auf, daß die größte homogene Fachgruppe, die auf dem Gebiet der Psychiatrie tätig ist, nämlich die der niedergelassenen Nervenärzte, geschlossen diesen Aktionen fern blieb und dies mit wenigen Ausnahmen bis auf den heutigen Tag.

Auf der Suche nach Gründen dieser - wie ich meine - unglücklichen Entwicklung, stellt sich die Frage, warum überhaupt eine Abspaltung eines „Fachbereiches Sozialpsychiatrie“ vom großen Fach der Psychiatrie erforderlich wurde.

Der Versorgung durch die herkömmliche Nervenarztpraxis entglitt ein großer Teil psychisch Kranker und zwar gerade jener Kranker, deren Störung ein wesentlich schwereres Ausmaß erreichte, als das der anderen psychisch Kranken, die durch den niedergelassenen Nervenarzt erreicht wurden. Es waren und sind jene Patienten, die durch die Schwere ihrer Erkrankung an den Rand der Gesellschaft gespült wurden, für die häufig keine sozialen Kontakte mehr bestehen, häufig familiäre Kontakte brüchig oder gelöst worden sind. Es sind dies oft schwere, chronische Psychosekranken, schwere Charakterneurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkranke und viele Patienten aus dem großen Feld der Geronto-Psychiatrie. Der Weg zum niedergelassenen Nervenarzt ist ihnen einerseits durch ihre Unfähigkeit verbaut, sich überhaupt noch selbst helfen zu können, zum anderen besteht eine soziale Distanz zum etablierten Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten, wie es früher hieß. Diese haben sie in frustrierenden Erlebnissen gesammelt, die wir mit den Stichworten belegen können: Wenig Zeit, wo viel Zeit -aus welchen Gründen auch immer- von Nöten wäre; leider nicht ganz selten markige Aufmunterungen oder moralisierende Wertung des dissozialen Verhaltens statt helfenden Verstehens; brechend volle Wartezimmer und ähnliches mehr. Ganz entscheidend für viele dieser Patienten ist oft der erste Kontakt mit dem Nervenarzt gewesen, bei dem sie

ihn als ausführendes Organ des Gesetzgebers bei der Zwangseinweisung erleben. Die Gründe, warum dies alles so ist, sind hinlänglich bekannt und bedürfen hier keiner weiteren Erörterung. Die Kranken des geschilderten Bereiches erfordern ein oft hohes Maß an aktivem Zugehen, ein differenziertes Angebot ambulanter und flankierender Hilfen von der Tagesklinik bis hin zur Selbsthilfegruppe, um dadurch auch einen allmählichen Abbau des bestehenden Mißtrauens gegenüber institutionaler Hilfe durch neue positive Erfahrungen zu erzielen. Diese vielfältigen Hilfen kann der niedergelassene Nervenarzt sicherlich in vollem Umfang nicht geben, und es wäre auch nicht sinnvoll, wollte er dies versuchen. Dieses wiederum sollte aber nicht den totalen Rückzug aus diesem Arbeitsbereich nach sich ziehen, wie es z. Zt. weitgehend der Fall ist. Es ist kritisch die Frage an uns selbst zu stellen, inwieweit wir eigentlich ganz froh sind, mit den mühsamen und arbeitsaufwendigen Randgruppen der Psychiatrie nicht befaßt zu sein. Dem widersprechen zwar offizielle Verlautbarungen unserer Landesorganisationen, die vor der Institutionalisierung der Psychiatrie, vor der Übernahme der totalen psychiatrischen Versorgung durch ideologisierte Ambulanzen warnen, ohne jedoch annehmbare gültige Konzepte einer Integration der niedergelassenen Nervenärzte in ein sinnvolles und sich ergänzendes System aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Gruppen anbieten zu können. Dabei entsteht leider häufig -wie ich hoffe zu Unrecht - der Eindruck, der Gedanke der wirtschaftlichen Besitzstandssicherung sei vorrangig. Bemerkenswert ist auch die Feststellung, daß kaum ein niedergelassener Nervenarzt in der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ vertreten ist.

Der Vorwurf der mangelhaften Bereitschaft zur Kooperation erscheint mir aber ebenso für die übrigen Verbände, Regierungs- und Verwaltungsstellen und sozialpsychiatrischen Arbeitskreise gültig, und zwar einmal für sie untereinander und zum anderen gegenüber der Gruppe der niedergelassenen Nervenärzte.

Für den Bereich Westfalen/Lippe, in dem ich tätig bin, ist mir nicht bekannt, daß zu den Gesprächen zur Planung der stationären Versorgung und zum Ausbau komplementärer Dienste - mit einer Ausnahme - je niedergelassene Nervenärzte eingeladen worden wären oder gar teilgenommen hätten. Liest man Protokolle solcher Sitzungen durch, so entsteht zum Teil der Eindruck, den niedergelassenen Nervenarzt gäbe es gar nicht. Ich zitiere aus einem Sitzungsprotokoll des Landschaftsverbandes von Dezember 1978: „Es ist vorgesehen, den Kontakt zu den Gesundheitsämtern und Kreisärzten zu verbessern und mit Nachdruck auf eine engere Zusammenarbeit der Landeskrankenhäuser mit allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen ihrer Aufnahmegebiete hinzuwirken“. - Oder aus der Beschreibung eines psychosozialen Zentrums: „Zentraler Ausgangspunkt der bisherigen Planung der psychosozialen Versorgung im Kreis ist das Gesundheitsamt, Das Gesundheitsamt sollte auch weiterhin seine Bedeutung beibehalten. Es wäre wünschenswert, daß die Ambulanz einer zukünftigen stationären Einheit eng mit dem psychosozialen Zentrum (sprich Gesundheitsamt) verbunden ist.“

Es scheint, hier ist für den niedergelassenen Psychiater kein Raum. Haben wir uns also selbst aus dem Gespräch hinauskatapultiert und sind jetzt auch nicht mehr erwünscht? Ich möchte jetzt kurz einen Erfahrungsbericht aus meiner Tätigkeit als Mitglied einer nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis in Zusammenarbeit mit einer psychologischen Gemeinschaftspraxis referieren, über die Vorstellungen, die wir ursprünglich hatten, und über das berichten, was wir glauben erreicht zu haben bzw. was wir nicht erreicht haben.

Wir haben uns vor 3 1/2 Jahren in Münster in einer Gemeinschaft von zwei Psychologen und drei Nervenärzten niedergelassen. Ursprünglich sollte die Fünfergemeinschaft als echte Gemeinschaftspraxis laufen. Dieses Konzept mußte aber rasch fallen gelassen werden, da es sich aus standesrechtlichen Gegebenheiten juristisch nicht verwirklichen ließ. Es wurden dann je eine psychologische und eine nervenärztliche Gemeinschaftspraxis gegründet, die untereinander durch verschiedene Verträge miteinander verbunden sind. So war es z. B. notwendig, mit den Psychologen einen Mitarbeitervertrag abzuschließen, damit die von den Psychologen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen kassenärztlich abrechenbar wurden. Die Größe unserer Gruppe ergab sich mehr oder weniger zunächst durch persönliche Kontakte und Beziehungen, wobei wir darüber hinaus davon ausgingen, daß nur eine genügend große Gruppe in der Lage sei, ein weitgehend umfassendes Angebot auf dem Gebiet der Neurologie-Psychiatrie und Psychotherapie anbieten zu können.

Die Psychologen arbeiten ausschließlich auf dem Gebiet der Psychotherapie und führen zusätzlich testpsychologische Untersuchungen durch. Zwei Ärzte führen die Zusatzbezeichnung Psychotherapie, von diesen sollte also auch vermehrt Psychotherapie geleistet werden. Der dritte Arzt sollte vermehrt in dem engeren Bereich der Psychiatrie tätig werden und sich vermehrt auch neurologischen Fragestellungen zuwenden. Die Praxis sieht unter den Mitgliedern regelmäßige Besprechungen über Patienten vor, ebenso gemeinsame Fortbildung, wobei nicht verschwiegen werden soll, daß im Verlauf der Zeit die Regelmäßigkeit etwas zu wünschen übrig läßt.

In den ersten zwei Jahren lief begleitend eine Untersuchung, in der über jeden Patienten alle Daten erfaßt wurden, die sein soziales Umfeld, die Diagnosen und die Leistungen, die durch die Praxis erbracht wurden, betrafen. Die statistische Aufarbeitung läuft z. Zt. noch, so daß ich erst einige wenige Trendzahlen nennen kann und leider diese Zahlen auch nicht mehr graphisch darstellen konnte.

1977 und 1978 wurden 8260 Patienten von uns erstmals behandelt. 355 dieser Patienten kamen nach einer längeren Behandlungspause erneut in unsere Behandlung. Konsiliaruntersuchungen für Krankenhäuser sowie Untersuchungen für Behörden, wie Bundeswehr, Justizvollzugsanstalt, Sozialversicherungsträger usw. sind dabei nicht erfaßt. Versicherungstechnisch ergibt sich eine Verteilung der Kassenpatienten auf 34 % RVO zu 52 % Ersatzkassen bei 14 % Privatpatienten. Es findet sich also eine Umkehr der Versichertensituation in

der Bundesrepublik, da normalerweise das Verhältnis RVO zu EGO wie ca 2 :1 sich darstellt. Der Grund ist zu einem Teil sicherlich in der Bevölkerungsstruktur der Stadt Münster mit großer Universität und vielen Regierungsstellen zu suchen. Zu einem wesentlichen Teil findet sich hier aber auch schon ein Spiegel unserer Behandlungsschwerpunkte. Im Vergleich hierzu ist bei neurologischen Patienten das Verhältnis bei gleicher Privatpatientenzahl auf 41 % RVO zu 45 % EGO angenähert. 22 % unserer Patienten stehen in Ausbildung wo von der weit überwiegende Teil sich aus Studenten rekrutiert. In der Geschlechterverteilung ergeben sich zu vergleichbaren Untersuchungen keine Unterschiede, also 60 % Frauen zu 40 % Männern. Wir sehen lediglich leichte Verschiebungen zu Gunsten der Frauen im Vergleich der Stadt Münster zu umliegenden Landkreisen.

Die regionale Herkunft unserer Patienten wurde erfaßt nach dem System der Postleitzahlen. Aus der Leitzone 4, das ist Düsseldorf mit Ausdehnung im Westen holländische Grenze, im Norden Cloppenburg, im Osten die Kreise Herford, Detmold und Paderborn und im Süden begrenzt durch die Ruhrschiene kommen 98,5 % aller Patienten. Setzen wir diese Zahl gleich 100, so kamen 57 % der Patienten aus Münster-Stadt, 24 % aus dem alten Kreis Münster der einen Kreis mit einem Radius von ca. 20 bis 25 km um Münster schlägt. Weitere rund 17 % der Patienten kamen aus den weiter entfernt liegenden Kreisgebieten Meppen-Nordhorn, Steinfurt, Coesfeld, Lüdinghausen, Hamm-Ahlen und Beckum. Diese Regionen bildeten einen Kreis um Münster mit Entfernungen zwischen 35 und 60 km. Bemerkenswert ist dabei, daß wegen schlechter Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln Patienten, wenn sie keine eigenen Kraftfahrzeuge besitzen, auf Nachbarschaftshilfe angewiesen sind, was selbst über längere Zeit manchmal in erstaunlich hohem Maße zu beobachten war. Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel waren die Patienten teilweise bis zu einem halben Tag und länger unterwegs. Wenn dann für die Betroffenen beispielsweise ein zehn Minuten langes Gespräch herausspringt, wird die Fragwürdigkeit einer solchen Versorgung deutlich. Bei den 8260 verschiedenen Patienten wurden insgesamt 9484 Diagnosen gestellt, darunter 35 % neurologische und 65 % psychiatrische Diagnosen. Eine erste Aufteilung der psychiatrischen Diagnosen ergibt für die wichtigen Diagnosegruppen auf psychiatrischem Gebiet folgende Verteilung. (Im Vergleich hierzu die Zahlen von Dilling):

Schizophrenien: (ICD 295)	6,36 % (8 %)
Affektive Psychosen: (ICD 296)	15,68 % (22 %)
Neurosen: (ICD 301)	
Psychosomatische Störungen: (ICD 305)	
Aktuelle Konfliktsituationen: (ICD 307)	63,00 % (44 %)
Suchtkrankheiten: (ICD 303/304)	3,64 % (3 %)
Minderbegabungen aller Grade: (ICD 310-315)	1,02 % (5 %)

Ich glaube nicht, daß die Unterrepräsentation von Psychosen in unserer Praxis nur auf unterschiedliche Diagnoseepflogenheiten zurückzuführen ist, wohl die äußerst geringe Nennung von sogenannten Psychopathien, die ich gar nicht angeführt habe. Der ebenfalls geringe Anteil von Minderbegabungen und der bereits oben genannte hohe Anteil von Studenten, die ich als Berufsgruppe herausgegriffen hatte, weist auf den Schwerpunkt unserer Praxis in Psychotherapie hin, was ebenfalls durch die hohe Anzahl Neurosekranker mit 63 % belegt wird.

Einige andere Zahlen sind vielleicht in diesem Zusammenhang von Interesse. Im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt lagen wir in der Medikamentenverordnung 1977 bis 1978 bei Mitgliedern bei 40 %, bei Familienangehörigen bei 45 bis 50 % und bei Rentnern bis 70 %. Leider müssen wir im ersten Halbjahr 1979 ein Anziehen dieser Prozentzahlen registrieren. Wir lassen uns regelmäßig zu unserer eigenen Kontrolle diese Zahlen von den großen Krankenkassen Münsters BEK und AOK geben.

Gemessen an Krankenscheinen hat unsere Praxis je nach Quartal zwischen 1600 und 1800 Scheinen zur Abrechnung, läßt man die ersten beiden Quartale 1977 aus. Darin sind die Patienten, die durch die Psychologen behandelt werden, enthalten. Somit entfallen ungefähr auf einen Arzt ca. 500 Scheine pro Quartal zuzüglich Selbstzahler und Untersuchungen für Krankenhäuser und Behörden.

Nach diesem hoffentlich nicht zu langen Zahlenexkurs einige Anmerkungen zu den Erfahrungen, die wir gemacht haben. Zunächst sei bemerkt, daß wir an uns allen feststellen mußten, daß der Schwung, der Elan und die Erwartungen, mit der wir „unsere Praxis“ begonnen hatten, durch die Realität der Arbeit in der Praxis etliche Kratzer abbekommen haben. Wir haben von unseren ursprünglichen Zielen Abstriche in der Verwirklichung vornehmen müssen. Wir mußten lernen, daß wir ja eigentlich auch nicht besser sind als die anderen, nur etwas anders. Wir hörten die Klagen von unzufriedenen Patienten, wir hätten ja auch wie die anderen Ärzte keine Zeit für sie. Wir stellten mehr und mehr fest, daß Patienten, um die intensiv zu kümmern wir uns eigentlich auch vorgenommen hatten, bei uns zum Teil zu kurz kamen, daß z. B. eine psychotische Wiedererkrankung vielleicht darauf zurückzuführen war, daß wir nicht bemerkt hatten, daß derjenige sein Depot-Präparat nicht mehr genommen hatte und sich auch damit der Behandlung entzogen hatte. Wir bemerkten und bekamen die Rückmeldung, daß Patienten, die psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe benötigten, fortblieben, weil sie sich in unserer Praxis einfach nicht wohl fühlten. Wir sehen, daß große Bereiche, vor allem aus der Unterschicht unterrepräsentiert sind. Wir müssen uns sicher fragen, ob wir nicht zu einem gewissen Teil eine schichtenspezifische „Luxus-Psychotherapie“ des Mittelstandes betreiben, die die Zeit für andere notwendige Arbeiten in Beschlag nimmt. Weiter haben wir feststellen müssen, daß die angestrebte enge Zusammenarbeit zu anderen Institutionen nicht in dem Maße erreicht worden ist, wie wir ursprünglich hofften.

Wir haben uns bemüht, Verbesserungen zu erreichen: Kommunikationsschwierigkeiten ließen sich z. B. zu einer Tagesklinik, zum Psychosozialen Zentrum, Übergangsheim weitgehend durch gemeinsame Gespräche beheben. Dagegen existiert kaum Kommunikation zum Landeskrankenhaus oder zum Gesundheitsamt. Ausreißern in der Depot-Behandlung versuchen wir dadurch zu begegnen, daß eine täglich kontrollierte Depot-Kartei geführt wird, und wir sofort die Kartei eines um einen Tag überfälligen Patienten vorgelegt bekommen, um dann zu entscheiden, ob der Patient von uns angerufen oder angeschrieben werden muß. Wir haben Selbsthilfegruppen erstmals eingerichtet, denen wir die Räume der Praxis zur Verfügung stellen, um somit auch dort eine Hilfe anbieten zu können, von der wir glauben, sie mit der mehr analytisch orientierten Psychotherapie nicht geben zu können. Wir wollen uns in Zukunft auch der Psychotherapie bei alten Menschen, einem großen Stiefkind der Psychiatrie überhaupt, vermehrt annehmen.

Wenn wir uns untereinander heute fragen, wie unser Praxiskonzept eigentlich ausgesehen hat, so ist die Feststellung zu treffen, daß wir eine nervenärztliche Tätigkeit mit Schwerpunkt Psychotherapie wohl angestrebt hatten. Einen eigentlich sozial-psychiatrischen Ansatz haben wir dagegen nicht gehabt. Wir sind aber durch die Erfahrungen der praktischen Arbeit dazu gekommen, daß ein stärkeres Engagement auf diesem Gebiet unerlässlich ist und haben, wie dargelegt, in Ansätzen versucht, daran zu arbeiten.

Ich meine, daß es nicht gut wäre, und in diesem Punkt stimme ich mit den Sprechern unserer Standesorganisation überein, wenn die niedergelassenen Nervenärzte das Feld der Sozialpsychiatrie Ihnen, den Gesundheitsämtern, Landschaftsverbänden, Kliniken usw. überlassen und zwar nicht, weil ich glaube, sie könnten uns Niedergelassenen „die Butter vom Brot nehmen“. In dem von mir aufgewiesenen Bereich, aus dem wir den Großteil unserer Patienten beziehen, haben sich nach unserer Niederlassung sieben weitere Nervenärzte niedergelassen - in Münster davon allein drei. Ein Nachlassen des sogenannten Patientendrucks konnten wir dagegen nicht bemerken. Jedes neue Angebot aktiviert neue Nachfrage.

Nein, ich halte die Mitarbeit erfahrener Fachärzte im Interesse der Patienten für wünschenswert. Mitarbeit in der Form, daß niedergelassene Fachärzte in ein gemeinsames Konzept sozial-psychiatrischer Versorgung integriert werden. Einmal besitzt der Facharzt langjährige Erfahrung in seinem Arbeitsbereich und kann dadurch häufiger fachgerechte Hilfe bieten als z. B. ein junger, in der Ausbildung stehender Kollege in einer Ambulanz oder in einem Psychosozialen Zentrum, Diesem könnte der Facharzt durchaus auch in Form einer Supervision weiterhelfen, wobei dieses sicherlich auch zutrifft für nicht psychiatrische Mitarbeiter, denen gerade häufig zu Beginn ihrer Arbeit das Verständnis für praktisch Machbares bei großem ideellen Schwung noch fehlt. Den größten Vorteil in der Versorgung sehe ich aber in der Konstanz der Beziehung, die aufgebaut werden könnte, indem der niedergelassene Nervenarzt eine quasi Hausarztfunktion übernimmt - Bedingungen, die Ambulanzen sicherlich wegen

der Fluktuation der Mitarbeiter nicht oder nur schwer erfüllen können. Gerade für schwerer psychisch Kranke ist die Konstanz der Beziehung von großer Bedeutung. Gelegentlich werden diese Beziehungskonstanzen bei Ärzten an Gesundheitsämtern oder in Außenfürsorgen von LKHs gesehen.

Schimansky hat in einer Studie zur ambulanten psychosozialen Versorgung in Bochum Überlegungen zur Schaffung sogenannter Sektorteam am Beispiel der Rayonteam aus Maastricht angestellt. Ich könnte mir vorstellen, daß im Sinne einer besseren Versorgung der niedergelassene Facharzt in diesem Team einen Platz haben kann. Aber auch die Mitarbeit an anderen Institutionen wie Psychosozialen Zentren, Übergangsheimen etc. erscheint denkbar.

Was wäre aber für eine solche Form der Zusammenarbeit die Voraussetzung? An diesem Punkt angelangt, ist das Thema Geld einfach nicht mehr zu umgehen. Es ist nicht zuletzt der finanzielle Aspekt des Kostendruckes in der Praxis und die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Praxisführung durch die KV mit rigorosen Konsequenzen bei aufgedeckten Verstößen, der sozial-psychiatrisches Arbeiten in der Praxis erschwert. Grundsätzlich bejahe ich diese Kontrolle, weil wir als ökonomische Gemeinschaft nun einmal nur so viel ausgeben können, wie zur Verfügung steht, und die Versuchung für jeden von uns groß ist, mit dem Geld, das scheinbar nicht uns selbst gehört, großzügig umzugehen. Diese letztere Feststellung trifft aber ganz sicherlich auch für viele andere Arbeitsbereiche zu, und das Nichtwissen und die Nichtbeachtung solcher ökonomischer Zwänge, wie ich sie beispielsweise gut aus meiner eigenen Klinikzeit kenne, trägt ganz gewiß nicht unerheblich zu der viel beschworenen Kostenflut im Gesundheitswesen bei. So kann ich Schimansky nicht ganz beipflichten, wenn er fordert, es solle in jedem Fall vermieden werden, Sektorteam einnahmeorientiert arbeiten oder gar einen bestimmten Satz der Personalkosten erwirtschaften zu lassen. Sicher gibt es und wird es immer Patienten und Patientengruppen geben, an die die Meßlatte des Kostenschlüssels nicht zu legen ist, und daß wir die Möglichkeiten haben, dann ohne Kostendruck zu arbeiten, ist gut. Aber einen angestellten Psychologen, Sozialarbeiter oder Psychiater auch mit der Kostenseite seines Tuns vertraut zu machen, halte ich für nicht mehr als recht und billig. Ansonsten müßte man die strenge Einbindung der Kassenärzte in ein Kontrollsystem als Diskriminierung empfinden. In unserem technisch-instrumentell leistungsorientierten Abrechnungssystem bestehen für sozialpsychiatrische Behandlungen praktisch keine Abrechnungsmöglichkeiten. Ich halte es für schlecht, eine schwierige Therapie mit einem schizophrenen Kranken z. B. nicht durchführen zu können, weil ich für die vielleicht notwendigen 60 Minuten nur 25 - DM bekomme. Wenn ich dies häufiger täte, könnte ich die Praxis bald schließen. Um darauf nicht vollständig verzichten zu müssen, hilft man sich durch Ausweichen auf andere Ziffern oder durch eine sogenannte Mischkalkulation. Die Kassen wehren sich gegen Neueinführung von Ziffern mit Händen und Füßen, wobei das System dadurch doch nur ehrlicher und transparenter würde. Sie bevorzugen lieber Verträge mit Polikliniken über Pauschalvergütungen, denn das entlastet ihre eigene Bilanz. Die tatsächlichen Kosten

werden dagegen auf andere Töpfe verteilt. Dieses System ist letztlich unehrlich und hilft ganz gewiß nicht, das Kostenproblem in den Griff zu bekommen. Ich will dieses Thema jetzt nicht weiter ausweiten, obwohl es dazu noch eine Menge zu sagen gäbe.

Mit der Frage der Kosten eng verbunden ist das Problem der Patientenzahlen. Ich habe gesagt, daß wir pro Kopf in unserer Praxis ca. 500 Scheine abrechnen. Der nervenärztliche Praxendurchschnitt in Westfalen liegt bei 680 Scheinen. Den Schnitt von 500 Scheinen halte ich für vertretbar, wenn wir so weiter arbeiten wie bisher, und wenn wir bereit sind, Kompromisse einzugehen. Wie allerdings Nervenarztpraxen mit 800 und 1000 und mehr Scheinen arbeiten können, ist mir ein Rätsel. Wenn aber niedergelassene Nervenärzte tatsächlich in das System einer psychiatrischen Gesamtversorgung einbezogen werden sollen und sie dies wollen, so wird dies auf Dauer nur mit weniger Patienten möglich sein. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme niedergelassener Nervenärzte in sozialpsychiatrischer Arbeit, wie z. B. in solchen Arbeitsgruppen wie Sektorteam, wäre die Bereitschaft zur Mitarbeit an einer regionalen Versorgung. Das wiederum schließt aber Bereitschaft zu mehr Hausbesuchen ein, wenngleich dieser Teil der Tätigkeit sicherlich nicht über Gebühr ausgeweitet würde, denn dafür wären dann im Team ja andere Mitarbeiter häufig viel effektiver einzusetzen. Um gleich einem möglichen Einwand zu begegnen: Die Bereitschaft des niedergelassenen Arztes an einer regionalen Versorgung bedeutet ganz gewiß keine Einschränkung der Möglichkeit der freien Arztwahl, weil ja kein Patient an diese Regionalisierung gebunden ist.

Abschließend möchte ich sagen, daß ich hier kein gültiges Konzept - dazu fehlt mir überhaupt die fachliche Kompetenz eines Sozialpsychiaters -, sondern nur einige eigene Gedanken und Überlegungen vortragen wollte. Die mögliche Verwirklichung einer sinnvollen Zusammenarbeit von bisher bestehenden Stellen sozialpsychiatrischer Arbeit und niedergelassenen Nervenärzten erfordert ein hohes Maß an Gesprächsbereitschaft an allen Stellen. Wenn uns dieses Gespräch nicht gelingt, dann sind wir Niedergelassene bald endgültig draußen - aber zu wessen Nutzen? -

Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie in einer nervenärztlichen Praxis

P. Mikus

Nach der neuesten Mitteilung des Berufsverbandes Westfälischer Nervenärzte vom 8. 5. 1980 (Informationsbrief Nr. 25) sind in unserem KV-Bezirk des Ostwestfälisch-Lippischen Raumes 83 psychotherapeutisch tätige Ärzte (56 zugelassene, 27 ermächtigte) sowie nur 4 nichtärztliche Psychotherapeuten im Delegationsverfahren tätig.

Nach dem Tenor dieses Informationsschreibens scheint danach die psychotherapeutische Versorgung im kassenärztlichen Rahmen ausreichend sichergestellt, so daß sich danach die Frage aufwirft, ob psychiatrische Ambulanzen überhaupt erforderlich sind.

Im hiesigen Raum existieren seit kurzem 2 psychiatrische Ambulanzen, die dem WLKH Gütersloh und der Anstalt Bethel angegliedert sind. Es erhebt sich die Frage, ob diese Ambulanzen eine sinnvolle Ergänzung der nervenärztlichen Praxen sind oder deren Konkurrenten. Nach der vorliegenden eigenen Statistik scheint das erstere der Fall zu sein, da sich das Leistungsspektrum der Ambulanzen mit den für diesen Raum repräsentativen neurologisch-psychiatrischen Praxen kaum überschneiden dürfte. Auftauend ist, daß von dem gesamten Spektrum der Gebührenordnung nur 8 Positionen in erheblichem Umfang (mehr als 10 % der Behandlungsfälle) genutzt werden. An (sozial-) psychiatrisch relevanten Positionen ist hier lediglich die Ziffer 806 als ausgedehnteres therapeutisches Gespräch zu vermerken.

Im Vergleich zu den anderen Fachpraxen unserer Region nimmt meine Praxis insofern eine Sonderstellung ein, als die psychotherapeutischen Leistungen in jährlich steigendem Umfang seit der Praxisübernahme 1975 zugenommen haben. Die Mitarbeit von spezifisch ausgebildeten klinischen Psychologen, Heilpädagogen, geplant ist auch die Einstellung einer Logopädin, erscheint mir dabei eine sinnvolle Ergänzung der nervenärztlichen Tätigkeit und sollte meines Erachtens in stärkerem Maße als bisher in nervenärztlichen Praxen realisiert werden, ähnlich den hier vorgetragenen Modellen meiner beiden Koreferenten. Nur durch diese Kooperation läßt sich meines Erachtens das erhebliche Arbeitspensum, das die obigen Behandlungsfälle pro Quartal widerspiegeln, bewältigen.

Besser als der in der Tabelle 2 a dargestellte Längsschnitt meiner Praxisentwicklung vermittelt der in Tabelle 2 b dargestellte Querschnitt aus dem laufenden Quartal meinen Versuch eines differenzierten therapeutischen Angebotes. Entsprechend dem „Göttinger Modell“ einer Gruppen-Psychotherapie, lassen sich je nach Regressionstiefe die in Tabelle 2 b genannten Therapieformen un-

Tab. 1: Durchschnittliche prozentuale Häufigkeit der jeweiligen Positionen aus sechs Praxen -davon vier Praxen mit PT-Zusatz- (BI und GT) im Quartal IV/77 (X aus BMA und E-Adgo-Pos.)

Allgemeine Leistungen			Labor und Ambulanz		
Beratung	1	172,5	Blutentnahme	250	1,7
Beratung fernmündlich	2	1,2	BKS	400	1,05
Beratung nachts	3	0,4	Leuko	4143	0,3
Beratung sonntags	4	0,5	Thrombo	4146	–
Besuch	5	2,55	Blutausstrich	4165	–
Besuch dringend	6	0,44	Infusionen	283	3,85
Besuch außerhalb	6 A	0,3	Injektion i. m.	252	3,65
Besuch 20-22/6-8 Uhr	7	1,4	Injektion i. v.	253	13,01
Besuch 22-6 Uhr	7 A	0,45	Injektion intraneural	254	–
Besuch sonntags	8	0,85	Injektion peridural	255	–
Besuch samstags n. 12	8 A	0,06	Quaddel	260	2,15
Verweilgeb. tags	9 A	0,1	Infiltration epid.	268	0,8
Verweilgeb. nachts	9 B	–	Infiltration peridural	269	–
Konsilium tags	10 A	–	Mikrowelle	548	16,45
Konsilium nachts	10 B	–	Mikrowelle mehrfach	549	–
AU-Besch.	14 A	5,0	Extension	515	9,4
Arztbrief	15	8,3	Reizstrom	551	25,5
Wegepauschale	11 A	1,8			
Wegepauschale nachts	11 B	–			
Wegegeld tags	12 A	2,05			
Wegegeld nachts	12 B	–			
			Psychotherapie		
			biogr. Anamnese	860	1,55
			biogr. Anamnese b. Kindern	807	0,3
			Denver Skala	715	–
			projekt. Test	855	0,8
			standard. Test	856	0,9
			orientiert. Test	857	2,85
			therap. Gespräch	806	51,58
			Suicid-Notfallbeh.	812	0,5
			autog. Training Einz.	846	0,3
			autog. Training Gruppe	847	0,3
			PT Einzel	861	1,65
			PT Gruppe	862	3,15
			kleine PT	849	8,6
			psychol. Behandlung und therap. Gespräch	804	–
Neurologie					
neurol. Unters.	800	46,15			
psychiatr. Unters.	801	57,55			
Geruchsprüfung	825	–			
Gleichgewichtspr.	826	2,1			
elektrische Prüf.	832	2,3			
Überführ. Geisteskr.	833	0,2			
Aphasie	830	0,9			
Fremdanamnese	835	2,45			
EEG	827	29,85			
Echo	669	4,6			
Neurops. Anfallskr.	816	4,5			
Beratung Bezugsp.	817	0,95			

terscheiden, denen das derzeitige Gebühren System allerdings nur in sehr grober Annäherung entspricht. Dies ist insofern besonders bedauerlich, da gerade diese Therapieform das breiteste Indikationsspektrum hat, weil sich hier der therapeutische Prozeß nur auf die Ebene bewußter - wenngleich nicht oder nicht ausreichend reflektierter- Verhaltensregulierung erstreckt, d. h. auch bei Ich-schwachen Patienten anwendbar ist. Bei der tiefenpsychologisch fundierten Gruppen-Psychotherapie ist nach Heigl-Evers die therapeutische Beein-

Tab. 2 a: Psychotherapeutische Leistungen (Durchschnittswerte pro Quartal)

im Jahr	Behandlungs- fälle insgesamt	860/80 7	PT-Anträge	Sonder-Kr.-Schein (EGO)	PT-Anteil in % des Gesamtumsatzes
1975	793	17	5	–	25
1976	915	50	4	2	31
1977	899	70	10	7	29
1978	853	82	18	24	37
1979	841	58	9	29	44

Tab. 2 b: Psychotherapeutische Leistungen im laufenden Quartal (II 80)

Ziffer	Methode	Anzahl der Pat./Gruppen	Diagnose nach ICD-Schlüssel (9. Rev., 1979)
863	analyt Einzeltherapie	13	300,302
864	analyt. Gruppentherapie	1	300,301 ,306
861	tiefenps. fund. Einz. -Therapie	15	300,302,306,307,313
862	tiefenps. fund. Gruppen-Therap.	6	300,301,302,306,307,308 , 309
849	interaktionelle PT	5	300,301 302,306,307,308, 309,295,296,305
846	übende Verfahren (BF/AT) 847	20	301,306,305
		3	
1 ,804	Selbsthilfe-Gruppen	5-10	300-309
		48	25

flussung darauf ausgerichtet, daß sich der Prozeß auf der Ebene der normativen Verhaltensregulierung und bevorzugt auf der Ebene der psychosozialen Kompromißbildungen entwickelt. Während bei der analytischen Gruppentherapie eine Regression bis zu der Ebene, die durch die Ich-modifizierten Abkömmlinge unbewußter Phantasien, d. h. durch gemeinsames Tagträumen bestimmt wird, angestrebt wird. Diese unterscheidet sich zudem durch größere Sitzungshäufigkeit von der tiefenpsychologisch fundierten Therapie.

Die sogenannten übenden Verfahren wie das autogene Training nach I. H. Schultz und die progressive Muskelentspannung nach E. Jacobson haben in der Praxis ebenfalls ein breites Indikationsspektrum, insbesondere bei funktionellen organischen Beschwerden. Sie lassen sich meines Erachtens sehr gut kombinieren mit den vorgenannten Methoden, insbesondere der interaktionellen Psychotherapie und sind auch bei bestimmten Techniken der Verhaltenstherapie, etwa der systematischen Desensibilisierung phobischer Neurosen, integrativer Bestandteil der Therapie und keinesfalls mit den sogenannten aufdeckenden Methoden unvereinbar, wie unqualifizierte Kommentare zur Gebührenordnung immer wieder behaupten, trotz gegenteiliger Darstellung der Berufsverbände und Fachgremien. Es ist dabei bedrückend zu erleben, wie vernünftige Argumente immer wieder wirkungslos an einer verständnislosen Bürokratie abprallen.

Angesichts dieses allzu engen Rahmens an therapeutischen Möglichkeiten sind viele meiner Patienten zur Selbsthilfe übergegangen, d. h. daß sie in der alten Gruppenkonstellation sich außerhalb der Praxis ohne Therapeuten treffen, um den therapeutischen Prozeß nach den gelernten Interaktionsregeln fortzusetzen. Zu etwa zehn derartiger Selbsthilfegruppen habe ich über Patienten, die mich noch gelegentlich konsultieren, einen lockeren Kontakt und weiß, daß sich die alten Gruppenmitglieder mehr oder minder regelmäßig extern treffen, aber im wesentlichen keine ärztliche oder psychologische Hilfe, insbesondere auch keine Medikamente mehr benötigen. Scheiden Mitglieder aus diesen Selbsthilfegruppen aus, werde ich gelegentlich über deren Sprecher gefragt, ob aus meiner Praxis für diese spezifische Gruppe geeignete Patienten (Lebenskrise, Depression, Sucht) zur Verfügung stehen, die entsprechend motiviert und im jeweiligen Interaktionsstil der Gruppe erfahren sind, d. h. eine hiesige Therapie durchgemacht haben. Das früher geübte Verfahren, Patienten sozusagen von der Warteliste zur Vorbereitung in eine solche Selbsthilfegruppe zu schicken, hat sich dagegen nicht so gut bewährt.

Die größte Schwierigkeit in der Durchführung ambulanter Psychotherapie (PT) liegt in der Begrenzung durch den Fachgruppenschritt. Überschreitungen von mehr als 40 % in der jeweiligen Leistungssparte führen in der Regel zu ersatzlosen Kürzungen. Da auf die Dauer kein Kollege bereit ist, das hinzunehmen, führt das schließlich zu der in Tabelle 1 dokumentierten resignativen Leistungsbeschränkung auf lediglich vierfachspezifische Sonderleistungen (Tab. 3 a und 3 b).

Tab. 3 a: Mitteilung von
Honorarmittelwerten
-RVO - Kassen -

Betr.: Dr. med. Peter Mikus
38059
4800 Bielefeld 11
Quartal 3/79

Fachgruppe Neurologie

	Mittelwert Eigener	Mittelwert Fachgruppe
Ambulant		
Beratungen	8,78	12,48
Besuche	6,12	1,34
Allgemeine Leistungen	0,57	1,80
Sonderleistungen	95,12 (127 %)	75,81 (100 %)
Labor-Leistungen	0,16	2,19
Phys.-med. Leistungen	3,53	2,71
Röntgenleistungen	–	–
Weegebühren	1,13	0,23
Porto- und Vers.-Kosten	–	–
Gesamt	115,41	96,50
Prozent	119,00	100,00
Stationär		
Behandlungsgebühren	–	–
Sonderleistungen	–	–

Die Angaben stellen Recheneinheiten dar und kein Honorar

Ein so differenzierter seitenlanger Leistungskatalog, wie er bei Labormedizinern und Radiologen schon seit Jahren auf Grund einer genügend starken Interessenvertretung üblich ist, erscheint für die Psychiatrie utopisch.

Wenn schon die verschiedenen psychotherapeutischen Schulrichtungen sich sehr stark gegeneinander abgrenzen, wie soll es dann zu der für unser Fachgebiet wünschenswerten Kooperation zwischen Ärzten und Psychologen kommen? Ideologisch unterschiedliche Interessenvertretungen verhindern eher eine fruchtbare Diskussion und Kooperation, als daß sie sie ermöglichen. Diese Tagung könnte ein Forum dafür sein, die gegenseitigen Standpunkte zur Erreichung des gemeinsamen Zieles aufeinander abzustimmen.

Tab. 3 b: Mitteilung von Honorarmittelwerten - Ersatzkassen -

Betr.: Dr. med. Peter Mikus
4800 Bielefeld 11 Arzt-
Nr. 38059-11

Fachgruppe Nerven
Quartal 3/79

	Mittelwert Eigener	Mittelwert Fachgruppe
Ambulant Beratungen	8,71	13,30
Besuche	2,11	1,29
Allgemeine Leistungen	0,50	1,58
Sonderleistungen	122,09(147%)	82,99(100%)
Laborleistungen	0,02	2,22
Phys.-med. Leistungen	2,07	2,20
Röntgenleistungen	—	—
Weegebühren	0,62	0,28
	0,03	0,35
Porto- und Vers. -Kosten Gesamt	136,15	104,21
Prozent	131,00	100,00
Stationär		
Behandlungskosten 0	—	—

Die Angaben stellen Recheneinheiten dar und kein Honorar

Der gemeinsame Vertragspartner wäre dann bei den Krankenkassen als Geldgeber zu suchen. Bei der entsprechenden Vertragsgestaltung wäre Wert darauf zu legen, daß die psychiatrischen und psychotherapeutischen Belange fachkompetent vertreten werden und fachfremde Kommentatoren (wie z. B. Herr Dr. Brück, der meines Wissens Labormediziner ist) sich besser auf ihr Fachgebiet beschränken sollten, damit solche offensichtlichen Fehler wie beispielsweise die Zuordnung des Szeno-Tests, ein für die einleitende Kinder-Psychotherapie nahezu unerlässliches Verfahren, zu den Fragebogenmethoden nach Ziffer 857 (mit 11,50 DM) liquidierbar, in Zukunft vermieden werden. Solange solche Fehler und unsinnigen Leistungsausschlüsse schon über Jahre in jede Neuauflage der Gebührenordnung tradiert werden, erscheint es mir fast hoffnungslos, das danach zu erbringende Leistungsspektrum dem von der somatischen Medizin doch erheblich abweichenden psychiatrischen Krankheitsbegriff anzupassen und dem psychiatrischen Diagnoseschlüssel der (CD einen entsprechenden therapeutischen Katalog gegenüberzustellen.

in diesem müßten dann zumindest die folgenden Gebührenordnungspositionen Berücksichtigung finden, die unser Arbeitskreis bereits mit meinem Schreiben vom 1.3,1979 an die Bundes-KV vorgeschlagen hatte, ohne daß dieser Vorschlag bisher realisiert worden ist:

1. Die Einbeziehung von Bezugspersonen i. S. einer Partner- bzw. Familientherapie (analog der Kinder-PT) sollte ermöglicht werden. Die Leistungsinhalte der Ziffern 861 bis 864 wären demzufolge zu verändern,„... auch unter Einbeziehung der Bezugspersonen“.
2. Eine Ziffer für Gruppen-PT außerhalb des Antragsverfahrens sollte geschaffen werden mit folgender Leistungsdefinition: „Interaktionelle PT in Gruppen für maximal 10 Teilnehmer, Mindestdauer 100 Minuten, Begrenzung auf 30 Stunden.“
25 - DM = 250 Punkte je Teilnehmer.
Kein Gutachterverfahren.
Anwendungsbereich: neurotische Entwicklung und psychosomatische Funktionsstörungen.
3. Eine Psychotherapieziffer für Krisenintervention bei präsuicidalen oder postsuicidalen Konfliktreaktionen. Dauer 30 Minuten, maximal 10 Sitzungen, Bezahlung 40,- DM. Analytisch orientiertes Vorgehen, kein Gutachterantrag wegen Aktualität des Ereignisses, bei Einbeziehung der Bezugsperson Abrechnung über die gleiche Ziffer, auch wenn der Betroffene nicht bei dem Gespräch beteiligt ist, wenn die anderen Bedingungen wie 30minütige Dauer und maximal 10 Sitzungen nicht überschritten werden. Die oben aufgeführten Therapieziiffern sollen nur für Kollegen gelten, die den Psychotherapie-Zusatztitel führen.
4. Befundbericht an weiterbehandelnden Arzt oder Institution bei Überweisung eines Patienten zur dortigen Weiterbehandlung.

Tab. 4: Dauer des PT-Antragsverfahrens in Wochen
(Antrag bis Eintreffen des Sonderkrankenscheines)

Gutachter		-2)	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14 u. mehr
Adam	5						8,1						
Appy	1			5									
Baumeyer	1		4										
Beese	14					7,3							
Bister	3				6,3								
Blomeyer	5											13,4	
Bräutigam	5					7,6							
Cremerius	2									11			
Ehebald	6			5,9									
Elhardt	8	1	4,6										
Enke	2											13	
Göppert	3		4										
Grobe	5				6,2								
Haarstrick	6		4,3										
Hagspihl	8	2		5,3									
Heigl-Evers	5								10,6				
Höffken	1		4										
Kloska	12	7											14,6
Köhler	1					7							
Kutter	1			5									
Langen	4						8,5						
Masuch	18			5,5									
Rechenberger	3			5,3									
Rosenkötter	5			5,8									
Roskamp	11	2								11,2			
Scheunert	1		4										
Schepank	4				6,5								
Schröder	1				6								
Sievers	9	5		5,8									
Thomä	4					7							
Zander	1												15
von Zerssen	3			5									

160 : 17 = 10,6 % Ablehnungen

- 1) N = Anzahl der vom jeweiligen Gutachter bearbeiteten Anträge
2) _ = Anzahl der vom jeweiligen Gutachter abgelehnten Anträge

Eine unzumutbare Diskriminierung psychisch kranker Patienten und psychotherapeutisch tätiger Ärzte stellt meines Erachtens das Antragsverfahren dar, das sich durch ungebührlich lange Bearbeitungszeiten und subjektive Bewertungskriterien selbst diskreditiert (Tab. 4). Solange dieses in der Medizin beispiellose Verfahren beibehalten wird, sind kontinuierliche Frustrationen der Patienten, der zur Psychotherapie überweisenden Kollegen und nicht zuletzt der behandelnden Ärzte unvermeidbar.

Eine nachträgliche Kürzung bereits genehmigter großer Psychotherapie bei Behandlungsunterbrechung, die nicht der Therapeut zu vertreten hat, werde ich als grobe Vertragswidrigkeit. Durch das schleppende und willkürliche Antragsverfahren wird eine koordinierte Gruppen-Psychotherapie durch unterschiedlich lange Wartezeiten bei Erst- und Verlängerungsanträgen sowie Kürzungen der vorgesehenen Therapiedauer erheblich kompliziert.

Als Lösungsmöglichkeiten bieten sich an:

1. Kurz-PT von 30 Sitzungen nach den Ziffern 861 - 864 abrechenbar, erst danach Antragspflicht.
2. Befreiung von der Antragspflicht bei allen für Psychotherapie zugelassenen Kollegen, die mehr als 50 genehmigte Anträge gestellt haben.

In diesem Zusammenhang ist auch zu bemerken, daß die Institute und Kliniken nicht an dieses Gutachterverfahren gebunden sind, sondern im Rahmen der ohnehin sehr viel kostenintensiveren, stationären Therapie diese nach eigenem Ermessen durchführen können. Insofern sind die niedergelassenen Ärzte stark benachteiligt. Ein Grund mehr, das Gutachterverfahren im Sinne einer Kostendämpfung abzuschaffen, da jeder psychotherapeutisch tätige Nervenarzt zu dieser Indikationsstellung selbst befähigt sein dürfte und das zeit- und kostenaufwendige Gutachterverfahren zumindest für die Kollegen, die sich jahrelang diesem Verfahren unterzogen haben, obsolet sein dürfte. Soweit zu den Grenzen der PT, die im versicherungsrechtlichen System liegen und vertraglich zu regulieren wären.

Abschließend möchte ich noch zwei weitere Überlegungen zur Diskussion stellen, nämlich die Grenzen, die durch die Kapazität der Therapeuten und die Motivation des Patienten gegeben sind.

Nachdem auf dem 81. Ärztetag die Weiterbildungsordnung zur Psychotherapie definiert worden ist, bleibt zu hoffen, daß viele Kollegen von dieser Weiterbildungsmöglichkeit Gebrauch machen und damit die Versorgung verbessert werden kann. Die in der Kapazität eines einzelnen Psychotherapeuten liegenden Grenzen kann man - wie von mir und Herrn Ulrich ausgeführt - durch Kooperation mit Psychologen wesentlich erweitern. Meiner Ansicht nach sollte dabei jedoch der ärztliche Primat erhalten bleiben¹⁾.

¹⁾ Der Bedeutung der Psychiatrie in der ärztlichen Versorgung entsprechend, wäre auch während der medizinischen Ausbildung (Internatsjahr) eine Weiterbildungszeit (drei bis sechs Monate) in einer psychiatrischen Institution (Praxis oder Klinik) vorzuschlagen.

Auf Seiten der Patienten machen nicht selten überhöhte Ansprüche auf dem Boden einer oral-passiven Erwartungshaltung eine sinnvolle therapeutische Intervention unmöglich. Lange genug hat schließlich auch die Schulmedizin die Rolle des Patienten als eines unmündigen, passiv Erduldenden tradiert, als daß dieser Umlernprozeß gelingt, zumal bei Patienten im mittleren und höheren Lebensalter. Eine Selbstbeteiligung des Patienten an den Therapiekosten in zumutbarem Umfang bedeutet zumindest eine symbolische Selbstverantwortung und kann nach meinen Erfahrungen die Therapiemotivation entscheidend verbessern. Nach dem bisherigen oben geschilderten System ist es auch gar nicht anders möglich, als eine Selbstbeteiligung des Patienten zu fordern, zumindest für den oft längeren Zeitraum, bis die Psychotherapie-Genehmigung vorliegt, wenn nicht der therapeutische Prozeß in oft unverantwortlicher Weise unterbrochen werden soll. Um eine kontinuierliche Mitarbeit des Patienten zu gewährleisten, hat es sich in meiner Praxis gut bewährt, diesen Betrag im Sinne einer Kautions für unentschuldig versäumte Sitzungen einzubehalten bis zur Beendigung der- am besten auch mit dem Patienten vertraglich vereinbarten -Therapie.

Bei den psychiatrischen Ambulanzen werden sich mit Sicherheit ähnliche Probleme wie die hier skizzierten ergeben, so daß ich hoffe, Ihnen mit diesem Referat genützt zu haben und auch von Ihnen Anregungen für eine Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu erhalten.

Sozialpsychiatrie und gemeindenaher Versorgung

H. M. Jacobi

Erlauben Sie mir bitte, zu Anfang meinen beruflichen Werdegang und meine berufspolitischen Standort zu schildern,

So können Sie das Folgende nicht nur von einer sachlich-theoretischen Perspektive hören, sondern auch die subjektiven Erfahrungen bzw. Selbsterfahrungen eines niedergelassenen Nervenarztes dazu kennenlernen.

Ich bin seit drei Jahren niedergelassener Nervenarzt in Sinsheim, einer Kreisstadt zwischen Heidelberg und Heilbronn, mit ca. 25.000 Einwohnern und einem Einzugsgebiet von ca. 50.000 Einwohnern. Vor meiner Niederlassung konnte ich in einer einjährigen Vertretungszeit in verschiedenen Nervenarztpraxen die Arbeitsbedingungen und Arbeitsgewohnheiten verschiedener Kollegen kennenlernen. Durch eine mehrjährige Tätigkeit in der Ambulanz und in der stationären sowie extramuralen Arbeit eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses ist mir auch diese Arbeitssituation vertraut geworden. Meine neurologische und organmedizinische Ausbildung erfuhr ich durch eine achtjährige Tätigkeit an drei Universitätskliniken.

Schließlich ist nicht nebensächlich, daß mich eine mehrjährige Arbeit im Vorstand des Landesverbandes Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) geprägt hat, wo ich das engagierte Gespräch mit anderen in der psychosozialen Versorgung tätigen Berufsgruppen kennenlernen konnte.

Mit dem Begriff „Sozialpsychiatrie“ verbinde ich in meinem Arbeitsalltag das Bemühen, den Patienten in seinem seelischen, körperlichen und sozialen Leid wahrzunehmen, ihn in seinem gewohnten Lebensbereich zu belassen und eine Ausgrenzung, beispielsweise in Heime, Sondereinrichtungen und Landeskrankenhäuser, zu vermeiden. Sozialpsychiatrischem Arbeiten liegt - wie Sie wissen - die Auffassung zugrunde, daß seelische Beeinträchtigungen entweder primär oder zumindest sekundär mit den psychosozialen Lebensbedingungen des Betroffenen in Familie, Beruf und anderen sozialen Bereichen zu tun hat

Von der Mental-Health-Bewegung her ist sozialpsychiatrisches Arbeiten zunächst mit der revolutionären Forderung an den Nervenarzt verknüpft worden sein Sprechzimmer zu verlassen und sich in die Gemeinde zu begeben (WIESER, 1973). Wie ich dies für meine Tätigkeit verstehe, möchte ich später erläutern.

Vorweg aber in Ergänzung zum Referat von Herrn Bauer noch etwas zur allgemeinen Versorgungssituation, was mir für meine Identität seit jeher persönlich wichtig gewesen ist:

Ich arbeite im Bewußtsein, daß ich - ähnlich wie der Allgemeinmediziner ähnlich wie meine niedergelassenen Kollegen anderer Fachrichtungen - für den Patienten als „Anlaufstelle“ fungiere. WESIACK (1978) spricht für den all, gemeinen Praktiker vom „Arzt der ersten Linie“ und für andere Fachärzte vorn „Arzt der zweiten Linie“. Dies gilt für psychosomatisch erkrankte Patienten aber sicher für die meisten psychisch Kranken ebenso;

Sie wissen, daß in der Bundesrepublik Deutschland 90 % der psychisch Kranken ambulant, und zwar zumeist durch niedergelassene Ärzte, versorgt werden und niemals in ihrem Leben einer stationären Behandlung bedürfen. (DUCHQ E.G. 1975).

In ihrer Funktion als Anlaufstelle leisten die eben angesprochenen Arztgruppen neben dem Nervenarzt - ob sie es in der Realität wollen oder können, sei dahingestellt - einen beträchtlichen Teil der Basisversorgung für seelisch erkrankte Menschen. Meine „nichtnervenärztlichen“ Fachkollegen sind sozusagen „Sozialpsychiater“ im weiteren Sinne vor Ort. Dabei gilt der niedergelassene Nervenarzt per se als gemeindenaher Instanz (DÖRNER, K.), denn er praktiziert und lebt in der Regel in kommunaler Gemeinschaft mit den Patienten.

Lediglich HUBER und RUDNITZKI (1979) haben in der Literatur deutlich darauf hingewiesen, welche wichtige Bedeutung der Beziehungsaspekt des niedergelassenen Arztes zu seinen Patienten hat: Wie andere praktizierende und niedergelassene Ärzte auch, knüpft nämlich der Nervenarzt seine Existenz an den Standort seiner Praxis. Er ist sozusagen auf Lebensdauer verfügbar. Er kann vom Patienten als dauerhaft vorhandene Bezugsperson beansprucht werden - die Arzt-Patienten-Beziehung ist prinzipiell auf Kontinuität und Verlässlichkeit angelegt. Dieser Gesichtspunkt erscheint mir im Zusammenhang mit Reformbemühungen wichtig, denn schließlich geht es um den psychisch gestörten Menschen, nämlich einen in seinen Beziehungen gestörten Menschen. Für ihn gibt es häufig noch mehr Barrieren zum professionellen Helfer hin als für psychisch gesunde Menschen (ABHOLZ et al, 1971).

Reformbemühungen müßten demnach vor allem Wege aufweisen, um Fachkompetenz an die typischen und am häufigsten vom seelisch erkrankten Menschen genutzten Anlaufstellen sowie an die Bezugspersonen seelisch erkrankter Menschen in unserem Gesundheitssystem heranzuführen. Widersprüchlich und sogar gefährlich wäre es in meinen Augen, wenn die Rolle des niedergelassenen Arztes, besonders des niedergelassenen Nervenarztes, aufgrund der eben genannten epidemiologischen und sozialpsychologischen Gesichtspunkte nicht neu überdacht und definiert würde und wenn praktizierende Ärzte bei einer Verbesserung der ambulanten Versorgung - wie bisher - mehr am Rande stehen blieben.

Mit anderen Worten:

Aus der Sicht der Prävention, der Chancengleichheit und der Vermeidung von Chronifizierung und Ausgrenzung hat die Psychiatrie-Reform vor allem die Auf-

gäbe, sich mit Barrieren zwischen seelisch erkrankten Menschen und Helfern konstruktiv auseinanderzusetzen. In diesem Sinne müßte der Psychiatrie-Reform also daran gelegen sein, das bereits Vorhandene - z. B. die realen Anlaufstellen für psychisch erkrankte Menschen - zu nutzen, zu ergänzen, zu modifizieren; in jedem Falle zu stärken, statt - wie dies derzeit geschieht - neben dem etablierten Gesundheitssystem eine neue psychosoziale Versorgung aufzubauen. Denn wir dürfen nicht einen alten Fehler in dem Sinne wiederholen, daß jetzt anstelle übermächtiger Großkrankenhäuser, übermächtige, wenn auch regionalisierte, ambulante Institutionen entstehen.

Besonders enttäuschend war es für mich in den vergangenen Jahren festzustellen, daß gerade führende Sozialpsychiater und auch sozialpsychiatrisch orientierte Fachgesellschaften in der BRD in der Existenz des niedergelassenen Arztes eher den Feind als den Verbündeten erkennen, mit dem sie - bildlich gesprochen - eigentlich gemeinsam in die Nähe des psychisch Kranken rücken könnten.

Ich stimme aus meiner Erfahrung den Kritikern an dem Berufsstand des niedergelassenen Nervenarztes voll zu, wenn sie sagen, daß die traditionelle Funktion des Nervenarztes als Einzelkämpfer in der Einzelsprechstunde einer grundsätzlichen Änderung bedarf. Meine Erfahrung - und vielleicht auch die Erfahrung anderer - zeigt, daß sich Nervenärzte entweder in die Rolle des Organmediziners bzw. Neurologen zurückziehen, vielleicht auch ihre therapeutischen Maßnahmen auf die Verordnung von Psychopharmaka beschränken oder aber sich andererseits in die Rolle des Psychotherapeuten mit einer oft elitären Klientel zurückziehen. Kritisch und emphatisch zugleich möchte ich dies als ein Symptom einer tiefgehenden Überforderung des niedergelassenen Nervenarztes deuten.

Viele von ihnen wissen, wieviel Aufwand es bedarf, wenn man z. B. die Familie eines seelisch erkrankten Patienten mit psychohygienischen oder psychosozialen Maßnahmen zu sanieren hat, zumal dann, wenn eine Beziehungsstörung schon lange vorliegt, ist es da nicht verständlich, wenn man stattdessen die Diagnose im eigenen Unbewußten umdenkt, in der man etwa eine „Familienneurose“ zu einer „endogenen Psychose“ werden läßt; zugleich damit freilich eine therapeutische Verschreibung leistet, also dem Patienten „Irresein“ verordnet.

Zum Aspekt der Überforderung des niedergelassenen Nervenarztes erlauben Sie mir noch folgende Bemerkung: Der niedergelassene Nervenarzt gestaltet zu seinen Patienten Beziehungen, macht Eingriffe und Aktionen, deren Folgen er praktisch nicht ausweichen kann - anders als der Psychiater an einer ambulanten Institution. Der niedergelassene Nervenarzt kann z. B. bei Fehlschlägen nicht sein Arbeitsfeld räumen, die Verantwortung nicht an Personen in einer Hierarchie delegieren. Denn er steht weit mehr als sein Kollege in der Institution in der direkten Verantwortung und ist in seiner Region von der Einstellung der Kollegen und Patienten zu ihm abhängig. Er hat damit keine so gute Aus-

weich- bzw. Abwehrmöglichkeit, steht also in einem besonderem Risiko, letztlich auch für die eigene Psychohygiene.

Im Hinblick auf diese Überforderung habe ich mir zu Beginn der Niederlassung folgende Fragen gestellt:

Wie kann ich als niedergelassener Nervenarzt innerhalb und außerhalb meiner Praxis meine fachliche Kompetenz so einsetzen, daß ich

- maximal wirksam versorge,
- zugleich wirtschaftlich arbeite und
- dabei selbst psychisch gesund bleibe?

Oder anders gefragt:

- welche Arbeitsmethoden,
- welche personellen und ökonomischen Bedingungen,
- welche Kooperations- und Organisationsformen

könnte der niedergelassene Nervenarzt schaffen und nutzen, damit er unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten einen qualifizierten Beitrag zur psychosozialen Versorgung innerhalb seines Versorgungsgebietes leisten kann?

Dazu möchte ich für mein Arbeitskonzept einige konkrete Beispiele nennen:

Innerhalb der Praxis ging es mir von Anfang an darum, ein möglichst umfassendes und differenziertes psychotherapeutisches Angebot zu gestalten. Erster Schritt dazu war, eine psychoanalytisch orientierte Kollegin in Praxisgemeinschaft dazuzugewinnen. Gemeinsam haben wir uns unter sozialpsychiatrischen Perspektiven bemüht, unser Therapieangebot so zu konzipieren, daß es geeignet ist, Barrieren zwischen Patient und uns abzubauen. Unser psychotherapeutisches Angebot weist Ähnlichkeiten mit dem vom Kollegen Mikus beschriebenen Angebot auf, insofern als wir auf verschiedene Sozialisationstypen, Persönlichkeitsstrukturen und Motivationen der Patienten unterschiedlich eingehen. Therapieformen, wie z. B. das autogene Training oder die progressive Muskelentspannung, setzen wir im Rahmen individueller Behandlungspläne gezielt als „Vehikel“ ein, um den Patienten gewissermaßen zu unserem weitergehenden tiefenpsychologisch orientierten Behandlungsangebot hinzuführen. Auch in unserer Praxis zeichnet sich bei den Patienten zum Teil die Tendenz ab, die Gruppenarbeit in Selbsthilfeaktivitäten fortzuführen.

Um den Patienten in gleicher Weise auch in seinem organischen - körperlichen Leid anzunehmen und die psychosomatische Genese der Symptome einzuordnen, profitiere ich von meiner gründlichen neurologischen Ausbildung. Der Aspekt der hirneuropäischen Nervenleiden, der Mehrfachbehinderung und der organoneurologischen Ausschlußdiagnostik wird von mir abgedeckt. Den Bezug der Organmedizin erhalte ich u. a. durch einen intensiven Konsiliardienst am nahen Krankenhaus sowie durch die Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst. Durch die direkte Kooperation innerhalb der Praxis zwischen neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachleuten wird der für den Patienten oft unheilvolle Kreislauf von Mehrfachüberweisungen vermieden.

Außerhalb der Praxis haben wir nach Wegen gesucht, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Kompetenz an diejenigen zu vermitteln, die besser noch als wir von ihrer Position her Prävention und Rehabilitation leisten. Der am meisten beschrittene Weg ist der, daß Mitarbeiter der Praxis Fortbildungsangebote in der Region machen: So beispielsweise durch eine seit zwei Jahren bestehende Balint-Gruppe, indem Krankenhaus und niedergelassene Ärzte zusammenarbeiten; eine Arbeitsgruppe, die sich mit präventiven Aspekten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschäftigt; durch die fachlich solide Psychologieausbildung von Krankenschwestern-Schülerinnen an der örtlichen Krankenschwesternschule; durch einen DGSP-Fortbildungskurs, der sich aus verschiedenen Berufsgruppen und Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtung rekrutiert.

Sowohl durch diese Arbeit als auch durch die Kooperation mit den Bezugspersonen der Patienten versuche ich etwas zu tun, was ein Kernstück sozialpsychiatrischer Praxis ist: Nämlich im Umfeld von psychisch gestörten Menschen Ressourcen an Hilfen zu erkennen und zu mobilisieren.

In diesem Sinn versuchen wir beispielsweise, entsprechend einer psychopharmakologischen Behandlungsmethode, die Therapiehelfer und Mediatoren in unserem sozialpsychiatrischen Hilfsverein einzusetzen. Entsprechend der traditionellen Belegung von Krankenhausbetten belege ich z. Zt. unsere erste Wohnung einer therapeutischen Wohngruppe des Hilfsvereins.

Unter dem Aspekt der eigenen Psychohygiene und wegen der vorher erwähnten Überforderung in der Rolle des Einzelkämpfers habe ich von Anfang an ein multiprofessionelles Team mit ärztlichen Mitarbeitern, Krankenschwestern, Psychologen und einer Pädagogin aufgebaut. Im gleichen Sinne hat die Supervision des Praxisteam, der Gruppen- und Einzelfall-Arbeit eine Entlastungsfunktion und trägt natürlich zur Qualifizierung der Arbeit bei. So holen wir uns auch Fortbildung in die Praxis hinein, indem wir als Praxisteam Lehrtherapeuten verpflichten.

Zur Frage der Effektivität und Wirtschaftlichkeit einer solchen Team-Praxis läßt sich nach drei Jahren noch wenig sagen, dazu plant unsere Arbeitsgruppe jedoch eine gezielte Kosten-Nutzen-Analyse.

Erlauben Sie mir ein Schlußwort:

Meine wesentliche Selbsterfahrung möchte ich darin sehen, ein Gefühl für die Wirksamkeit von Kooperation in der Versorgung von psychisch kranken Menschen gewonnen zu haben. Unter diesem Gesichtspunkt fühle ich mich in der Annahme bestätigt, daß der niedergelassene Nervenarzt gerade unter sozialpsychiatrischen Aspekten hervorragende Arbeitsmöglichkeiten hat, allerdings unter der Voraussetzung, daß er die Chancen seiner „gemeindenahen Institution Arztpraxis“ zur Gestaltung seiner Beziehung zum psychisch Kranken zu nutzen versteht.

Literatur:

ABHOLZ, et al., Krankheit und soziale Lage, Frankfurt, 1976.

DUCHO, E. G., Die Rolle niedergelassener Nervenärzte bei der Versorgung psychisch Kranker. In: Kulenkampff, C., et al. (Hg.): Gemeindenahe Psychiatrie, Köln, 1975.

REBELL, Ch., Sozialpsychiatrie in der Industriegesellschaft - Frankfurt, 1976.

RICHTER, H.-E., Rivalität und Kooperation in der psychosozialen Therapie. Prax. Psychother. Psychosom. 25, 69-79 (1980).

RUDNITZKI, G., et al., Sozialpsychiatrische Regionalversorgung: Sozialdynamischer Therapieansatz oder Psycho-Regionaler Kompromiß. Prakt. Psychother., 23, 165-172 (1978).

SCHWAB, R. et al., Einstellungen zu psychischer Gestörtheit und Psychotherapie f. Klin. Psychol., 3, 194-206 (1978).

WESIACK, W., Psychosomatische Medizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes. In: Uexküll, Th., (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, München, 1979.

WIESER, S., Isolation, Hamburg, 1973.

Diskussion zu den Referaten

Diskussion zu den Referaten über die nervenärztliche Praxis

HEINRICH: Wir haben von Ambulanzen an den Kliniken, von den niedergelassenen Nervenärzten und von den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen gesprochen, also von den drei wichtigen Möglichkeiten der ambulanten Psychiatrie. Es ist gesagt worden, daß der Unterschied zwischen der Klientel der Ambulanzen und der Nervenärzte offenbar nicht so groß ist wie zwischen dem Nervenarzt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der sich offenbar mehr um chronisch schizophrene Menschen bemüht. Ich frage die drei niedergelassenen Nervenärzte, ob sie der Ansicht sind, daß ein Sozialpsychiatrischer Dienst erforderlich ist, wenn eine Nervenarztpraxis mit einem Team von Mitarbeitern aus mehreren Berufsgruppen existiert.

MIKUS: Wenn es mehr Praxen dieser Art gäbe, wäre das, glaube ich, nicht erforderlich. Denn gerade in unserem Raum Bielefeld/Gütersloh sind wir relativ gut besetzt mit Nervenärzten. Wir haben eine hohe Arztdichte. Es sind auch relativ viele psychotherapeutisch tätig, teilweise Psychologen im Delegationsverfahren, so daß ich meine, wir könnten in die Gefahr kommen, überversorgt zu werden. Im Moment sehe ich den Trend noch nicht. Es ist geplant, daß in Bethel eine Ambulanz von einer Ärztin mit Psychotherapiezulassung geleitet werden soll. Dann wird sich unter Umständen die ganze Arbeitsweise verschieben.

HEINRICH: Darf ich noch einmal nachfragen und zugleich den Hintergrund meiner Frage erklären. Die baden-württembergische Landesregierung will, nachdem sie die Modellaktion der Bundesregierung selber gestoppt hat, nun ihrerseits einen Beitrag liefern, indem sie in den Regierungsbezirken Modelle mit einer größeren Summe fördern will. Wir haben in Stuttgart in einer Arbeitsgruppe des psychosozialen Ausschusses überlegt, ob wir nicht einen Antrag zur Förderung einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle einbringen sollen.

In einem Einzugsgebiet mit etwa 170.000 Personen haben wir in Stuttgart 14 Nervenärzte gefunden. Wir überlegen, ob es klug ist, zu diesen 14 Nervenärzten noch eine sozialpsychiatrische Beratungsstelle aufzubauen, von der aus vor allem Hausbesuche gemacht werden können.

JACOBI: Zu dieser Frage „Sozialpsychiatrischer Dienst -ja oder nein-“ sollte man zwei Dinge sehen. Neben ökonomischen Erwägungen sollte man das besondere „Hilfesuchverhalten“ psychisch Erkrankter und Gefährdeter berücksichtigen, und zum anderen sollte man die Chancen verschiedener sozialpsychiatrischer Instrumente besonders in Bezug auf Prävention genauer ins Auge fassen und sich dabei z. B. auch mit einer nervenärztlichen Teampraxis auseinandersetzen.

Zum einen: Da es uns darum geht, schichtspezifische Selektionen zu vermeiden, und da wir also im wesentlichen die Unterschicht-Patienten, besonders

die auf dem Lande, erreichen wollen, müssen wir Experten von uns aus Anpassungsarbeit leisten; wir müssen sehen, wo die Anlaufstellen für den psychisch Erkrankten, für den psychisch Gefährdeten und seine Angehörigen sich befinden. Bezogen auf unser Gesundheitssystem haben die niedergelassenen Ärzte, besonders die Allgemeinpraktiker, in ihrer Hausarztfunktion hier den größten Vorrang. Gemäß meiner Erfahrung, zumindest aus meinem beruflichen Umfeld, behaupte ich, daß von Seiten der Inhaber dieser Anlaufstellen, also im wesentlichen der niedergelassenen Ärzte, eine größte Distanz besteht zu sozialpsychiatrischen ambulanten Institutionen im Vergleich zu den nervenärztlichen Kollegen in freier Praxis. Wenn dies richtig ist, was ich behaupte, folgt daraus zwangsläufig, daß der niedergelassene Nervenarzt in seiner sozialpsychiatrisch arbeitenden Team-Praxis vergleichsweise auch bessere Chancen hat, relativ frühzeitig den Krankheitsprozeß zu beeinflussen. Speziell unter dem Gesichtspunkt der Prävention haben wir mit unserer Team-Praxis ausdrücklich einen unserer Schwerpunkte auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gelegt und dazu eine sehr große Kommunikationsdichte zu den Kinderärzten und auch zur Erziehungsberatungsstelle hergestellt.

Wegen des stark dezentralisierten Arbeitskonzeptes einer nervenärztlichen Team-Praxis sehe ich noch einen anderen qualitativen Vorzug, nämlich den, im Vergleich zu einem Sozialpsychiatrischen Dienst mit vergleichsweise größerem Einzugsgebiet für gute Ressourcen an Laienhelfern bzw. Selbsthilfe in der Gemeinde zu mobilisieren. Denn der Kontakt zu diesen Kräften kann ein sehr viel kontinuierlicherer, persönlicherer sein.

Mir ist wichtig zu überlegen, wie man die Kinderärzte in die Psychiatrie-Reform miteinbeziehen kann? Wie kann man die Familien, wie kann man die Schulpsychologen, wie kann man die Pädagogen in der Psychiatrie-Reform mit berücksichtigen? Sie stehen nämlich genau so weit draußen wie die niedergelassenen Ärzte auch, und ich halte es für völlig sinnlos, sozialpsychiatrische Versorgung betreiben zu wollen, ohne sich im besonderen Gedanken zu machen über präventive Belange.

BOCK: Ich gehöre auch zu denen, die zunächst sehr skeptisch sind bzw. waren gegenüber Nervenärzten. Ich glaube, daß das weniger auf sachlichen Argumenten beruht als daran, daß ich woanders groß geworden bin, in einer Psychosozialen Kontaktstelle und mich mit der Arbeit im Team identifiziert habe. Dieser emotionale Hintergrund ist sicher ein Vorbehalt, den ich gegenüber dem Nervenarzt hatte. Jetzt kann ich meine Skepsis überprüfen, vor allem auch nach dem, was ich heute von Ihnen gehört habe. Jetzt kann ich viel besser fragen: Wie kann man das, was Sie in der Nervenarztpraxis machen und ich im Team, wie kann man das am besten gesundheitspolitisch, gesetzlich, finanziell absichern und auch persönlich? Ich glaube, daß man das nicht über einen Kamm scheren kann: In Wilhelmsburg, wo ich in der Psychosozialen Kontaktstelle gearbeitet habe, gibt es keinen Nervenarzt wie Sie, da besteht eine ganz andere nervenärztliche Versorgung. Das hat dazu geführt, daß das, was Sie machen, eher die Kontaktstelle geleistet hat. Die Aufgabe, psychiatrische Korn-

petenz an andere, an Angehörige, an andere Einrichtungen heranzubringen und Psychiatisierung womöglich zu vermeiden, diese Zielsetzung kann und muß von verschiedenen Institutionen wahrgenommen werden. Ich glaube, Sie leisten das, was Sie leisten, zum Teil *trotz* (!) Gebührenordnung, trotz Krankenversicherung, aufgrund eines persönlichen Engagements, obwohl die Bedingungen nicht besonders glücklich in einer Nervenarztpraxis sind. Und Sie können das u. a. leisten, weil Sie gleichzeitig einen Hilfsverein haben *und* Nervenarzt sind. Für mich heißt das: Sie tun, was ich erst fordere, nämlich „Mischfinanzierung praktizieren“, über den Hilfsverein an öffentliche Gelder heranzukommen, als Nervenarzt an die Krankenversicherung.

Ich glaube auch, daß wir vor allem diese Flexibilität behalten müssen: Es kann niemandem gedient sein - am wenigsten dem Patienten -, wenn in Zukunft jeder Club, jede Gesprächsgruppe von Depressiven, wenn alles, was da läuft, über Krankenkassen abgerechnet wird. Es wehrt sich nicht nur die Krankenkasse dagegen, daß alles, was mit Psyche anfängt, von ihr finanziert wird. Dagegen wehrt sich mit Recht auch der Patient; denn das würde eine Fixierung auf eine Krankheit bedeuten, die uns allen nicht gefallen kann. Im Sinne dieser Flexibilität müssen wir davon wegkommen, Nervenarzt und andere Einrichtungen gegeneinander auszuspielen: Beispielsweise hat der psychiatrische Dienst (am Gesundheitsamt) in Hamburg genau deshalb therapeutische Qualifikationen bekommen, weil ihm (von Nervenärzten) keine Behandlungsbefugnis zugebilligt wurde. Behandlungsbefugnis hieß zunächst einmal, keine Pharmaka geben zu dürfen. Aus der Verlegenheit mußten sie Gespräche führen, die oft viel mehr leisten. Inzwischen ist erwiesen, daß beide notwendig sind, Nervenarzt und ambulante Institution mit Teamarbeit. Dieselbe Flexibilität gilt für mich für das Thema psychiatrisches Krankenhaus: Ich habe mich gewundert, daß wir heute Morgen so stringent darüber diskutiert haben, warum es keine Ambulanzen am psychiatrischen Krankenhaus gibt, und um das Für und Wider der gesundheitspolitischen Argumente und Vorbehalte der Kassenärztlichen Vereinigung. Warum gibt es praktisch keine Tagesklinik - jedenfalls ist mir keine bekannt - an psychiatrischen Krankenhäusern, die der Prävention, der Krisenintervention dient, außer in Hamburg-Eppendorf? Für mich liegt in einer solchen Einrichtung eine Möglichkeit, auch am psychiatrischen Krankenhaus von Bettenbehandlung wegzukommen, erfindungsreich und ein wenig flexibel zu sein und unter der Hand Ambulanz und Krisenintervention zu betreiben, um so von dieser Trennung „stationär-ambulant“ wegzukommen. Ich wünsche mir, daß wir mehr Flexibilität finden und die Einrichtungen nicht gegeneinander ausspielen.

SEIDEL: Ich möchte das, was der Hamburger Kollege gesagt hat, unterstreichen, daß man wegkommt von dem entweder/oder bzw. von dem eingangs von Herrn Katschnig beschworenen Konkurrenzdenken. Die Analyse der Tätigkeitsfelder gerade Ihrer Gruppe hat mir gezeigt, daß sowohl für die stationären Einrichtungen als auch für die Dienste in der Mitte - obwohl es die noch nicht gibt- und für die Nervenärzte Platz ist. Zum anderen sehe ich aber, daß Sie al-

le aus Ihrem eigenen Feld, wie auch ich, vor allem bestimmte Krankengruppen sehen. Es wird immer wieder die Vorsorge und Nachsorge von Schizophrenen erwähnt. Der große Anteil der alterspsychiatrischen Erkrankungen ist kaum beachtet. Die Beteiligung der niedergelassenen Nervenärzte an der Behandlung der Suchterkrankungen ist, soweit ich das überblicke, recht eingeschränkt, weil auch sehr kompliziert und sehr zeitaufwendig. Randgruppen wie psychisch kranke Rechtsbrecher und solche erscheinen bei Ihnen überhaupt nicht. Wer versorgt die? Wer leistet da Prävention? Wer Nachsorge? Und eine ganz andere Frage ist, wie wollen Sie bei der Beteiligung von mehreren Diensten an einem Fall beispielsweise die Koordination sicherstellen? Wie wollen Sie beim Arrangieren von Hilfen im sozialen Umfeld tätig werden, bei der Beratung von Nachbarn, von Familienangehörigen, - ich denke nur an familientherapeutische Ansätze-wie wollen Sie das leisten, ohne einen psychiatrischen oder sozialpsychiatrischen Dienst?

ULRICH: Ich kann dazu konkret sagen: Ich habe sowohl eine sogenannte Krisengruppe, wo eine ganze Reihe von Suchtpatienten behandelt wird; ich habe eine sogenannte Seniorengruppe, wo Patienten höheren Lebensalters mit endogenen Depressionen, Lebenskrisen des höheren Lebensalters sich regelmäßig alle 14 Tage treffen; eine Gruppe entlassener Patienten aus dem Landeskrankenhaus, die sich auch alle 14 Tage im Wechsel mit einer anderen Gruppe treffen und gelernt haben, auch zu einer Selbsthilfearbeit überzugehen. Es existieren mehrere solcher Selbsthilfegruppen, die dankbar sind, neue Patienten aufzunehmen. Ich werde ganz gezielt von den Sprechern dieser Gruppe gefragt: „Haben Sie nicht noch jemand für unsere Gruppe; wir sind wieder ein bißchen geschrumpft.“ Es ist wichtig, daß die Patienten den Interaktionsstil der Gruppenarbeit gelernt haben. Ich war früher dazu übergegangen, um die Warteliste nicht allzu groß werden zu lassen, sie in eine solche Selbsthilfegruppe zu schicken. Das hat sich nicht so gut bewährt. Aber zur Nachbetreuung ist das ein gutes Rezept und im Rahmen der Möglichkeiten auch ein ausreichendes. Ich kann nicht mehr leisten, als die Ziffer hergibt. Diese Gruppen treffen sich 14-tägig für 1 1/2 bis 2 Stunden. Ich versuche in der Zeit das zu leisten, was ich sonst in einer individuellen Sprechstunde machen würde in der Gruppe, weil es alles gleichartige Probleme von Patienten sind, die sich auch untereinander helfen, sich gegenseitig besuchen, eigene Aktivitäten entwickeln. In der Altengruppe ist beispielsweise eine ehemalige Tanz- und Gymnastiklehrerin, die mit den Gruppenangehörigen ihre gymnastischen Übungen macht und sie ein bißchen aktiviert.

JACOBI: Ich wollte zu Herrn Bock und zu Ihrem Beitrag gerne noch etwas sagen:

Mir erscheint es verhängnisvoll, daß die meisten Fachleute für ambulante Versorgung in Institutionen arbeiten. Bestimmte berufliche Erfahrungen, Erfahrungen vor Ort, kommen da einfach zu kurz. Es entspricht nicht der Tradition, den in einer Institution arbeitenden Arzt und Helfer als Hausarzt zu sehen, dies ist für sozialpsychiatrisches Arbeiten aber immens wichtig. Viele Patienten sind ja

eben nicht in der Lage, die sozialpathologischen Faktoren ihres sozialen Alltags zu benennen, da reicht methodisch auch kein Hausbesuch aus. Wichtig sind vielmehr Informationen, die man quasi beiläufig gewinnen kann, wenn man z. B. als niedergelassener Nervenarzt seinen Versorgungsbereich aufgrund seiner Kleinheit gut überblicken kann. Ich fühle mich kaum in der Lage, Sinsheim mit 25.000 Einwohnern überhaupt kennenzulernen. Vielleicht kann ich es in den nächsten zehn oder zwanzig Jahren kennenlernen. Dann bekomme ich einen Bezug dazu, lerne Familiengeschichten, krankmachende Arbeitsbedingungen in bestimmten Betrieben genauer kennen. Manchmal habe ich den Verdacht, daß die in Institutionen arbeitenden Sozialpsychiater wirklich Angst haben, sozialpsychiatrische Arbeit vor Ort zu leisten, am Patienten draußen. Das würde ich gern einmal mit einem Beteiligten diskutieren. Besondere Chancen sehe ich da, wie bereits erwähnt, in der Beziehung des Sozialpsychiaters außerhalb der Institution vor Ort, also in der freien Praxis, zu den niedergelassenen Allgemeinärzten. Denn unter ihnen sind viele Kenner der Materie, viele motivierte Kollegen, die hier eigentlich sitzen müßten und die Ihnen sehr viel mehr sagen könnten über sozialpsychiatrisches Arbeiten „in der ersten Linie“, als ich es Ihnen sagen kann.

Im übrigen besteht ein Teil meiner Arbeit auch in forensischer Medizin, denn ich bin Gutachter beim Amtsgericht in Sinsheim, und ich glaube, daß ich da echt präventive Arbeit leiste, indem ich dort sage, wie ich Patienten behandle, was ich mit ihnen tue. Einen anderen Berührungspunkt zur forensischen Psychiatrie sehe ich in meinem Arbeitsalltag darin, daß ich dann und wann eben auch Gefängnisentlassene zu betreuen habe, die in meiner Praxis eine Art Anlaufstelle sehen.

von CRANACH: Ich habe das Gefühl, daß Sie jetzt in einer Verteidigungssituation sind und uns vermitteln wollen, daß mit etwas mehr Motivation und Umstrukturierung die niedergelassenen Nervenärzte in der Lage sind, die gesamte ambulante Versorgung zu leisten. Ich frage mich, wieso Sie nicht akzeptieren können, daß es Patienten gibt, die man mit einer derartigen Versorgungsstruktur nicht erreichen und betreuen kann. In München lassen sich, ich möchte sagen wöchentlich, Kollegen nieder. Die Stadt ist mit Nervenärzten überversorgt, der ärztliche Bezirksverband warnt vor Niederlassung. Trotzdem lassen sich junge, motivierte, gut ausgebildete Kollegen nicht davon abhalten. Man würde meinen, daß bei einer derartigen Überversorgung der gesamte ambulante Problembereich der Psychiatrie abgedeckt sein müßte. Tatsächlich ist es aber so, daß sich diese Kollegen in die Psychotherapie hineinstürzen, um überleben zu können, und viele Patienten, beispielsweise Alkoholiker, die chronisch Schizophrenen, sind weiterhin unversorgt. Ich frage mich noch einmal, ob es überhaupt möglich ist, unter den Strukturbedingungen einer Praxis wirklich Krisenintervention zu betreiben, wo zwei, drei Leute vier, fünf Stunden an einem Problem herumsitzen müssen.

Ich würde auch gern noch ein weiteres, grundsätzliches Problem berühren, das mich selbst verunsichert. Ich persönlich überlege mir oft, ob man eigentlich Me-

dizin betreiben kann bzw. therapeutisch tätig sein kann, wenn die Bezahlung, die man dafür bekommt, abhängig ist von dem Aufwand, den man dabei betreibt. Ich möchte es noch etwas konkreter sagen; Wenn ich von meiner Bank die Nachricht bekomme, daß ich nicht weiter mein Konto überziehen kann, dann kommt mir, auch wenn ich das nicht will, der Gedanke, den einen oder anderen der wenigen Privatpatienten, die ich betreue, häufiger einzubestellen. Ich versuche, mich gegen solche Gedanken zu wehren, frage mich aber, welchen Einfluß solche Gedanken auf unsere Praxis haben.

JACOBI: Über diese Affekte habe ich nachgedacht, und ich nehme die Supervision, die wir betreiben, und ich nehme das Nachdenken über das, was wir tun, sehr ernst. Ich würde mich gern im Rahmen einer ausführlichen Diskussionsmöglichkeit mit Ihnen über diese Frage unterhalten; das sollten Sie dann aber nicht nur mit mir, sondern auch mit meinen Mitarbeitern tun. Die Verteidigungssituation kommt dadurch zustande, daß ich auch hier in der Diskussion gemerkt habe, daß sich der sozialpsychiatrisch orientierte Nervenarzt in einer Außen-seiterrolle befindet. Und diesem Vorurteil unterliegen Sie hier zum großen Teil auch, wenn ich die Diskussion am Beginn hier verfolge. Ich muß, wenn es um Psychiatrie-Reform geht, nicht feststellen, was alles schlecht ist, sondern ich muß alternative Möglichkeiten entwickeln, andere Realitäten zu schaffen. Das ist mein pragmatischer Standpunkt.

SEIDEL: Mir ist ein bißchen der Schwung abhanden gekommen durch das, was Herr von Cranach gesagt hat. Ich möchte aber auch noch einmal zur Diskussion stellen, ob es sich wirklich so verhält, wie es eben gesagt wurde. Da sind jetzt drei weiße Raben unter den niedergelassenen Nervenärzten, die vor uns sitzen. Hans Jacobi kenne ich, und ich bin überzeugt, daß er das so macht. Haben aber generell die niedergelassenen Ärzte soviel mehr Kenntnisse ihrer Gemeinde oder der Lebensbedingungen der Leute, auch der einfachen Menschen, die da sind? Das weiß ich nicht. Ich stelle zumindest die Frage, ob es so sein muß, daß sie bessere Kenntnisse haben als Leute, die langjährig in einer kleinen Einrichtung tätig sind, wie z. B. in Mönchengladbach, wo man wirklich intensiv in das soziale Feld hineingeht, mehr, als es sich ein niedergelassener Arzt leisten kann. Das Problem, das sich für mich immer wieder stellt, ist, mit welcher Einstellung gehe ich an die Sache heran und auch wer kontrolliert es -also auch das Problem der politischen Kontrolle. Die Kontrollmöglichkeiten sind öffentlich besser. Trotzdem kann bei zwei verschiedenen Einrichtungen -Mönchengladbach und Köln demonstrieren das im Rheinland ja sehr schön -, unter völlig gleichen Bedingungen angetreten, etwas sehr verschiedenes herauskommen. Herr Creutz hat gesagt, daß die Ambulanz relativ wenig präventiv erreicht hat. Das war ja auch ein sehr klinischer Ansatz, den man da verfolgt hat. Man hat Ambulanz in weißen Kitteln betrieben, und dann ist es eben schwer. In Mönchengladbach ist ein anderer Ansatz versucht worden. Dastand nicht so sehr die Frage zur Debatte, Psychopathologie weg oder da, sondern man ist mehr von den Lebensbedingungen der einzelnen ausgegangen und in die Gemeinde hineingegangen. Dann läßt sich etwas erreichen. Nur, wer kon-

trolliert das, wer kontrolliert, was Sie machen oder was die einzelnen in den Institutionen machen? Das halte ich für entscheidend.

JACOBI: Darf ich das einmal direkt beantworten. Die Kontrolle ist dadurch gegeben, daß ich mich z. B. Ihnen hier zur Diskussion stelle. Jede Woche haben wir eine Teamsitzung von 1½ Stunden mit Fremdsupervision. Wir haben eine sehr intensive Fall- und Einzelsupervision. Ich glaube, daß das doch Bedingungen sind, die ich an keiner Einrichtung bisher kennengelernt habe. Ich glaube, daß die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, so hoch qualifiziert sind, daß wir die Dinge, die heute hier zur Diskussion stehen, dauernd reflektieren können.

ULRICH: Ich möchte an dieser Stelle einmal eines sagen. Zunächst zu Herrn von Cranach. Ich habe nicht das Gefühl, daß ich mich in einer Verteidigungsstellung befinde. Ich meine auch, daß ich deutlich gemacht habe - und ich möchte das für mich noch einmal betonen - daß die nervenärztliche Praxis gar nicht den Anspruch erheben sollte, alles das zu können. Sie haben vorhin einige Randgruppen aufgezählt. Ich habe sehr deutlich gesagt, daß es immer Stellen gibt, die wir gar nicht erreichen können. Ich meine, daß das auch nicht sinnvoll ist. Ich meine, daß es möglich ist, daß der Nervenarzt in die Gruppe sozialpsychiatrischer Arbeit integriert wird und dort mitarbeiten kann und dort seinen Teil mit beitragen kann. Er bildet dann eine sinnvolle Ergänzung, wie ein Kollege, der lange an einer Einrichtung tätig ist und der sein Umfeld sehr viel besser kennt. Der hat ja eine der Rolle des niedergelassenen Arztes vergleichbare Position, wenn er sehr lange da ist. Aber sehr viel häufiger wechseln ja an solchen Institutionen die Kollegen, weil sie in Ausbildung sind. Die Frage der Kontrolle gilt sowohl auf der einen als auch auf der anderen Seite.

Die Frage des Geldes: Natürlich drückt mich das, wenn ich sehe, daß ich rote Zahlen habe, das trifft Sie genauso. Das ist eine gewisse Realität. Deshalb meine ich, daß es immer Bereiche geben sollte, in denen man nicht aufs Geld gucken muß - wie bei ganz bestimmten Randgruppen. Sie sollten auch daran denken, in welchem Alter Sie jetzt stehen und wie lange eigentlich Sozialpsychiatrie läuft. Herr Jacobi sagt, er sei ein weißer Rabe in einer großen Horde von schwarzen. Ich kann mich nicht als weißen Raben empfinden. Wir sind alle ungefähr eine Altersgeneration, und so weit von Ihnen sind wir gar nicht entfernt. Wenn Sie sich umschauen, werden Sie eine ganze Reihe Niedergelassener in jüngerem Alter sehen, die sich durchaus für sozialpsychiatrische Aspekte interessieren. Die Gruppe, die das nicht kann, ist die Gruppe Ihrer Chefs, die es früher auch nicht getan hat, und das sind die älteren Niedergelassenen - mit Ausnahmen natürlich.

MIKUS: Es ist ganz natürlich, daß wir nicht alle Klienten erreichen können, sondern nur die, die in die Praxis kommen. Die nicht kommen, sind aber vielfach auch nicht therapiewillig. Da sind die therapeutischen Ergebnisse auch zweifelhaft, egal, ob sie von einer Ambulanz erbracht werden oder von uns.

BOCK: Das hängt ja nun von dem Programm ab, was Sie anbieten. Sie sprachen eben interessanterweise von den Ausreißern, die Sie wieder in ihre neuroleptische Zweierbeziehung einzwängen wollen. Da frage ich mich, ob der Patient nicht auch ein gewisses Recht hat, einer Behandlung fernzubleiben, und ob Ihr Programm dem Patienten vielleicht gar nicht gerecht wird, wenn Sie eine Langzeittherapie, so wichtig sie sein kann, ihm aufzwingen wollen und ob da nicht andere Strategien, die mehr ins Außenfeld, ins soziale Umfeld gehen, notwendig wären.

MIKUS: Es geht nicht um ein Aufzwingen, das ist ein Nachgehen, mehr als das passive Sitzen und Warten. Mehr tun wir eigentlich nicht. Das tun Sie vielleicht auch.

BOCK: Ich glaube, daß es ein Dienst in einer etwas differenzierteren Weise tut als der Nervenarzt, der den weißen Fleck im Karteifeld dann sozusagen wieder füllen will. Er weiß ja gar nicht, was draußen passiert ist, weil er das nicht kontrollieren kann. Während das Team - sozialpsychiatrische Erfahrungen liegen ja genügend vor - doch vielleicht über Zwischenfälle, Nachsorge und Unterhaltung von Konflikten mehr sagen kann und vor Ort auch mehr erreichen kann. Das meinte ich eben, ob da der Nervenarzt nicht überfordert ist.

BAUER: Ich wollte eine Frage an Herrn Jacobi anschließen. Zunächst: ich fand Ihr Referat sehr eindrucksvoll, was Sie da tun. Als ich kürzlich mit einigen Ihrer Mitarbeiter sprach, zeigten die mir freilich auch die andere Seite der Medaille. Die sagten nämlich: das, was wir sozialpsychiatrisch tun, das können wir nur deswegen, weil der Hans Jacobi eben eine Reihe von apparativ-neurologischen Leistungen erbringt, die vielleicht gar nicht notwendig sind, mit denen er uns aber finanziert. Das scheint mir ein eindrucksvolles Problem, kein Einzelschicksal eines „weißen Raben“, denn all denjenigen, die diese sozialpsychiatrischen Leistungen im Rahmen einer nervenärztlichen Praxis erbringen, geht es ähnlich.

KAEMMERLING: Mir ist vorhin etwas mulmig geworden, als Sie von der Zusammenarbeit mit Pädagogen und Schulpsychologen sprachen. Und überhaupt bei bestimmten Ansprüchen, weil ich denke, daß die psychiatrische Versorgung, auch die sozialpsychiatrische Versorgung, immer ein Spezialgebiet psychischer Versorgung überhaupt ist. Ich denke, daß auch der niedergelassene Arzt niemals den Medizinbegriff verlassen kann, den Krankheitsbegriff und daß die psychosozialen Versorgungsteams die Möglichkeiten haben, an Stellen einzugreifen, wo von Krankheit nicht die Rede ist, wo Krisen vorliegen, Problem- und Lösungsstrategien gesucht werden müssen. Leistungen, die man also nicht der Krankenkasse noch unterjubeln kann. Wo es auch sinnlos wäre, alle, die Probleme haben, Konflikte haben, Krisen haben, Wachstumskrisen, durch die sie hindurch müssen, für krank zu erklären und ihnen eine Diagnose zu stellen. Wir sehen selbst schon in der Ambulanz die Schwierigkeit bei manchen Patienten, bei denen eine Krise vorliegt und die im Gespräch wirklich Hilfe finden. Ich tue mich sehr schwer, ihnen eine Diagnose zuzuordnen, nur damit ich meine Leistungen auf Krankenschein abrechnen kann.

GÖTTE: Ich will etwas nicht unwidersprochen lassen: Wenn man sich schon einmal entschieden hat, daß ein Patient wirklich längerfristig psychiatrischer und psychologischer Hilfe bedarf, also nicht im eigentlichen Sinne ein Patient für eine Krisenintervention ist, dann sollte man ihn finanziell - meiner Meinung nach - nicht mitbeteiligen. Denn warum soll man mit einem seelisch Leidenden anders verfahren als mit einem organisch Leidenden? Da erwarten wir auch keine finanzielle Mitbeteiligung. Und außerdem befürchte ich für den Fall, daß eine finanzielle Mitbeteiligung in diesen Fällen gefordert wird, eine ganze Reihe von Patienten wieder zunehmend zu somatisieren, was ja ohnehin oft in ihrer Struktur liegt bzw. gesellschaftlich akzeptiert ist.

FINZEN: Ich habe mich während des Verlaufs der Diskussion gefragt, warum es immer wieder, wenn wir in solche Diskussionen eintreten, passiert, daß Nervenärzte, die versuchen, alternative Versorgungsformen zu machen, in eine solche defensive Stellung kommen. Das tut mir jeweils im Herzen weh. Ich glaube, das hängt damit zusammen, daß wir uns nun seit Jahren gestritten haben mit den niedergelassenen Nervenärzten und die niedergelassenen Ärzte mit den Leuten, die Sozialpsychiatrische Dienste und psychosoziale Kontaktstellen betreiben. Und nun haben wir entdeckt, wir sind gar keine Feinde, wir nehmen uns nicht die Butter vom Brot, wir können sogar gut miteinander zusammenarbeiten. Das ist heute ja auch angeklungen. Nun kommt da so eine dritte Gruppe, die weißen Raben oder die querulierenden Nervenärzte, die das ganz anders machen wollen, und bringen unsere neue Freundschaft wieder durcheinander, schieben da irgendwie neue Gesichtspunkte herein, die unbequem sind und mit denen wir uns arrangieren müssen. Das scheint mir doch etwas schwierig zu sein. Ich glaube, daß es ganz wichtig ist, daß wir diese Gruppe von anderen Nervenärzten fördern und unterstützen, auch psychologisch unterstützen, weil wir sonst vorschnell zu einer neuen Verhärtung der Systeme kommen: hier Nervenarzt, da psychosoziale Kontaktstelle. Ich glaube, einige Arbeitsansätze, die auch Hans Jacobi hier herausgestellt hat, nämlich die Art und Weise, wie praktische Ärzte einzubeziehen sind in die Arbeit, wie die Familienarbeit am Ort zu leisten ist, deuten in eine Richtung, wo durch die Weiterentwicklung des traditionellen Arztes eine Ausweitung seiner Arbeit zu einer Teamarbeit ganz gut geleistet werden kann. Wir wissen alle aus Beobachtungen, vor allem auch aus Untersuchungen aus dem englischen Raum, welche riesige psychiatrische Arbeit niedergelassene Ärzte leisten. Ich habe immer wieder den Eindruck, daß das zwischen spezialisiertem Nervenarzt und der Beratungsstelle ein bißchen untergeht. Ich bin mir nicht ganz im klaren darüber, ob meine Gedanken wirklich wichtig sind, aber am Herzen liegt mir, dafür zu sorgen, daß solche Gruppen von Nervenärzten, die anders arbeiten, zunächst einmal eine Chance bekommen, ihren Platz im System zu finden. Ob sie eine Zukunft haben oder nicht, das weiß ich nicht genau. Ich habe etwas Zweifel daran, weil ich glaube, mit weißen Raben, die auch bereit sind, mal mit Defizit zu arbeiten, kann man leider keine Psychiatrie-Reform machen.

2. Ambulante psychiatrische Dienste am Krankenhaus

Ambulante psychiatrische Dienste am Krankenhaus

H. Koester

Die Landeslinik Düren mit 669 Betten und der Verpflichtung zur medizinisch-therapeutischen Serviceleistung für ein auf dem gleichen Gelände liegendes heilpädagogisches Heim für erwachsene geistig Behinderte mit 336 Plätzen ist schon von ihrer Größe und Struktur her eine schwer durchschaubare, für Arbeitsstörungen anfällige Institution. Alle 33 Stationen der Klinik und die 13 Wohn- und Fördergruppen des heilpädagogischen Heims haben ihre spezielle Aufgabe, ihr besonderes Klientel, ihr auf Krankheitsgruppen oder Behinderungen hin zugeschnittenes Therapie- und Förderungsprogramm. Wie in fast allen psychiatrischen Großkrankenhäusern in der Bundesrepublik sind nicht nur die pflegerischen, sondern auch die ärztlich-therapeutischen und im sozialen Bereich tätigen Mitarbeiter mit ihren Aufgaben überfordert, sind nur unzureichend in der Lage, den Bedürfnissen ihrer stationär aufgenommenen Patienten in angemessener Weise gerecht zu werden.

Zuständig, verantwortlich ist die Klinik für ein in seinen ländlichen Bereichen in der Eifel und im Seltkant schlecht erschlossenes Einzugsgebiet. Es ist mit ca. 60 x 70 km von der Ausdehnung her mit Abstand das größte im Rheinland. Es nimmt fast ein Drittel dieses Raumes ein. In ihm wohnen ca. 1,7 Millionen Menschen.

Nun hat die Landeslinik keineswegs eine Monopolstellung. Im Versorgungsgebiet gibt es noch sechs weitere psychiatrische Krankenhäuser, nämlich zwei Universitätskliniken und vier caritative Häuser, welche mit ihrer Bettenzahl zusammen die der Landeslinik weit überschreiten. Den 1.100 Ärzten unseres Aufnahmebezirks stehen demnach für stationäre Einweisungen durchaus Alternativen zur Verfügung. Keines dieser Häuser hat aber bisher ein definiertes Einzugsgebiet, d. h. daß bei uns, wie es auch sonst in der Regel der Fall ist, die schwierigsten Problempatienten fast ausschließlich der Landeslinik zugewiesen werden. Andererseits wäre es unfair, hier nicht zu würdigen, daß zwei caritative Häuser, nämlich in Euskirchen und Gangelt, zielstrebig auf eine gemeindenahere Vollversorgung hinplanen.

Drei der psychiatrischen Kliniken im Einzugsgebiet haben eine Poliklinik; die Nervenärztdichte ist überdurchschnittlich groß. Allein im Kreis Düren mit 235.000 Einwohnern, aus dem ein Viertel unserer Patienten kommen, praktizieren sieben Nervenärzte. Auch die Stelle des Leiters der psychosozialen Dienste am Gesundheitsamt Düren ist hauptamtlich mit einem erfahrenen Psychiater besetzt. Sechs Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes sind ausschließlich für vorbeugende Hilfen und nachgehende Fürsorge bei psychisch Kranken eingesetzt.

Es stellt sich nach all dem die Frage, welche Interessenlage besteht unter den geschilderten Umständen, ambulante Dienste an unserer Klinik einzurichten?

im parlamentarischen Entscheidungsprozeß zur Einrichtung einer Ambulanz an der Klinik wurde dann auch als wichtigstes Gegenargument angeführt, die nähere Umgebung der Landeslinik sei nervenärztlich ausreichend versorgt und für Patienten aus größerer räumlicher Distanz könne die Ambulanz ohnehin keine Wirksamkeit entfalten. Gleichwohl, die Entscheidung ist, wie ich noch darlegen werde, völlig zurecht und zwingend notwendig für den Aufbau einer Ambulanz gefallen. Der Grundsatzbeschuß, in letzter Konsequenz auch Defizite zu übernehmen, stammt erst aus allerjüngster Zeit, nämlich vom 11.6.1980. Es geht dabei um die zu erwartenden Mindereinnahmen, die bekanntermaßen unausweichlich entstehen, wenn die Ambulanz in ihrer Struktur neben ärztlich-psychologischen Leistungen, die nach der Gebührenordnung abzurechnen sind, auch psychosoziale Dienste schwerpunktmäßig miteinbezieht. Mit der Zusage zur Defizitübernahme kann nunmehr erst der eigentliche Startschuß fallen. Trotzdem haben wir in den letzten Jahren ambulant gearbeitet, haben entsprechende Leistungen erbringen müssen im Interesse des Patienten, aber auch des Krankenhausträgers, dessen Klinik ohne ambulante Tätigkeit längst einen völligen Funktionszusammenbruch erlitten hätte. Aus den sehr komplexen Zusammenhängen will ich, unter Verzicht auf Tabellen und große Statistiken, auf einige Fakten eingehen. Die vorgetragene Situationsbeschreibung ist durch die geschilderten spezifischen Dürener Bedingungen mitgeprägt, sie hat darüber hinaus aber sicher zum Teil auch für viele gleiche oder ähnliche psychiatrische Großkrankenhäuser Allgemeingültigkeit.

Mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist für die Landeslinik Düren ein Institutionsvertrag ausgehandelt, der u. a. vorsieht, die psychiatrische Mit- oder Weiterbehandlung bei Vorliegen schwerer Krankheitsbilder, wenn dadurch eine anderenfalls erforderliche stationäre Aufnahme verhindert wird, und die Durchführung der psychiatrischen Mit- oder Weiterbehandlung eines in der Landeslinik Düren zuvor behandelten Patienten im Rahmen des psychiatrischen Sozialdienstes. Verkürzt heißt dies, es sind die Möglichkeiten eröffnet zu einer Vorschalt- und zu einer Nachsorgeambulanz.

Beginnen möchte ich mit der ambulanten Nachbehandlung, da einmal auf diesem Sektor die zeitlich früher beginnenden Erfahrungen vorliegen, zum anderen, weil dieses Thema, wie die Praxis zeigt, längst nicht die Brisanz erhält, wie das einer Vorschalt- oder Abweisambulanz.

Obwohl uns, wie erwähnt, ambulante Behandlungen untersagt waren, gab und gibt es immer wieder Patienten, bei denen es nicht oder bei Beendigung der stationären Behandlung noch nicht vertretbar ist, sie aus der gewachsenen therapeutischen Beziehung zu entlassen. Es sind die Kranken, die mit dem gleichzeitigen Milieu- und Therapeutenwechsel nicht fertigwerden, es sind die Patienten, aber auch deren Angehörige oder engste Bezugspersonen, welche, sei es vorübergehend oder auch längerfristig, nur zur weiteren Mitarbeit bei ihrem

Therapeuten in der Klinik motiviert werden können, oder anders ausgedrückt, es sind die Kranken, die, zurücküberwiesen zu ihrem Haus- oder Nervenarzt, bei diesem nie ankommen, die unversorgt bleiben, die alleingelassen sind, nicht nur in der medizinischen Behandlung ihrer Erkrankung, sondern vor allem in der Bewältigung psychosozialer Konflikte des Wiedereingliederungsprozesses nach der Entlassung.

Ausdrücklich sind hier nicht angesprochen die Beratungen, welche im Rahmen der traditionellen Außenfürsorge oder im Zuge der vorbeugenden und nachgehenden Hilfen nach dem Unterbringungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen für Gesundheitsämter unseres Aufnahmebezirks erfolgen, und die zusätzlich in zum Teil recht großem Umfang durchgeführt werden. Ausgeklammert sind auch die extramuralen Kriseninterventionen sowie die Aktivitäten in der Begleitung von Wohngemeinschaften und in der Betreuung von Heimen. Es geht hier also ausschließlich um direkt im Haus erbrachte ambulante Leistungen.

Da jeder im therapeutisch-sozialen Bereich tätige Mitarbeiter der Klinik mit seinen stationären Aufgaben ohnehin überlastet ist, kann davon ausgegangen werden, daß sich ambulante Nachbehandlungen auf das dringend notwendige Maß beschränken. Daß diese Zahl der aus unserer therapeutischen Verantwortung heraus unumgänglich erforderlichen nachstationären Interventionen selbst bei sehr strenger Indikationsstellung relativ hoch ist, mag nur den Unkundigen überraschen, ist dem Insider aber aus seiner Alltagserfahrung nur zu bekannt. Wir haben, obwohl bisher ohne Erlaubnis zur Ambulanz und damit auch ohne eine zentrale Dokumentation dieser Tätigkeit, im 3. Quartal 1979 versucht, einmal aufzulisten, was wir an ambulanten Leistungen in der Nachbehandlung erbringen. Ohne daß ein Anspruch auf vollständige Erfassung erhoben werden könnte, ergaben sich innerhalb der drei Monate rund 800 Patientenkontakte, ganz überwiegend mit rückfallgefährdeten Psychotikern. Schlüsselte man die Leistungen auf, dann standen im Vordergrund relativ zeitaufwendige Maßnahmen wie therapeutische Gespräche und gezielte, oft die Familie mit einbeziehende Psychotherapien. Erst in weitem Abstand folgte als zweite große Position die Injektionsbehandlung mit Depot-Neuroleptika. Wir haben auch einmal umgerechnet, welche Einnahmen der Klinik durch die bis jetzt fehlende Erlaubnis zur Ambulanz verlorengegangen sind. Die Beträge, so bescheiden sie unter den gegebenen Umständen auch bleiben mußten, hätten immerhin ausgereicht, einen Sozialarbeiter zu bezahlen. Wichtiger erscheint mir aber die Feststellung, eine stationäre Psychiatrie, die verantwortungsbewußt arbeitet, kann und wird auf ambulante Nachbehandlung nicht verzichten können. Weil dies so ist, sollte die Ambulanz endlich an allen Landeskliniken aus der zwar allen bekannten, aber zum Teil mißtrauisch beäugten oder nur widerwillig geduldeten Grauzone in die Legalität überführt und offensiv als integraler Bestandteil stationärer psychiatrischer Behandlung vertreten werden.

Eine ganz andere, viel dramatischere Entwicklung als in der Nachbehandlung haben seit 1979 die Aktivitäten im Vorfeld der stationären Therapie an der Lan-

desklinik Düren genommen. Reißerisch aufgemachte Schlagzeilen in der Presse, Informationsbroschüren und Rundbriefe von Mitarbeitern haben sich dabei für eine sachbezogene Arbeit als nicht immer hilfreich erwiesen, haben aber allen Beteiligten den bestehenden Grundkonflikt überdeutlich gemacht.

Ausgangspunkt war die Schließung der Rheinischen Landeslinik Pulheim-Brauweiler Anfang 1978. Über Nacht wurde der Landeslinik Düren zusätzlich aber ohne irgendwelche weitergehenden materiellen oder personellen Ressourcen, die Versorgung von zwei Kölner Stadtbezirken mit rund 250.000 Einwohnern, also praktisch einem ganzen Standardversorgungsgebiet übertragen - zudem einer Region, zu deren therapeutischen, beratenden und sozialen Diensten keine Verbindungen bestanden und aus der bei einem hohen Defizit an Heimplätzen sekundäre Fehlplacierungen zu erwarten waren, was sich auch prompt bestätigte. Dies mußte sehr rasch zur Überflutung aller Stationen zum Zusammenbruch mühsam aufgebauter Behandlungsprogramme, zur Auflösung gewachsener Therapiestrukturen in fast allen Klinikbereichen führen. Dem lautstarken einhelligen Protest aller Mitarbeiter folgte im März 1979 die Zustimmung des Klinikträgers und seiner parlamentarischen Vertretung, die stationären Aufnahmen in besonders überlasteten Stationen drastisch einzuschränken. Über diesen sogenannten Aufnahmestop ist anderen Orts schon soviel gesagt und geschrieben worden*), daß ich hier nicht mehr darauf eingehen will. Was wir daraus gelernt haben, möchte ich in fünf Punkten zusammenfassen:

1. Bei vielen Patienten, die zur stationären Behandlung eingewiesen wurden, aber nicht aufgenommen werden konnten, erwies sich im Nachhinein, daß stationärer Aufenthalt nicht notwendig war. Diese Kranken waren dankbar, daß ihnen die Psychiatrisierung erspart geblieben war.
2. Die Grundauffassung, unter der wir alle in den letzten Jahrzehnten gearbeitet hatten, nämlich die psychiatrischen Landeskrankenhäuser hätten unbeschadet ihrer Leistungsfähigkeit eine Aufnahmepflicht, hat sich in der bestehenden Konfliktsituation zwischen Aufnahme und Abweisung als nicht haltbar erwiesen. Sie ist unzutreffend. Es gibt hierfür keine Rechtsgrundlage, wobei einzuschränken ist, daß diese Aussage bei Zwangseinweisungen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder durchaus einer Differenzierung bedarf und daß natürlich die Situation bei straf richterlich Untergebrachten eine andere ist. Im übrigen aber, das ist unsere konkrete Erfahrung, tut jedes öffentliche psychiatrische Krankenhaus gut daran, sich so einzustellen wie alle anderen Krankenhäuser, nämlich sich bei den Aufnahmen an seiner Leistungsfähigkeit zu orientieren. So wie die psychiatrischen Landeskrankenhäuser von sich aus nicht den Anspruch auf Allzuständigkeit erheben sollten, so wenig sollten sie sich diese von außen aufzwingen lassen.

*) H. Koester: In „Wege zu einer neuen Psychiatrie“, Protokoll einer Tagung der Humanistischen Union 1979, S. 27-28; ders. in „Vorgänge“, Heft Nr. 1, Februar 1980, S. 83-85; „Pressemitteilung derDGSP“ vom Mai 1979.

3. Es gibt gar nicht so selten positive Rückmeldungen der behandelnden Haus- und Nervenärzte über die Erfahrung, daß sie mit ihren Patienten konstruktiver und fruchtbarer zusammenarbeiten können dadurch, daß eine stationäre Behandlung vom Vorschaltdienst der Klinik abgelehnt werden mußte.
4. Nicht häufiger, aber wesentlich vernehmlicher sind Proteste und Unmutsäußerungen niedergelassener Kollegen, die ihre Patienten nicht unterbringen konnten, wobei wir sehr bald zu differenzieren gelernt haben zwischen unterschiedlichen Ausgangssituationen. Meist ist es die berechtigte und verständliche Sorge des Kollegen, für seinen Patienten keinen stationären Behandlungsplatz zu finden. Hier ist es nicht schwer, sehr bald zu einer vernünftigen, verständigen und engen Kooperation zusammenzufinden. Aber vereinzelt ist wohl auch narzißtische Kränkung mit im Spiel, aus der sicher unrichtigen Annahme heraus, daß mit der Abweisung einer Aufnahme von Klinikärzten Zweifel an der fachlichen Kompetenz des niedergelassenen Kollegen zum Ausdruck gebracht würde. Letztlich zeigt die Erfahrung auch noch, daß einzelne Kollegen einfach vorschnell ihre Patienten in die Klinik abschieben, ohne ihre eigenen Behandlungsmöglichkeiten und die weniger eingreifenden flankierenden Hilfen in der Region ausgeschöpft zu haben.
5. Wie einige wenige niedergelassene Ärzte neigen auch Allgemeinkrankenhäuser, ebenso aber auch Universitäts-Nervenkliniken dazu, sich störender, unbequemer und schwieriger Patienten zu entledigen, immer unter dem Motto: die Landeslinik hat ja Aufnahmepflicht. Es sind dabei nicht die Chefs, die sich sehr viel verständnisvoller zeigen oder die älteren Kollegen, welche so überheblich verfahren, es sind - wenn ich es recht sehe - meist die Unerfahrensten und Jüngsten. Wie wir hier zum Wohle unserer Kranken unter Kollegen miteinander umgehen, bedarf wohl noch viel gemeinsamer Anstrengung.

Meine Ausführungen machen deutlich, daß wir bei dem Aufnahmestopp eine der sachlichen Zusammenarbeit durchaus hinderliche Emotionalisierung und eine Besetzung mit Verdrossenheit, Anklage und Resignation signalisierenden Affekten sowohl auf der Seite der niedergelassenen Kollegen als auch bei Klinikärzten hinnehmen mußten. Der schlichte und lapidare Aufnahmestopp ließ sich daher so einfach ohne Variation nicht fortführen. Da aber die Überlastung der Klinik weiterbesteht und wir uns daher, um unseren Aufgaben gerecht zu werden, gar nicht wesentlich anders einstellen konnten, sind wir zu einem anderen Verfahren übergegangen. Abschließend sei kurz dargelegt, wie wir heute im Vorfeld unserer Klinik die kontinuierlich steigende Zahl der Einweisungen so zu bewältigen versuchen, daß für die wirklich Behandlungsbedürftigen noch ein Therapieplatz garantiert werden kann.

Wir leisten uns den - gegenüber den Kostenträgern im Grunde unzulässigen, für die Personalausstattung eines psychiatrischen Landeskrankenhauses scheinbar üppigen - Luxus, zwei jüngere Fachärzte bzw. schon in der Psych-

iatrie erfahrene Kollegen ganz aus dem Stationsdienst herauszuziehen, sie während des Tages von 8.00 bis 16.00 Uhr konstant für den Aufnahmedienst zur Verfügung zu haben und ihnen noch einen täglich wechselnden leitenden Bereitschaftsarzt zur Seite zu stellen; sowie zusätzlich seit kurzem einen Zivildienstleistenden für die Dokumentation und die Vervollständigung des immer umfangreicher werdenden Adressbuches aller flankierenden Hilfsangebote unserer Region. Sozialarbeiter haben wir aus dem Stationsdienst nicht abgezogen. Wir holen vielmehr im Bedarfsfall Sozialarbeiter aus der Allgemeinpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie oder der Suchtklinik mit ihren Spezialkenntnissen und -erfahrungen hinzu.

Einige Zahlen mögen die sehr erfolgreiche Arbeit des Vorschaltteams belegen, wobei gleich anzumerken ist, daß es natürlich mit den Gegebenheiten unserer Klinik vertraute Patienten gibt, welche nicht ohne Erfolg versuchen, nachts und am Wochenende die Screening-Funktion des Vorschaltdienstes zu unterlaufen. Ziel muß es daher natürlich bleiben, die dichte Besetzung durchgehend sicherstellen zu können. Zuviel darf man sich davon aber nicht erwarten. Weist man Patienten ab, dann muß man andere Hilfen anbieten, und das ist außerhalb der üblichen Dienstzeiten noch schwieriger als sonst. Nachts und am Wochenende wird man also immer die Eingangsschwelle niedriger halten müssen.

In der Zeit von Mitte Januar bis Ende April 1980, also innerhalb von dreieinhalb Monaten, wurden durch den Vorschaltdienst 198 Patienten aufgenommen, das sind nur 57 % der uns während des Tagesdienstes zugewiesenen Kranken. Bei 150 oder 43 % wurde die Aufnahme abgelehnt. Untersucht man die Krankheitsgruppen näher, dann kam es in der Allgemeinpsychiatrie zu 54 % Abweisungen; in der Gerontopsychiatrie konnten sogar 59 % primäre Fehlplacierungen vermieden werden. Am schwierigsten erwies es sich, Suchtkranke nicht aufzunehmen. Weniger aus medizinisch-ärztlichen Gründen, als vielmehr wegen völliger sozialer Desintegration konnten nur 22 % abgewiesen werden.

Ein weiterer Vorzug der Intensivierung des ärztlichen Vorschaltdienstes sei noch kurz angeführt: Aufgrund der genauen Durchuntersuchung vor der stationären Aufnahme konnte 41 der 198 Patienten erspart bleiben, daß sie die geschlossenen Aufnahmestationen durchlaufen mußten. Sie konnten vielmehr direkt oder nach Terminvereinbarung einige Tage später auf die für sie am besten geeignete Therapiestation unmittelbar aufgenommen werden.

Daß jede Ablehnung einer Klinikaufnahme erst nach eingehender Untersuchung, genauer Prüfung, sorgfältiger Abwägung aller erkennbaren Gesichtspunkte, soweit durchführbar nach Rücksprache mit den Angehörigen und den einweisenden Instanzen erfolgte, bedarf im Grunde genommen keiner besonderen Erwähnung. Vor allem kam und kommt es uns aber immer darauf an, Patienten nicht einfach abzuweisen, sondern möglichst alternative Hilfen zu empfehlen. Hier konkrete Kontakte zu knüpfen und angemessene Hilfsangebote zu machen, war und ist am leichtesten bei Patienten aus unmittelbarer und näherer Umgebung der Klinik. Mit größerer Entfernung, insbesondere bei Pa-

tienten aus den Großstädten Köln und Aachen, verschlechtern sich die Chancen. Je weiter die einweisende Stelle von der Klinik entfernt war, desto größer ist auch noch die Unsitte, Patienten einfach unangekündigt zur Klinik zu schicken. In dieser Hinsicht bahnt sich aber durch die sich entwickelnden intensiveren Verbindungen zwischen Klinikärzten und den einweisenden Kollegen eine Besserung ab.

Auch vom juristischen Einweisungsmodus lassen wir uns nicht beeinflussen, sondern orientieren uns ausschließlich an der Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit. So sind es immerhin 30 % der Abgewiesenen, welche auf einer anderen Rechtsgrundlage als der der Freiwilligkeit Aufnahme finden sollten. Von den 150 Patienten, die nicht aufgenommen werden konnten, waren 38 zwangseingewiesen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen. Jeder mit den Alltagsrealitäten Vertraute weiß um das Konfliktpotential, welches in solchen Entscheidungen liegt. Ich will nicht verhehlen, daß es unter diesen Bedingungen mir durchaus nachvollziehbare Positionen von Mitarbeitern gibt, die nicht zu Unrecht feststellen, daß nur mit unserer Bereitschaft zu kontrolliertem und vertretbarem Risiko in einer rechtlich noch nicht abgesicherten Abweisambulanz die Funktionstüchtigkeit der Institution erhalten wird, daß deren Insuffizienz aber allen Verantwortlichen und der Öffentlichkeit längst offenkundig geworden wäre, wenn wir die Eingangsbarrieren in die Klinik durch unseren Vorschaltdienst nicht so hoch angelegt hätten. Ich habe bisher aber immer noch Verständnis finden können für die Argumentation, daß wir verpflichtet sind, alles zu tun für eine angemessene Therapie der wirklich stationär Behandlungsbedürftigen. Dies geht nicht ohne ambulante Dienste. Ambulanz hat sich in unserer Situation, selbst in dem geschilderten bescheidenen Rahmen, als der wirksamste Teil der Psychiatriereform erwiesen.

Kriseninterventionszentrum im Krankenhaus Am Urban, Berlin-Kreuzberg

J. H. A. Götte und U. Saleh

Erster Teil

I. Äußerer Rahmen

Das Kriseninterventionszentrum, von dessen Arbeit Frau Saleh und ich heute berichten, ist Bestandteil der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Am Urban in Berlin-Kreuzberg, einem Allgemeinkrankenhaus. Die Abteilung besteht aus je zwei Stationen für Sucht- sowie für allgemeinpsychiatrisch Kranke und einer Station für chronisch Kranke. Mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst wird ein gemeinsamer Patientenclub betrieben.

In Kreuzberg, einem Arbeiterbezirk, leben etwa 145.000 Menschen; der Ausländeranteil (vorwiegend türkischer Herkunft) beträgt rd. ein Viertel.

Es ist unser erklärtes Ziel, die psychiatrische Vollversorgung i. S. einer gemeindenah-sektorierten Psychiatrie in Kreuzberg zu verwirklichen, als erstem Bezirk in Berlin. In der hierzu notwendigen therapeutischen Kette nimmt das vor 3¹/₂ Jahren eingerichtete Kriseninterventionszentrum (KIVZ) institutionell zwar eine Mittelstellung ein zwischen stationärer und ambulanter Therapie, faktisch aber gleicht die Arbeit mehr der einer Ambulanz als der einer Station: Denn zum einen handelt es sich hier um eine kurzfristig-stationäre Therapie, und zum ändern nimmt der Anteil der ambulant Betreuten seit 1978 kontinuierlich zu. Die Möglichkeit zur kostentechnischen Abrechnung dieser zusätzlichen ambulanten Leistungen wurde uns allerdings bisher von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht eingeräumt.

II. Indikationen zur Aufnahme

Der Begriff „Krise“ läßt sich kaum allgemeinverbindlich definieren. Jedenfalls stellt eine Krise eine schwierige und gefährliche, auch als ausweglos empfundene Situation dar, durch die ein Mensch in eine hilflose und zugleich hilfeschende Rolle geraten kann. Der Ausgang einer Krise ist immer ungewiß. Stabilisierung und Reifung sind ebenso möglich wie Zusammenbruch und Scheitern.

Wir arbeiten mit einem pragmatischen Krisen-Begriff. Wir sprechen - unabhängig von der jeweiligen psychiatrischen Diagnose - von einer Krise, wenn wir nach der ersten Kontaktaufnahme mit dem Patienten meinen, daß zu dessen Stabilisierung eine ambulante Betreuung oder ein kurzer stationärer Aufenthalt

- nicht länger als eine Woche - ausreicht. Empirisch läßt sich folgendes Indikationsspektrum nennen:

1. Abnorme Erlebnisreaktionen auf situative Belastungen (überwiegend Suicidversuche) als Hauptindikation,
2. Sucht-Erkrankungen mit suicidaler Gefährdung,
3. andere psychische Leiden einschließlich Exacerbationen psychotischer Phänomene und
4. unklare psychopathologische Syndrome.

Als relative Kontraindikationen betrachten wir Erkrankungen von Patienten, die erkennbar einer längerfristigen stationären psychiatrischen Therapie bedürfen, sowie nicht suicidale Patienten mit einer Sucht-Problematik.

Die Aufnahme von Patienten mit quantitativer Bewußtseinsstörung ist für das KIVZ absolut kontraindiziert.

///. Empirische Daten

1. Die Tabelle 1 zeigt Anzahl, Alters- und Geschlechtsverteilung der in den Jahren 1977-79 (einschließlich) im KIVZ behandelten Patienten. Insgesamt waren es 1.401, im einzelnen 1977: 501, 1978: 478 und 1979: 422.

Diese Abnahme der stationär versorgten Patienten geht mit einer kontinuierlichen Zunahme der Zahl zusätzlich ambulant betreuter Patienten seit 1978 einher: 1978 waren es rd. 270 (= 57 % der Gesamt-Aufnahmen) und 1979 bereits 388 (= 92 % der Gesamt-Aufnahmen). Die Tabelle 1 zeigt auch, daß der Anteil der weiblichen Patienten gleichbleibend deutlich überwiegt (durchschnittlich 60,9 %).

2. Die Tabelle 2 dokumentiert den sozialen Status der Patienten im Dreijahreszeitraum. Besonderes Augenmerk ist der gleichbleibend hohen Arbeitslosenquote von rd. einem Viertel der Gesamt-Aufnahmen zu widmen (26 %), wobei die arbeitslosen Frauen 11 % und die arbeitslosen Männer 15 % der Gesamt-Aufnahmen ausmachen. Wie ersichtlich, ist jeder zweite Patient des KIVZ Arbeiter.
3. Als Gründe für die Manifestation der Krise bzw. für die Durchführung des Suicidversuchs werden (gleichbleibend) überwiegend Partnerschaftsprobleme - meist Trennungssituationen - angegeben, wie die Tabelle 3 beispielhaft für das Jahr 1978 zeigt. An zweiter Stelle wird eine Sucht-Problematik, weit überwiegend Alkoholabhängigkeit, genannt. Zwischen den beiden Gruppen „Suicidversucher“ und „Patienten ohne Suicidversuch“ lassen sich hierbei deutliche Differenzierungen treffen. Bei der ersten Gruppe überwiegen die Partnerschaftsprobleme mit 53 % deutlich, bei der zweiten werden sie erheblich weniger häufig genannt (33 %); umgekehrt verhält es sich bei den Rubriken Sucht-Problematik sowie erlebnisreaktive Ängste etc. - die Interpretation dieses Teil-Ergebnisses kann interessante Schlüsse zulassen, die aber im Rahmen dieses Referats unterbleiben müssen.

Der Tabelle 3 läßt sich auch entnehmen, daß 1978 über die Hälfte der Patienten - 52,5 % - nach einem Suicidversuch aufgenommen wurde. Dies entspricht den Erfahrungen der übrigen Jahre.

4. Unter Berücksichtigung psychiatrisch-diagnostischer Kategorien läßt sich folgendes festhalten:

- a) Bei rd. 55 % der Patienten des KIVZ liegen abnorme Erlebnisreaktionen auf situative Belastungen (überwiegend mit Suicidversuch) und/oder Neurosen bzw. Persönlichkeitsstörungen (überwiegend ohne Suicidversuch) vor;
- b) bei rd. 35 % Süchte, insbesondere Alkoholabhängigkeiten mit den daraus resultierenden sozialen und psychischen Problemen;
- c) bei 6 bis 8 % endogene Psychosen und
- d) bei 2 bis 4 % organische Psychosyndrome.

5. Rund 95 % der Patienten wurden nicht länger als sieben Tage im KIVZ behandelt (zwischen wenigen Stunden bis zu ausnahmsweise 14 Tagen), Die durchschnittliche Verweildauer lag

1977 bei 4,1 Tagen,

1978 bei 4,6 Tagen und

1979 bei 4,7 Tagen.

6. Nach diesen durchschnittlich 4 bis 5 Tagen werden rd. 70 % der Patienten nach Hause entlassen, meist unter Empfehlung/Vermittlung einer ambulanten Weiterbetreuung / behandlung.

Die verbleibenden Patienten werden, wie die Tabelle 4 am Beispiel des Jahres 1977 zeigt, in über 85 % der Fälle im eigenen Krankenhaus weiterbehandelt. Nur bei wenigen Ausnahmen (1977: 0,8 % der Gesamt-Aufnahmen) mußte bisher die Unterbringung eines einzelnen Patienten gegen dessen Willen nach dem Unterbringungsgesetz vorgenommen werden.

IM. Katamnestische Daten zur Erfolgsbeurteilung

An einer katamnestischen Untersuchung beteiligten sich 139 von 492 Personen, die in der Zeit vom 1. 5. 1977 bis zum 31. 5.1978 Patienten im KIVZ waren. Deren Angaben zufolge suchten nach der Entlassung aus dem KIVZ auf: rd. 21 % den Hausarzt, rd. 17 % eine psychosoziale Beratungsstelle bzw. Selbsthilfegruppe, rd. 9 % den Sozialpsychiatrischen Dienst, rd. 6 % einen Psychotherapeuten und rd. 2 % die Familienfürsorge bzw. das Jugendamt; rd. 21 % suchten keine weitere Beratung bzw. Behandlung auf (Rest ohne verwertbare Angaben).

Daß die Dauer der Teilnahme an einer ambulanten Nachbehandlung kurz sein muß, läßt sich daraus schließen, daß sich zur Zeit der Katamneseerhebung nur noch 10 % der Befragten in Betreuung/Behandlung befanden. Andererseits

Tab. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten des Kriseninterventionszentrums im Krankenhaus
Am Urban, Berlin-Kreuzberg
(1977 – 1979 einschließlich)

Jahre	Weiblich (W)						Männlich (M)						W plus M			
	1977		1978		1979		1977		1978		1979		1977 – 1979		1977 – 1979	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
bis 20	64	11,4	50	11,4	46	11,4	29	4,6	13	4,6	23	4,6	65	4,6	225	16,0
21 – 30	88	20,8	103	20,8	101	20,8	71	14,0	70	14,0	55	14,0	196	14,0	488	34,8
31 – 40	79	15,1	78	15,1	55	15,1	55	12,5	63	12,5	57	12,5	175	12,5	387	27,6
41 – 50	32	6,9	35	6,9	30	6,9	23	4,9	28	4,9	18	4,9	69	4,9	166	11,8
51 – 60	26	3,9	17	3,9	11	3,9	11	2,2	9	2,2	11	2,2	31	2,2	85	6,1
61 – 70	15	2,1	7	2,1	7	2,1	2	0,6	2	0,6	4	0,6	8	0,6	37	2,7
71 – 80	3	0,4	3	0,4	0	0,4	2	0,2	0	0,2	1	0,2	3	0,2	9	0,6
81 bis	1	0,2	0	0,2	2	0,2	0	0,1	0	0,1	1	0,1	1	0,1	4	0,3
Total	308	60,9	293	60,9	252	60,9	193	39,1	185	39,1	170	39,1	548	39,1	1401	99,9

Tab. 2: Sozialer Status der Patienten des Kriseninterventionszentrums im Krankenhaus Am Urban, Berlin-Kreuzberg (1977 - 1979 einschl.)

Sozialer Status	Weiblich (W)			Männlich (M)			W plus M				
	1977 n	1978 n	1979 n	1977 - 1979 %	1977 n	1978 n	1979 n	1977 - 1979			
								n	%		
Arbeiter(in)	49	49	31	10,3	38	55	39	132	10,5	261	20,8
Arbeitslose(r) Arb., SH-Empfänger	46	36	53	10,7	51	57	70	178	14,2	313	24,9
Angestellte(r)	73	75	63	16,8	51	24	23	98	7,8	309	24,6
Beamter/in	5	3	0	0,6	2	4	0	6	0,5	14	1,1
In Ausbildung Befindliche(r)	39	38	42	9,5	15	10	13	38	3,0	157	12,5
Hausfrau ohne Beruf (Unterschicht)	20	29	15	5,1	0	0	1	1	0,1	65	5,2
Hausfrau mit erlern. Beruf (Mittelsch.)	6	8	6	1,6	0	0	0	0	0,0	20	1,6
Selbständige(r), Freischaffende(r)	4	9	5	1,4	3	7	7	17	1,4	35	2,8
Arbeitslose(r) (Mittelsch., Akademik. o.a.)	3	4	0	0,6	2	4	1	7	0,6	14	1,1
Rentner(in)	23	15	14	4,1	5	4	7	16	1,3	68	5,4
Total	268	266	229	60,7	167	165	161	493	39,3	1256	100,0
Keine Angaben zu erhalten von	40	27	23	--	26	20	9	55	--	145*)	--

*) entspricht 10,3 % aller Patienten

Tabelle 3: Gründe (Eigenangaben der Pat.) für die Durchführung des SVs. bzw. für die Manifestation der Krise (1978)

Problematik	Suicidversucher		Pat. ohne SV.		Suicidversucher plus Pat. ohne Suicidversuch			
	weibl. n	männl. n	weibl. n	männl. n	weiblich n	männlich n	weibl. plus männl. n	%
Partnerschaft	75	58	54	20	129	78	207	44,3
Familiär	24	4	22	3	46	7	53	11,1
Arbeitsplatz, Schule, Studium	6	9	9	8	15	17	32	6,7
Wohnung	0	1	1	0	1	1	2	0,4
Todesfall von Nahestehenden	5	1	2	1	7	2	9	1,9
Erlebnisreakt., Ängste, Zwänge, Leistungsstör.	5	4	20	6	25	10	35	7,3
Körperl. Beschwerden, Krankheiten	8	5	4	4	12	9	21	4,4
Sucht	12	28	25	24	37	52	89	18,6
Keine Angaben	4	2	17	7	21	9	30	6,3
Total	139	112	154	73	293	185	478	100,0
	n = 251 ≙ 52,5 % der Gesamtaufn.		n = 227 ≙ 47,5 % der Gesamtaufn.					

Tabelle 4: Zielorte der Patientenverlegungen nach Behandlung im Kriseninterventionszentrum (1977)

Verlegungen nach		n	% (der Verleg.)	% (der Gesamt- Aufnahmen)
innerhalb des Allgemein- krankens- hauses*)	Allgemeinpsychiatrische Station	78	53,4	15,6
	Sucht-Station (Alkohol-u./o. Medikamenten-S.)	40	27,4	8,0
	Andere Abtlg., nicht- psychiatr. Station	8	5,5	1,6
	Zusammen (1)	126	86,3	25,2
außerhalb des Allgemein- krankens- hauses*)	mit Einverständnis Psychiatr. Station	12	8,3	2,4
	geg.d.Willen nach UG**) Psychiatr. Station	4	2,7	0,8
	Andere Abtlg. , nicht- psychiatr. Station	4	2,7	0,8
	Zusammen (2)	20	13,7	4,0
Total (1 plus 2)		146	100,0	29,2

*) Krankenhaus Am Urban, Berlin-Kreuzberg

**)Unterbringungsgesetz

hielten Dreiviertel der Befragten eine Nachbetreuung durch das KIVZ für sinnvoll; Zweidrittel gaben an, daß sie unter solchen Umständen zu weiteren Gesprächen gekommen wären,

Während die Meinungen über die Zeit der Verweildauer im KIVZ geteilt waren -38 % empfanden sie als gerade richtig terminiert, 37 % als zu kurz - gaben 60 % an, ihren Krisenzustand während des Aufenthaltes überwunden zu haben. Die Hälfte der Befragten führte diese Besserung auf intensive Gespräche

in als freundlich zugewandt erlebter Atmosphäre zurück. Die positive Beurteilung der Gesprächsführung seitens der Patienten geht auch daraus hervor, daß fast Zweidrittel der Befragten den Gesprächserfolg als „gut bis sehr gut“ einschätzten. Selbst bei denjenigen, die bereits mehrere Suicidversuche in der Vorgeschichte unternommen hatten, ließ sich eine Stabilisierung feststellen: Nur 2,4 % dieser Patienten mußten inzwischen stationär-psychiatrisch erneut aufgenommen werden, wobei in keinem Falle ein Suicidversuch als Aufnahmegrund vorlag.

Notabene: Allgemein lag die Wiederaufnahmequote im KIVZ bei rd. 8 % aller Patienten.

Ein Indiz dafür, daß auch die soziale Stabilität der Patienten nicht nur erhalten, sondern sogar zum großen Teil gestärkt wurde, könnte im katamnestic Ergebnis zu finden sein, daß weniger als 10 % der Befragten angaben, arbeitslos zu sein, während normalerweise rd. ein Viertel aller im KIVZ aufgenommenen Patienten arbeitslos ist.

Zu den Mißerfolgen:

1. Die geringste Effektivität der Behandlung im KIVZ war bei der Gruppe der Sucht-Kranken festzustellen.
2. Sechs der 492 Patienten suicidierten sich, davon drei innerhalb einer Woche nach Abschluß ihres Aufenthaltes im KIVZ. Bei zwei Männern geschah der Suicid im Alkoholrausch. Aus diagnostischer Sicht litten jeweils zwei dieser Menschen an Neurosen, an Süchten (Alkohol und Medikamenten) und an endogenen Psychosen. Alle sechs hatten sich leider vorzeitig aus dem KIVZ entfernt.

V. Schlußfolgerungen

Die geschilderten Erfahrungen können dazu ermutigen, Krisenintervention in weit größerem Maße als bisher als psychiatrisches Handlungsprinzip der Wahl anzuwenden.

Aus der steigenden Anzahl der im KIVZ ambulant betreuten Patienten, die neben der eigentlichen Arbeit quasi „schwarz“ betreut werden, und aus den Ergebnissen der Katamnese geht das Bedürfnis der Patienten nach ambulanter Beratung und ambulanter Nachbetreuung durch die Mitarbeiter des KIVZ selbst nachdrücklich hervor. Diese Arbeit wird von uns in Zukunft nur dann weiter in ausreichendem Maße geleistet werden können, wenn das KIVZ zusätzlich einen institutionellen Vertrag zur ambulanten Tätigkeit erhält.

Zweiter Teil

Das Kriseninterventionszentrum ist eine kleine Einheit von sechs Betten, die sich auf ein Einzel-, ein Zwei- und ein Dreibettzimmer verteilen. Diese und die zwei Mitarbeiterzimmer hegen innerhalb einer offenen allgemeinspsychiatrischen Station, so daß Tagesraum, Küche und sanitäre Einrichtungen mit den Patienten dieser Station gemeinsam genutzt werden. Dies führt für beide Seiten zu Belastungen; in der katamnesticen Untersuchung bemängelten 66,9 % der Patienten diese räumliche Beengtheit, die von Anfang an ein Hauptproblem darstellte und hoffentlich noch im Laufe dieses Jahres geändert werden kann.

In diesen sechs Betten werden im Monat zwischen 33 und 48 Patienten aufgenommen. Zu ihrer Betreuung stehen sechs Schwestern und Pfleger, drei Ärzte und drei Sozialarbeiterinnen zur Verfügung. Wir arbeiten alle im Schichtdienst, das Pflegepersonal in drei Schichten, die Sozialarbeiterinnen in zwei Schichten, einschließlich der Wochenenden, die Ärzte in zwei Schichten, wochentags und mit verkürzter Anwesenheit an Wochenenden; sie sind außerdem in die psychiatrisch-neurologischen Bereitschaftsdienste für Krankenhaus und Rettungsstelle einbezogen.

Gemeinsam bemühen wir uns um möglichst weitgehende Teamarbeit. Der Hauptanteil unserer Arbeit, die Gespräche mit Patienten und ihren Angehörigen, wird von allen Mitarbeitern getragen. Ein wichtiger Bestandteil in unserem Tagesablauf ist daher die tägliche, gut einstündige Teambesprechung zur Zeit des Schichtwechsels um 14 Uhr. Hier tragen alle anwesenden Kollegen zusammen, was sie über jeden einzelnen Patienten wissen, wie sie ihn einschätzen (z. B. seine Depressivität oder auch noch Suicidalität), und erörtern, welche Schritte sie weiter für wichtig und möglich halten, z. B. noch Gespräche mit bestimmten Angehörigen, z. B. noch soziale Hilfen, z. B. kurzfristige medikamentöse Hilfe, z. B. die Vorbereitung eines längeren stationären Klinikaufenthaltes. In Stichworten wird das Wichtigste davon im „Teambuch“ notiert; im übrigen werden von Mitarbeitern aller Berufsgruppen kurze Aufzeichnungen über Gespräche und andere Aktivitäten in der Krankengeschichte gemacht. Dies soll zur besseren gegenseitigen Information beitragen und zu größerer Kontinuität, da jeder Patient in der Regel mehrere Gesprächspartner im Team hat.

Der Ausbildungsstand im Team für das Führen therapeutischer Gespräche ist recht unterschiedlich. Mehrere Teammitglieder stehen in Therapieausbildung oder haben sie abgeschlossen, überwiegend in Gesprächs- oder Verhaltenstherapie. Patientengespräche, die mit zwei Teammitgliedern gemeinsam geführt und hinterher besprochen werden, und auch die Teambesprechung ermöglichen ein Stück gegenseitiger Supervision der Gesprächsführung.

Bei den übrigen Arbeiten gibt es bestimmte berufsbezogene Schwerpunkte, doch sind auch hier die Übergänge oft fließend. Da wir alle, außer bei einigen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten, nicht im weißen Kittel, sondern in Zivil arbeiten, sind wir für die Patienten oft kaum zu unterscheiden; sie nennen uns

insgesamt „ihre Therapeuten“. Die für uns selbst immer wieder aus den verschwimmenden Rollengrenzen entstehenden Probleme versuchen wir möglichst offen zu diskutieren.

Unsere Patienten kommen zum Teil über die Rettungsstelle bzw. die Nachtaufnahmestation im Urbankrankenhaus; im Zeitraum der katamnestischen Untersuchung (Mai 1977 bis Mai 1978) waren dies 53,2 %. Damals kamen 22,3 % als Verlegung aus einem anderen Krankenhaus oder durch Vermittlung eines niedergelassenen Arztes oder der Telefonseelsorge, 20,1 % wandten sich selbst direkt ans Kriseninterventionszentrum, zum Teil veranlaßt von Bekannten. Die beiden letztgenannten Gruppen haben in der Zwischenzeit noch zugenommen durch die größere Bekanntheit des Kriseninterventionszentrums, unter anderem durch entlassene Patienten, durch zur Nachbetreuung angesprochene Stellen und Gruppen, auch durch Veröffentlichungen.

Für die meisten Patienten stellen die Gespräche den Hauptteil der Therapie dar. Mit ihnen finden möglichst täglich, gegebenenfalls auch mehrmals täglich, konfliktzentrierte Einzelgespräche mit einem oder zwei Mitarbeitern statt. Dazu kommen, je nach Problemschwerpunkt, z. B. Gespräche gemeinsam mit dem Partner oder anderen wichtigen Angehörigen (also Kindern, Eltern, Arbeitskollegen usw.), nach Möglichkeit mit zwei Teammitgliedern zusammen.

Seit knapp einem Jahr bestehen auf Wunsch von Patienten zwei tägliche Gruppengespräche als fester Rahmen, an denen die Teilnahme zwar freiwillig, von uns aber doch sehr erwünscht ist. Die „Morgengruppe“ von 9 bis 10 Uhr soll jedem die Möglichkeit geben, über seine Probleme zu sprechen und/oder auf die der anderen einzugehen. Ein Ziel ist dabei auch das gegenseitige Kennenlernen der Patienten, das Gespräche zwischen ihnen erleichtern soll, deren therapeutischer Wert, im Sinne von Erfahrungsaustausch und Selbsthilfe, oft ganz erheblich ist. In der „Abendgruppe“ um 19 Uhr, die kürzer ist, soll jeder kurz berichten, wie es ihm tagsüber erging, was er erlebte, eventuell für sich erreichte, wie er sich fühlt und ob er abends noch ein Gespräch wünscht.

Der übrige Tagesablauf ist, bis auf die Mahlzeiten, nicht fest strukturiert und läßt außerhalb der Gespräche viel freie Zeit, die manchen sehr willkommen ist, zur Ruhe oder zur eigenen Auseinandersetzung mit ihrer Situation, auch zur Regelung praktischer Angelegenheiten, die von anderen aber auch beklagt wird, weil sie sie nur schwer füllen können. Als Angebote stehen außer dem kleinen Krankenhauspark eine Tischtennisplatte und im Tagesraum Radio, Fernsehen, einige Spiele und Bücher zur Verfügung. Eine Teilnahme an der Beschäftigungstherapie für die psychiatrischen Stationen ist nur in Ausnahmefällen möglich.

Wenn es notwendig erscheint, werden Patienten von einem Teammitglied (meist Sozialarbeiter, aber auch Pflegepersonal) in ihre Wohnung oder zu Ämtern, Vermietern, Rechtsanwälten, zur Ausländerpolizei usw. begleitet, gelegentlich auch zu ersten Kontaktaufnahmen mit ambulanten Beratungsstellen, Wohngemeinschaften, Vorgesprächen auf anderen therapeutischen Stationen.

Vor der Entlassung wird im Team überlegt und mit dem Patienten besprochen, ob und welche Art nachgehender Therapie, Beratung oder Kontaktmöglichkeit er braucht und wünscht. Im Laufe der Zeit haben wir eine Vielzahl von Adressen gesammelt von psychotherapeutischen Einrichtungen, aber auch von Kontakt- und Selbsthilfegruppen, unter anderem für Frauen, für Ausländer, für Alleinlebende, für Homosexuelle, für Suchtkranke, für Ältere usw. Manche davon konnten wir schon persönlich kennenlernen und sind ständig bemüht, weitere Kontakte herzustellen und neue Adressen ausfindig zu machen. Wieviele der Patienten sich tatsächlich an eine ihnen empfohlene Stelle oder Gruppe wenden, ist uns allerdings noch nicht bekannt.

Ein Teil der entlassenen Patienten wendet sich früher oder später wegen des gleichen oder eines neuen Problems erneut an uns oder bringt Angehörige oder Bekannte in deren Krisensituationen mit uns in Verbindung. Es gibt auch Leute, die unsere Adresse von Ärzten oder Beratungsstellen erhielten oder in Veröffentlichungen, z. B. im Berliner „Stadtbuch“ fanden. Beide Gruppen kommen in Krisensituationen ins Kriseninterventionszentrum oder rufen uns hilfesuchend an. Oft genügt ein längeres Gespräch und eventuell das Angebot zu einem weiteren, um eine akute Krise zu entschärfen, so daß keine stationäre Aufnahme erforderlich wird. Solche Gespräche häufen sich zu Zeiten, wo andere Stellen nicht erreichbar sind, also nachts, an Wochenenden und Feiertagen. Die Zahl dieser sogenannten „Stuhlpatienten“ übersteigt in letzter Zeit immer wieder die der stationär aufgenommenen. Sie übersteigt damit eigentlich auch die Kapazität des Teams, dessen Zeit für die stationären Patienten dadurch vermindert wird. Es wäre daher unbedingt notwendig, für diese ambulante und teilweise präventive Arbeit zusätzlich Personal einzustellen. Zur Finanzierung wäre es wichtig, ähnlich wie in Holland, eine Kostenregelung für die „Stuhlpatienten“ zur Abrechnung mit den Krankenkassen zu schaffen.

Zum Schluß noch ein paar Hinweise auf Schwierigkeiten bei unserer Arbeit:

Alle im Kriseninterventionszentrum arbeitenden Kollegen erleben es früher oder später als Belastung, daß die Patienten nach so kurzer Zeit entlassen werden und häufig wechseln, wobei selten ihre weitere Entwicklung zu verfolgen ist - und wenn, dann überwiegend bei negativem Verlauf. Das ständige intensive Eingehen auf große Verzweiflung und Ängste erleben wir nur selten als von einer nachhaltigen Besserung belohnt.

Ein anderer Punkt: die Teamarbeit einer einzelnen kleinen Einheit inmitten doch recht „konservativ“ geführter Stationen erfährt immer wieder Ablehnung, stößt vor allem im Bereich des Pflegepersonals ständig wieder an hierarchische Grenzen. Kontrolle von außen führt dann auch innerhalb des Teams zu Ärger und Mißtrauen und kann Eigenverantwortlichkeit lähmen.

3. Ambulante psychiatrische Dienste in der Gemeinde

Die Rolle des psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes im Rahmen ambulanter Dienste

K. Behrends

1. Vorbemerkungen

Spätestens mit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete der Sachverständigen-Kommission im Jahre 1975 war auch in der BRD davon auszugehen, daß eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im wesentlichen über einen Ausbau ambulanter Dienste erfolgen müßte. Im übrigen hatten bereits ausländische Erfahrungen Jahre vorher die Vorteile und Probleme in diesem Versorgungsbereich aufgezeigt. Zwischenzeitlich liegen eine Reihe von Untersuchungen über die Arbeitsweise und Möglichkeiten der Community Mental Health Centers in den USA¹⁾, über die Versorgungsmöglichkeiten durch sektorbezogene Teams in Frankreich²⁾ und auch über die Arbeitsweisen von Krisenteams in Großbritannien³⁾ sowie auch Studien über die Möglichkeiten eines staatlichen Gesundheitsdienstes in den Niederlanden⁴⁾ vor.

Die in der Folge, das heißt in den letzten fünf bis sechs Jahren, zu beobachtende Verlagerung von Versorgungsaufgaben vom intramuralen-stationären Bereich in den extramural-ambulanten Bereich der Kommune kam im wesentlichen durch eine schnelle Reduzierung von Krankenhausbetten, so beispielsweise in den Landeskrankenhäusern des Rheinlandes, durch kürzere Verweildauer, durch den Ausbau von psychiatrischen Polikliniken und durch die Entwicklung psychopharmakologischer Langzeittherapie zustande. Daneben etablierten sich auch zunehmend Tageskliniken, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und andere Einrichtungen, zudem ließen sich immer mehr nichtärztliche Psychotherapeuten nieder, an die Patienten von Ärzten delegiert werden.

Damit verbunden war eine grundsätzliche Neuorientierung, nämlich die Erkenntnis des notwendigen Ausbaues gemeindepsychiatrischer Dienste.

2. Der Ausbau ambulanter Versorgungseinrichtungen

Der Ausbau ambulanter Versorgungseinrichtungen hielt jedoch mit der schnellen Entwicklung in den Kliniken nicht mit. Neue Versorgungsstrategien - die Schaffung von Koordinierungsstellen - wurden erforderlich, so insbesondere bei der gleichzeitigen Beteiligung mehrerer Dienste an einem Versorgungsfall. Erste Fallstudien zeigten - nach anfänglicher Euphorie - auch bereits die Nachteile einer solchen Entwicklung, z. B. das Problem des sogenannten „deinstitutionalisierten Kranken“, des chronisch ambulanten Kranken, der sich effizienter Betreuung wirksam entzieht, die empfohlene nachbehandelnde Arzt-

praxis nicht anläuft und in der Kommune untergeht. Eine verbindliche Regelung der Verantwortlichkeit über die Nachsorge solcher Patiententypen besteht zwar in Form gesetzlicher Anweisungen, so z. B. im Psych-Kg (s. u.), wirksam umgesetzt findet sie sich jedoch meines Wissens nur an wenigen Stellen.

3. Psychiatrische Dienste des Gesundheitsamtes

Für den psychiatrischen Dienst einer Großstadt wie Düsseldorf (n - 600.000 Einwohner), über den im folgenden berichtet wird, gilt, daß derselbe mit der Entwicklung erforderlicher Vor- und Nachsorgedienste im Vergleich zur Krankenhausreform nicht Schritt halten konnte. So reduzierte das zuständige Landeskrankenhaus beispielsweise im Verlauf weniger Jahre die Bettenanzahl von ursprünglich n = 1.400 auf 950, ohne daß gleichzeitig andere Einrichtungen geschaffen wurden.

Das Nachsorgeproblem wurde besonders dadurch akut, indem bei Fehlen ausreichender Versorgungsmöglichkeiten in der Stadt die Außenfürsorgetätigkeit durch dieses Krankenhaus plötzlich eingestellt wurde. Die Folge war, daß die häufig schnell entlassenen und hinsichtlich ihrer Krankheitssymptomatik nicht entaktualisierten Patienten versorgungsmäßig nicht aufgefangen werden konnten. Ambulante Behandlungsalternativen konnten nur für wenige Patienten angeboten werden. Es fehlen z. Zt. ausreichende ambulante Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere für solche Patienten, die in Krisensituationen vom Dienst erfaßt, aber nicht als stationär behandlungsbedürftig identifiziert wurden. Es fehlt der Bereitschaftsdienst rund um die Uhr, speziell an Wochenenden und an Feiertagen mangels Interesses von über 70 Nervenärzten und Psychotherapeuten dieser Stadt.

4. Spezielle Aufgaben eines psychiatrischen Dienstes

Welche Ansätze seitens eines sozialpsychiatrischen Dienstes eines Gesundheitsamtes sind nun möglich?

Folgende Fragestellungen sollten diskutiert werden:

1. Was soll bzw. kann ein psychiatrischer Dienst eines Gesundheitsamtes überhaupt tun?
2. Welche Patientengruppen und welches Versorgungsfeld kann er in welchem Anteil mitversorgen?
3. Wie kann ein solcher Dienst in die Gesamtversorgung einer Großstadt integriert werden?
4. Wie hoch ist der personelle und finanzielle Aufwand eines solchen Dienstes?

Zu 1:

In Nordrhein-Westfalen regelt das „Gesetz über die Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ - (PsychKG) - die Form der vorsorgenden

und nachsorgenden Fürsorge bei psychischen Krankheiten. „Tatkräftige Hilfe, nicht Fürsorge“ sei zu leisten, so heißt es im Kommentar - „wenn Anspruch auf Hilfen nach Überprüfung eines begründeten Antrages gegeben sei“. Ausführlich wird darauf verwiesen, daß, falls diese Bedingungen zuträfen, das Gesundheitsamt sofort tätig werden müsse. Ein Katalog von Paragraphen regelt Anspruch, Zuständigkeit und schreibt bei entsprechenden Voraussetzungen genau die Verfahrensweise bei Zwangsunterbringungen vor. Offensichtlich ist jedoch die rigide bürokratische Regelung des Gesetzes, die, wollte man immer danach verfahren, den psychiatrischen Dienst eines Gesundheitsamtes einerseits zu einer mächtigen, bedrohlich erlebten Kontrollagentur macht, ihn andererseits jedoch zur Handlungsunfähigkeit im therapeutischen Bereich verdammt. Typisch für die therapieabweisende Einstellung dieses Gesetzes ist der warnende Hinweis, daß „die Tendenz nicht auf die laufende medizinische Behandlung durch die Ärzte des Gesundheitsamtes hinzielen dürfe“ - dies obwohl bereits 1974 eine für das Gesundheitswesen zuständige Ministerkonferenz darauf verwiesen hatte, daß „Behandlungsaufgaben für diejenigen Patienten wahrgenommen werden können, die aufgrund mangelnder Eigeninitiative keine ausreichenden Kontakte zu einem niedergelassenen Arzt unterhalten.“ Betont wird jedoch, daß „der in Betracht kommende Personenkreis damit engstens eingeschränkt sei“. Dies trifft in der Tat zu. Insgesamt also wenig Voraussetzungen für die Organisation wirksamer ambulanter therapeutischer Hilfe und dies gerade bei einem für Nachsorge schwer zu erreichenden Personenkreis. Daß sich die Sachverständigen-Kommission gegen die Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste beim Gesundheitsamt ausgesprochen hatte -wegen drohender Zweigleisigkeit - und für die Einrichtung dieser Dienste an Krankenhauseinrichtungen plädierte, wird vom Kommentator in der letzten Ausgabe des Psych-Kg's bedauert, bzw. nicht verstanden⁶). Dies ist nicht erstaunlich, wenn man im Gesetz u. a. auch liest, daß vorsorgende Hilfe bei besonders schwerwiegend Gefährdeten, die wiederholten Aufforderungen zu einer Untersuchung nicht nachkommen, bedeutet, daß diese mit einer zwangsweisen Vorführung zu rechnen haben. Hier ist wenig patientenorientiert gedacht worden. Diese Ausführungen entsprechen eher dem Präventivdenken gegenüber vermeintlichen Psychoseuchen früherer Jahrzehnte.

Folge dieses für einen therapeutisch orientierten psychiatrischen Dienst unerträglichen Zustandes ist, daß damit einerseits das Behandlungsmonopol niedergelassener Ärzte weiter untermauert wird, zum anderen, daß beispielsweise eine solche Kranke, die unter äußerst schwierigen und zeitaufwendigen Umständen, z. B. in vier oder fünf Hausbesuchen durch unser Team zu einer Kontaktaufnahme und Behandlungsbereitschaft motiviert werden konnte, nunmehr wieder an einen der Patientin unbekanntem anderen Arzt bzw. an eine entsprechende Einrichtung abgegeben werden müßte. Die Folge ist aber auch, daß wir im Bereich unseres Dienstes eine Reihe von Patienten „verdeckt therapiert“ haben, d. h. die Leistung als Beratungsaufgabe darstellten.

Diese im Psych-Kg dem Gesundheitsamtsarzt untersagte therapeutische Handlungsweise ist deswegen dringend zu verändern, weil andererseits gera-

de durch eben dasselbe Gesetz der Arzt eines Gesundheitsamtes zu Hausbesuchen bei psychisch Kranken mit entsprechenden Störungen besonders ermächtigt ist (vgl. § 9 des Psych-KG), also eine Vorgehensweise erlaubt, die dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhausdienst fehlt.

Für die erste Fragestellung ergibt sich aus unseren Erfahrungen, daß gerade das multiprofessionell zusammengesetzte Team eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, bestehend aus Facharzt, Sozialarbeiter, Krankenschwester und Psychologe, für die Versorgung psychisch Kranker, vorsorgend, in beschränktem Maße therapeutisch, aber voll nachsorgend einzusetzen ist und zwar:

- a) für die Gruppe von psychisch Kranken, die sich aus Hilflosigkeit oder anderen Gründen einer möglichen Behandlung entzieht,
- b) für den Aufgabenbereich, und das ist das wesentliche, der in der Behandlung, Beratung und Information des *sozialen Umfeldes* beruht.

Gerade Strategien der Wiedereingliederung sind nach unserer Erfahrung besonders wesentlich und zwar besonders bei der Gruppe der psychisch Alterskranken, bei chronischen Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen, Suizidenten, geistig Behinderten, Multimorbiden sowie Randgruppen! Hierbei handelt es sich um eine Versorgungspopulation, die sich nach Dilling⁷⁾ nicht gerade der größten Zuwendung niedergelassener Nervenärzte erfreut. Das bedeutet aber auch, daß die Betreuung dieser Gruppen und ihres Umfeldes keine Konkurrenzsituation zum niedergelassenen praktischen- oder Nervenarzt schafft.

Ein Vorteil für den sozialpsychiatrischen Dienst eines Gesundheitsamtes bildet auch die Tatsache, daß Verhaltensauffälligkeiten wie Verwirrtheit, Aggressivität, Rückzug, Intoxikation etc. meist unmittelbar durch das soziale Umfeld (z. B. Nachbarn, Familie, Vermieter etc.) gemeldet bzw. besser „denunziert“ werden. Das bedeutet, daß die Beanstander, bei denen es sich um bedeutsame Personen für das Gelingen der Wiedereingliederung handelt, bereits von Anfang an bekannt sind und daß dieselben mitaktiviert, informiert und behandelt werden können. Weitere Vorteile sehe ich darin, daß die bei vielen Kranken erforderlichen Hilfen auf administrativer Ebene von derselben Bezugsgruppe eines solchen Dienstes miterledigt werden können. Bei Kriseninterventionen hat sich darüberhinaus gezeigt, daß das Erscheinen eines Teams einer offiziellen Stelle im sozialen Umfeld zwar meist Erwartungen, wie sofortige Ausgrenzung und zwangsweise Einweisung des Patienten in ein Psychiatrie-Krankenhaus erweckt, daß jedoch dieses häufig geforderte Mittel der Problemlösung gerade durch die Übernahme der Verantwortung für eine ambulante Betreuung durch den Dienst, eben dieser Schritt der zwangsweisen Hospitalisierung mit allen sozialen Konsequenzen, wie Kündigung des Mietverhältnisses etc., wirksam verhindert werden kann.

Dadurch, daß der psychiatrische Dienst in Düsseldorf eine Abteilung des sogenannten Instituts für Lebensberatung ist, das heißt, er ist in einer Einrichtung untergebracht, in der schulpyschologische Beratungsdienste und eine Jugend- und Elternberatung ebenfalls tätig sind, ergibt sich für den Patienten die Mög-

lichkeit einer unverbindlichen Beratung sowie eine Minderung der Schwellenangst bei Inanspruchnahme.

Andererseits besteht für das Team die Möglichkeit, gerade also durch diese mögliche Zweigleisigkeit, gegenüber dem Patienten auch in nichtamtsärztlicher Funktion aufzutreten. Die Überprüfung der Inanspruchnahme des Dienstes läßt im übrigen erkennen, daß die Beratungsaufgaben zugenommen haben. Damit verbunden ist aber auch eine Zunahme von Inanspruchnahme in Fällen für die wir uns nicht für zuständig halten, so in Fragen nichtpsychiatrisch bedingter Verwahrlosung, Isolation und sonstigem Störverhalten. Ein weiterer zunehmender Bereich ist die Mitarbeit bei Planung weiterer ambulanter Dienste

Zu 2:

Was die Frage nach dem Anteil der geleisteten Versorgung für eine bestimmte Population angeht, so ist eine intensive Betreuung von Versorgungsbedürftigen nur in einem umschriebenen Sektor möglich und in intensiver Zusammenarbeit mit den anderen Versorgungsdiensten der Stadt. Im Rahmen eines kleineren Projektes sind wir augenblicklich dabei, Erfahrungen mit einem Team welches aus einem Arzt, einem Sozialarbeiter und einer Krankenschwester besteht, in einem bestimmten Stadtteil in der Größenordnung 25 000 bis 30 000 Einwohnern zu sammeln. Erste Erfahrungen zeigen, daß bei intensiverer Vor- und Nachsorge zunächst notwendige Hospitalisierung nicht erforderlich und daß in vielen Fällen Behandlungsmotivation auf freiwilliger Ebene erreichbar ist. Über Einzelheiten wird noch gesondert berichtet. Im übrigen ist die Abteilung mit drei Ärzten, zwei Psychologen (halbtags tätig), vier Sozialarbeitern einer Krankenschwester und einem Schreibdienst zur Erledigung der sozialarbeiterischen Aufgaben auf die Mitarbeiter des allgemeinen städtischen Sozialdienstes (n = 170) angewiesen, wobei diese Gruppe jedoch bedauerlicherweise kaum oder nur unzureichend für die Durchführung psychiatrischer Vor- und Nachsorge ausgebildet ist. Das bedeutet, daß ein psychiatrischer Dienst eines Gesundheitsamtes selbst bei umfangreicher personeller Ausstattung nur in Zusammenarbeit mit niedergelassenen praktischen Ärzten, Nervenärzten Krankenhauspsychiatern und anderen sozialen Diensten, Selbsthilfegruppen etc wirksam tätig werden kann. Hierzu gehört auch die Kooperation und die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen der Polizei, den Alten- und Pflegeheimen und sonstigen Versorgungseinrichtungen. Von Vorteil ist daß der psychiatrische Dienst im Rahmen der Amtshilfe zahlreiche Informationen über Patienten erhält, die andersweitig auffällig oder irgendwie in Erscheinung getreten sind. Dies erlaubt unter Umständen eine frühzeitige Intervention sowie eine genauere Beurteilung, die wiederum Fehlplatzierung und Doppelbetreuung verhindern kann. Von Vorteil gegenüber einem Dienst, der einer Krankenhauseinrichtung angegliedert ist, ist beispielsweise die andere Bewertung von Hausbesuchen. Dieselben, die den Charakter einer institutionalisierten Neugierde, wie das Paumelle^{2b}) genannt hat, nicht erwecken dürfen gelangen möglicherweise, falls sie regelmäßig durch ein Nachsorgeteam des Kranken-

hauses durchgeführt werden, zu einer „pervertierten Bedeutung“, da diese Gruppe als Teil eines unerwünschten Systems erlebt werden kann. Tritt das Nachsorgeteam als Teil einer Beratungseinrichtung auf, so werden solche Hemmnisse wirksam beseitigt. Außerdem ist, worauf französische Gemeindepsychiater verwiesen haben, die Integration in den jeweiligen Versorgungssektor hin anzustreben, was für ein Team eines Krankenhauses unter Umständen schwer möglich sein dürfte.

Zu 3:

Was die erforderliche Größe einer Arbeitsgruppe angeht, so ist festzustellen, daß man diese Frage meines Erachtens zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten kann. Wir wissen nicht, wie hoch der Anteil der wirklich psychisch Versorgungsbedürftigen in einem Stadtteil ist. Auch ist bekannt, von welchen Zufällen es abhängt, ob ein psychisch Kranker einer Behandlung zugeführt wird oder nicht. Nach Beendigung unseres Projektes hoffen wir über solche Fragen etwas ausführlicher berichten zu können. Geht man von Erfahrungen der Londoner Arbeitsgruppe von Scott und anderen aus (persönliche Mitteilung), die feststellten, daß bei über 60 % der Krisenfälle familiäre bzw. nachbarschaftliche Konflikte im Spiele waren, so werden zur Behandlung der Krise einmal sehr zeitaufwendige Kontakte zu einem großen Personenkreis - bis 20 Personen - und mehr erforderlich. Die Anzahl der erforderlichen Kontakte, die zur Beseitigung von Krisensituationen notwendig waren, wurde mit durchschnittlich sechs Kontakten angegeben. Hierbei handelte es sich jedoch um ein Team, welches von einer Krankenhauseinrichtung aus einen besonderen Stadtteil (n = 300.000 Einwohner) versorgt, das heißt mit einem Dienst, der mit einem Sozialpsychiatrischen Dienst eines Gesundheitsamtes nicht zu vergleichen ist. Wesentlich ist, daß der Austragungsort für die Intervention immer die Wohnung des Patienten zu sein hat. Offensichtlich ist, daß ein personalintensives und geschultes Team nur in einem umschriebenen Sektor tätig werden kann. Der psychiatrische Dienst muß dabei problemorientiert handeln, um möglichst alle Phasen der Behandlung, das Erstgespräch, die Prävention, die Therapie und die Nachsorge begleiten zu können, was, worauf ja bereits verwiesen wurde, in der BRD zur Zeit nicht möglich ist. Immerhin ist denkbar, daß auch in Zukunft hier ein solch psychiatrischer Dienst eines Gesundheitsamtes ihm bekanntgewordene Verhaltensstörungen "und die entsprechende Versorgungssituation genauer erfaßt, Formen der Hilfen überlegt, organisiert und aktenmäßig dokumentiert. Besondere Beachtung ist dabei der Behebung der sozialen Konsequenzen von Krankheit zu schenken. Mögliche Ziele eines solchen Programms eines psychiatrischen Dienstes eines Gesundheitsamtes sind:

- a) Behandlungsmotivation des Patienten zu erreichen,
- b) Information über vorhandene Versorgungseinrichtungen zu geben,
- c) Zuweisung zu denselben zu garantieren,
- d) Bedingungen des Scheiterns festzustellen,
- e) Soziale Anpassung überprüfen.

Indikatoren für eine erreichte soziale Anpassung sind z. B.:

- a) Hat sich die Produktivität des Patienten in der Familie, am Arbeitsplatz verändert, das heißt, übernimmt der Patient wieder selbständige Aktivitäten und Aufgaben,
- b) konnte die Isolation reduziert werden,
- c) hat sich die Fähigkeit des Patienten verändert, Angebote anzunehmen,
- d) ist der Patient unabhängig von Hilfen geworden,
- e) ist Alkoholkonsum reduziert worden,
- f) ist antisoziales Verhalten reduziert worden etc.

Darüberhinaus muß festgestellt werden, ob eine kontinuierliche Betreuung erreicht werden konnte.

Das in Düsseldorf in Angriff genommene Projekt, die Betreuung eines kleineren Stadtsektors, wird zeigen, wieweit es gelingt, einen psychiatrischen Dienst anteilmäßig in ein defizitäres Versorgungsgebiet miteinzubeziehen, wobei zur Zeit die Kooperation mit den im Stadtteil arbeitenden niedergelassenen Ärzten, Gemeindegewerkschaften und Sozialstationen angebahnt wird. Durch kontinuierliches Nachsetzen und Abfragen der jeweiligen Leistung der eingeschalteten Stelle ist so langfristig eine effiziente Behandlungskontinuität zu erreichen.

Was die Frage der Überversorgung bzw. der Psychiatrisierung angeht, so möchte ich anmerken, daß, wenn von den Bedürfnissen der Betroffenen selbst ausgegangen wird, eine solche Gefahr kaum besteht.

Abschließend ist festzuhalten, daß nur ein multiprofessionelles Team in der Lage ist, den skizzierten Aufgabenbereich durchzusetzen. Die Quantität, Qualität und Verfügbarkeit bereits vorhandener Dienste bestimmen Größe und Einsatzmöglichkeiten eines solchen Dienstes. Gelingt es, die niedergelassenen praktischen Ärzte und Nervenärzte sowie die übrigen Versorgungseinrichtungen für solche Überlegungen zu interessieren und miteinzubeziehen, so sind zukünftig erhebliche Verbesserungen auf diesem Versorgungsgebiet zu erreichen. Zusätzlich sind jedoch auch Voraussetzungen von gesetzgeberischer Seite zu schaffen, die es ermöglichen, daß an befähigte Organisationen therapeutische Verantwortung delegiert wird. Dieselben sind dann in der Lage, sich an der therapeutischen Versorgung dieser schwer zu versorgenden Personengruppe zu beteiligen.

Literatur:

¹⁾ für die USA:

- a) Grunebaum, H.: The practice of Community Mental Health, Little, Brown Company Boston 1970
- b) Jonathan, F. B.: Critical Issues to the Survival of Community Mental Health, Am. J. Psychiatry, 135, 9 (1029-1035) 1978
- c) Lieb, J., Lipsitch, I. J., Siaby, A. E.: The Crisis Team, Medical Department, Harper + Row Publ., London 1973

- d) Klerman, G.: Current Evaluation Research on Mental Health Services, Am. J. Psychiatry, 131, 7 (783-787) 1974
- e) Dunham, H. W.: Social Realities and Community-Psychiatry - Human Sciences Press, N. Y. 1976

²) für Frankreich:

- a) Hochmann, J.: Thesen zur Gemeindepsychiatrie, edition Suhrkamp 1973
- b) Köppellmann-Baillen, M.: Gemeindepsychiatrie, Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich, Campus-Verlag Frankfurt 1979
- c) Held, T.: Herausforderung zur Kooperation bei psychischen Erkrankungen Psychiat. Prax. 6 (1979), 119-128, Thieme Verlag, Stuttgart

³) für Großbritannien:

- a) Freeman, M.: Gemeindepsychiatrie, XXIX. Gütersloher Fortbildungswoche 1976
- b) Wing, J. K., Hailey, A. M.: Evaluating a Community Psychiatric Service, The Camberwell Register 1964-1971, London, Oxford, Univ. Press 1972

⁴) für die Niederlande:

- a) N. N.: Bericht über die Besichtigung von Einrichtungen für psychisch Kranke und geistig Behinderte in den Niederlanden, Schriftenreihe des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln 1973
- b) Schudel, W. J.: The Department of Mental Health in the Hague, Den Haag 1978, Paper

für die BRD:

- 5) Eberhard, G. H.: Handbuch der Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, Deutscher Gemeindeverlag 1970, Kommunale Schriften für Nordrhein-Westfalen, 19
- 6) s. o. -2. Auflage, 1980
- 7) Dilling, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung, Nervenarzt, 48, (586-602), 1977 Springer-Verlag, Heidelberg
Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, Bonn 1975
Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Veränderungen, Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2565, 1979

Rheinische Landeslinik Mönchengladbach

Darstellung einer Nachsorgeambulanz

E. Spanken

Ich möchte über eine Nachsorgeambulanz berichten, die wir an der Rheinischen Landeslinik Mönchengladbach eingerichtet haben und seit 1974 betreiben. Kennzeichnend für die Situation in Mönchengladbach ist, daß dort in einem überschaubaren städtischen Einzugsgebiet die Prinzipien gemeindenaher Versorgung relativ weit entwickelt sind, und außerdem die Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte recht gut ist. Damit Sie Zielsetzung und Arbeitsweise unserer Ambulanz besser verstehen, möchte ich zunächst kurz auf die Konzeption der Klinik und die Struktur der psychosozialen Versorgung im Einzugsgebiet eingehen.

Die Rheinische Landeslinik Mönchengladbach in der Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland, ist eine relativ kleine Einrichtung. Sie hat den Auftrag, Vollversorgung zu leisten für einen genau definierten Bezirk der Stadt mit einer Einwohnerzahl von 150.000. Im stationären Bereich stehen 130 Betten zur Verfügung für die Allgemeinpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und die Sucht. Angeschlossen ist eine Tagesklinik mit 25 Plätzen und ein Wohnheim mit 30 Plätzen. Die Klinik liegt im Stadtzentrum in den Gebäuden des ehemaligen Allgemeinen Krankenhauses. Der weiteste Punkt im Einzugsgebiet ist in 15 Minuten mit dem Pkw zu erreichen. Im engeren Einzugsgebiet praktizieren fünf niedergelassene Psychiater, in Gesamt-Mönchengladbach dreizehn. Nicht voll leistungsfähig ist zur Zeit der psychiatrische Dienst am Gesundheitsamt, der die Vor- und Nachsorge nach dem Psych-KG sicherstellen müßte. Dort ist nur eine Sozialarbeiterin tätig. Mehrere Beratungsstellen in kirchlicher und freier Trägerschaft ergänzen das ambulante Angebot.

Der Klinik liegt die folgende Grundkonzeption zugrunde:

Nach innen hin, im stationären Bereich, orientieren wir uns an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Wir versuchen, Teamarbeit zu verwirklichen und möglichst viel Informationsfluß und Transparenz zu gewährleisten. Nach außen hin geht es uns um den Ausbau der komplementären Einrichtungen und um die Öffnung zur Gemeinde hin. Wir pflegen den regelmäßigen Kontakt zu den anderen Psychosozialen Diensten, z. B. in Form regelmäßiger Besprechungen mit dem Gesundheitsamt und dem Amt für soziale Dienste und durch Teilnahme an der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Von dieser Konzeption einer gemeindenahen Versorgung ausgehend, hielten wir die Einrichtung einer Nachsorgeambulanz von Anfang an für unverzichtbar, auch wenn die finanziellen Voraussetzungen in Form eines Instituts- oder Ermächtigungsvertrages mit den Kassen nicht gegeben waren. Bis heute arbeiten wir als so-

genannte „graue Ambulanz“ und zweigen Personal- und Sachaufwand aus dem stationären Potential ab.

Wir wollen in unserer Ambulanz schwerpunktmäßig eine ganz bestimmte Klientel erfassen und betreuen, nämlich jene psychisch Kranken, die auf Grund häufiger Rückfälle und Wiedereinweisungen, schwieriger Krankheitsverläufe und instabiler sozialer Verhältnisse eine besonders komplexe psychosoziale Problematik mitbringen. Eine Klinik, die eine konsequente Vollversorgung einhalten will, sieht sich dem Problem gegenüber, daß aus dieser Gruppe psychosozial besonders Gefährdeter eine neue Gruppe chronisch Hospitalisierter heranzuwachsen droht, wenn nicht alternative Versorgungsangebote erschlossen werden. Oder viele dieser Patienten fallen ganz aus dem üblichen Netz ambulanter Versorgungsangebote heraus, die ja auf den aktiven und motivierten Patienten abgestimmt sind und erfahren trotz ausgeprägter psychosozialer Problematik erst dann wieder Aufmerksamkeit und Hilfe, wenn auf Grund einer zugespitzten Krisensituation eine neue Einweisung erfolgt. Für diese Patienten ist die bestehende personelle und institutionelle Trennung der stationären von der ambulanten Versorgung besonders unzweckmäßig. Sie in eine kontinuierliche gegebenenfalls aktiv nachgehende Betreuung einzubinden, ist unser Ziel.

Wir sind ein kleines Team. Der Kern bestand lange Zeit aus einem Arzt und einem Krankenpfleger, ergänzt durch die partielle Mitarbeit anderer Therapeuten des stationären Bereiches. Zur Zeit zählen zur Ambulanz im engeren Sinne 1^{1/2} Ärzte, 1 Krankenpfleger, 1 Sozialarbeiterin und 1 Arzthelferin.

Wir arbeiten eng mit den Stationen zusammen. Das erscheint uns wichtig, um einen möglichst nahtlosen Übergang zur Ambulanz nach der Entlassung zu gewährleisten. Einmal pro Woche nimmt ein Mitarbeiter an der Teambesprechung einer Station teil. Die anstehenden Entlassungen werden durchgesprochen und für die gefährdet erscheinenden Patienten wird die Form der Nachbetreuung festgelegt. Die Modalitäten der Nachsorge sprechen wir dann mit den Patienten durch. Der persönliche Kontakt noch während des stationären Aufenthaltes erleichtert entscheidend die Anbindung des entlassenen Patienten an einen Mitarbeiter des Ambulanz-Teams.

Für die Betreuung stehen uns dann mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Einen Teil der Patienten bestellen wir in unsere Sprechstunde. Es werden feste Termine gegeben, vor allem auch für jene Patienten, bei denen die Verabreichung eines Depotpräparates gewährleistet und überwacht werden soll. Es bleibt aber auch Raum für unangemeldete Patienten in Krisensituationen.
- Einen Schwerpunkt bilden ganz bewußt die Hausbesuche, sowohl nach Absprache in bestimmtem Turnus als aber auch zur häufigen Krisenintervention.
- Zwei Patientenclubs werden gezielt zur Nachsorge genutzt. Wir versuchen gerade die sehr schwierigen und sozial isolierten Patienten dort anzubinden.

In einer parallel abgehaltenen Sprechstunde bieten wir die Möglichkeit zu Gesprächen und verabreichen Medikamente, insbesondere Depotpräparate. Einmal wöchentlich findet eine ambulante therapeutische Gruppe statt, speziell für schwerer gestörte schizophrene Patienten, Für diese Aktivitäten steht uns ein Haus im Stadtzentrum zur Verfügung, das uns die Stadt Mönchengladbach zur Nutzung überlassen hat und in dem auch die Tagesklinik untergebracht ist.

- In nunmehr drei Wohngemeinschaften betreuen wir insgesamt 14 Patienten mit zum Teil schweren psychosozialen Störungen. Die Wohngemeinschaft stellt für die meisten von ihnen die einzige Alternative dar für eine Dauerhospitalisierung oder für eine ständige stationäre Wiederaufnahme. Die routinemäßige Betreuung besteht in einer Hausversammlung pro Woche, darüber hinaus aber in vielen Einzelkontakten und Kriseninterventionen.

- Soweit eben möglich, halten wir konsularischen Kontakt zu den Altenheimen. Wir sagen regelmäßige Besuche bei schwierigen gerontopsychiatrischen Patienten zu, die wir in diese Heime verlegen wollen. Diese Absprache ist zum gegenseitigen Nutzen, und die Bereitschaft zur Übernahme psychisch Alterskranker ist dadurch deutlich gewachsen.

Wir haben die Arbeit so organisiert, daß jeder von uns relativ unabhängig und selbständig eine Aufgabe übernimmt bzw. eine bestimmte Klientel betreut. In drei ausführlichen Team-Besprechungen pro Woche, an denen wiederum Mitarbeiter der Stationen teilnehmen, einmal in der Woche aber auch die Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes, koordinieren wir unsere Arbeit und diskutieren die reichlich vorhandenen Probleme.

Einige Beispiele können unsere Arbeit am besten verdeutlichen: Frau A, jetzt 35 Jahre alt, war schon mehrmals in einem Landeskrankenhaus behandelt worden mit akuten Phasen einer paranoiden Psychose. Nach der dritten Einweisung zerbrach die Ehe, die zwei Kinder blieben beim Ehemann, soziale Isolierung und Verlust der Arbeit waren die Folgen. Die ersten Aufnahmen in unserer Klinik verliefen jeweils recht dramatisch: Frau A war aus dem Fenster gesprungen oder mehrmals unbekleidet auf der Straße umherirrend aufgegriffen und dann zwangsweise eingewiesen worden. Fehlende Krankheitseinsicht und Isolierungstendenzen nach der Entlassung erschwerten die Behandlung und führten in der ersten Zeit zu mehreren Rückfällen. Inzwischen, nach einigen Jahren, hat sich eine tragfähige Beziehung zwischen Frau A und einem ärztlichen Mitarbeiter der Ambulanz entwickelt. Durch zahlreiche Gespräche und Hausbesuche in der ersten Zeit lernten wir die Eigenheiten von Frau A immer besser kennen und verstehen, während sie allmählich Vertrauen faßte und uns auch spontan besuchte. Wir empfanden es als wertvoll, Frau A auch in ihren gesunden Lebensabschnitten zu begleiten, ihre Normalität kennenzulernen und ihre Leistungsfähigkeit. Sie konnte dann auch allmählich die subtilen Veränderungen im Erleben ihrer Umwelt mitteilen, die ersten Vorboten einer neuen Erkrankung. Frühzeitig konnten wir mit der Behandlung beginnen, auch zur Medikamenteneinnahme motivieren. Inzwischen gestaltet sich die Beziehung

zu Frau A so, daß sie viele Wochen ganz ohne uns auskommt, nur häufig den Club und die ambulante Gruppe besucht. Spontan meldet sie sich dann bei den ersten Anzeichen der Psychose, sucht die Aussprache und verlangt von sich aus Arznei, deren Dosierung sie inzwischen selbst am besten regulieren kann. Eine volle stationäre Aufnahme war seit ca. vier Jahren nicht mehr erforderlich. Für die Dauer der psychotischen Krisen sind jedoch praktisch tägliche Gesprächskontakte notwendig. Seit zwei Jahren arbeitet Frau A nun wieder in ihrem Beruf als Sekretärin. Während der beiden letzten psychotischen Phasen hat sie, auf eigenen ausdrücklichen Wunsch, voll durcharbeiten können, bedurfte aber intensiver stützender Gespräche tagtäglich nach der Arbeit. Nur einige sehr schwierige Nächte hat sie als Schlafgast auf der Station verbracht. Die Kontinuität der Behandlung hat beiden, Frau A und uns, zu einer besseren Einstellung zueinander verhelfen: Für beide Seiten war die Erfahrung wichtig, daß diese schwierige Erkrankung das Leben nicht zwangsläufig zerstören muß, sondern in den Griff zu bekommen ist. Frau A hat gelernt, mit ihrer Krankheit zu leben und sogar zu arbeiten.

Herr B, ein jetzt 30jähriger Mann, hat eine ausgesprochen ungünstige Vorgeschichte. Als jüngstes von sieben Geschwistern und einziger Junge entwickelte er sich zu einem sehr kontaktgestörten, introvertierten Menschen. Er blieb ohne Berufsausbildung und hat so gut wie nie regelmäßig gearbeitet. Schon als Heranwachsender wurde er straffällig, Haftstrafenwegen Diebstahl und kleinerer Raubdelikte häuften sich. Zuletzt verbrachte er fünf Jahre in Haft, auf eigenen Wunsch in Einzelhaft. Unmittelbar nach der Entlassung kam er mit einer paranoid halluzinatorischen Psychose in unsere stationäre Behandlung. Zu Anfang gab es große Schwierigkeiten und auch diagnostische Unklarheiten. Seine extreme Verschlossenheit bei Neigung zu Alkoholabusus und sexuell deviantem Verhalten gaben Rätsel auf. Alle Verbindungen zu Familienmitgliedern waren abgebrochen, sozial war er völlig isoliert. Von quälenden Halluzinationen und angstausslösenden Beziehungsideen, die seinen widersprüchlichen Verhaltensweisen zugrunde lagen, konnte uns Herr B erstmals etwas mitteilen, als nach einigen Behandlungswochen eine recht eindrucksvolle Remission auftrat. Die im Prinzip möglich gewordene Entlassung scheiterte jetzt an seiner ausgeprägten sozialen Unselbständigkeit und Hilflosigkeit. Extrem selbstunsicher, ohne Angehörige und Wohnung, nur auf den Sozialhilfesatz angewiesen, wäre er schnell gescheitert, eventuell wieder kriminell geworden. Wir haben ihm dann ein Zimmer in einer unserer Wohngemeinschaften angeboten, ein von der Klinik angemietetes Einfamilienhaus, in dem schon vier andere ehemalige Patienten mit ähnlicher Problematik lebten. Hier kam Herr B zunächst zurecht und fühlte sich in der Gemeinschaft wohl, brauchte aber den ständigen Rückhalt durch die Mitarbeiter der Ambulanz, die Herrn B noch aus seiner stationären Zeit gut kannten und seine Problematik in vielen Team-Besprechungen mitdiskutiert hatten. Neben der obligatorischen wöchentlichen Hausversammlung, die vom Pfleger und Sozialarbeiter durchgeführt wurde, war eine intensive sozialarbeiterische Einzelbetreuung erforderlich, z. B. zur Regulierung finanzieller Probleme, aber auch regelmäßige ärztliche Gespräche. Es kam zu

einigen Rückfällen, dessen diskrete Vorboten wir allmählich kennenlernten. Die kritische Einsicht und der Realitätsbezug gingen verloren, und der gute Kontakt zu uns brach wieder ab. Wiederaufnahmen wurden erforderlich, anfangs auf PflEGschafTsbasis, später freiwillig. Wir versuchten die Einstellung auf Depot-Neuroleptikum, Herr B brach die Behandlung jedoch stets wieder ab, weil, er sich durch die Nebenwirkungen sehr beeinträchtigt fühlte. Inzwischen haben Herr B und wir, ähnlich wie im ersten Fall, gelernt, besser miteinander umzugehen. Im Rahmen unserer ständigen Kontakte können wir jetzt die indirekten, verschlüsselten Signale richtig deuten, mit denen uns Herr B eine Krise zu erkennen gibt. Wir intensivieren dann die Betreuung, beginnen wieder mit der medikamentösen Behandlung und nehmen Herrn B oft nur für wenige Tage, manchmal nur für die Nacht auf die Station. Die soziale Rehabilitation wird wohl noch sehr viel Zeit und Geduld erfordern, dürfte aber überhaupt nur eine Chance haben bei Fortführung dieser engmaschigen Betreuung.

Dies Beispiel zeigt auch, wie sinnvoll es ist, stationären und ambulanten Bereich flexibel und unter einer Regie handhaben zu können. Klinik, Wohngemeinschaft und Ambulanz bilden ein aufeinander abgestimmtes System, das auf die sich oft kurzfristig ändernden Bedürfnisse eines Herrn B flexibel und angemessen reagieren kann. Hier vielleicht ein Wort zu unserer therapeutischen Methode. Im Verlauf einer solchen langfristigen, engen Begleitung eines Patienten haben wir die Erfahrung gemacht, daß die Handhabung bestimmter Therapiemethoden immer mehr an aktueller Bedeutung verloren hat zu Gunsten eines recht normalmenschlichen Umgangs. Entscheidender als das Beherrschen einer bestimmten Technik erscheint uns, daß der Aufbau einer tragfähigen menschlichen Beziehung, das Schaffen einer Vertrauensbasis gelingt. Menschliche Nähe wird wichtiger als therapeutische Distanz.

Ein letztes Beispiel:

Herr C, ein jetzt 40jähriger Mann, mit einer chronischen Schizophrenie lebt in engster symbiotischer Beziehung mit seiner 65jährigen Mutter ein ganz zurückgezogenes Leben. Kaum daß er jemals das Haus verläßt, geschweige denn einen Arzt aufsuchen würde. Ca. 60 Zigaretten rauchend, nicht fähig zu einer Beschäftigung, kreist sein Denken und sein Reden um einige wenige Themen, mit denen die Mutter sich ständig auseinanderzusetzen gezwungen ist. Für beide, insbesondere aber für die Mutter, war das eine nie lange durchzuhaltende Belastung. Immer wieder aufkommende Gereiztheit und Aggressivität des Sohnes ließen Frau C in kurzen Abständen seine Einweisung veranlassen. Seit einigen Jahren besucht der Krankenpfleger unseres Teams die beiden in 14tägigem Rhythmus. Ca. eine Stunde verbringt er dort im Gespräch, verabreicht auch eine Depotspritze. Diese Besuche sind unverzichtbare Markierungen im eintönigen und quälenden Zeitablauf von Mutter und Sohn geworden. Für die Mutter stellen sie eine deutlich spürbare Entlastung dar, für den Sohn ist unser Mitarbeiter eine wichtige zusätzliche Bezugsperson geworden. Die letzte Einweisung liegt schon einige Jahre zurück. Häufig ruft allerdings die Mutter an, wenn

sich die Lage wieder zuspitzt. Dann ist ein sofortiger Hausbesuch notwendig, um die Situation zu entlasten.

In zahlreichen ähnlichen und anders gelagerten Fällen sind wir mindestens ebenso sehr mit den Angehörigen und anderen Bezugspersonen befaßt, wie mit den Klienten selber. Verläßt man das Krankenhaus - so haben wir festgestellt - und setzt sich mit dem Patienten in seiner Umwelt auseinander, so sieht man sich plötzlich nicht mehr nur ihm allein gegenüber, sondern einem komplizierten System von Vätern, Müttern, Geschwistern, Freundinnen und so weiter, aber auch häufig Pfarrern, Sozialarbeitern, Vormündern, die sich alle schon bemühen, oft unabhängig und ohne Wissen voneinander.

Nur wenige Zahlen sollen darüber zur Orientierung dienen;

Im Jahre 1978 haben wir 233 Patienten erfaßt. Von insgesamt 2.500 Kontakten entfielen rund 1.000 auf Hausbesuche, der Rest auf Kontakte in der Sprechstunde, im Patientenclub, in der ambulanten Gruppe.

Für uns ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

- Die Praxis des niedergelassenen Nervenarztes und die Klinik-Ambulanz sind nicht zwangsläufig konkurrierende Systeme, sondern ergänzen sich insbesondere dann sinnvoll, wenn sich die Klinik-Ambulanz auf die für den stationären Bereich relevante Krisen Klientel konzentriert. Es scheint sich bei uns damit auch die in der Enquete getroffene Feststellung zu bestätigen, daß sich das Klientel des niedergelassenen Nervenarztes und das einer psychiatrischen Klinik kaum überschneiden. In unserem Einzugsbereich hat sich mit den Nervenärzten kaum eine Konfrontation, eher eine partielle Kooperation entwickelt.
- Den Bedürfnissen der geschilderten Nachsorge Klientel wird am besten eine kontinuierliche, die Kluft stationär-ambulant überbrückende Betreuung gerecht, die schon während der stationären Behandlung ansetzt und mobil und aktiv nachgehend auch zur Krisenintervention bereit ist.
- Diese Aufgabe kann am ehesten ein multiprofessionelles Team leisten, daß in seiner Arbeit funktionell verzahnt ist mit dem stationären und komplementären Bereich einerseits und den psychosozialen Diensten in der Gemeinde andererseits.
- Die Auseinandersetzung mit der oft sehr komplexen psychosozialen Problematik ist sehr zeitaufwendig und verlangt ein hohes Maß an Flexibilität, besonders in Krisensituationen. Kennzeichnend für diese Form einer Nachsorgeambulanz ist daher ein zahlenmäßig relativ kleines Klientel mit intensivem Aufwand pro Patient.
- Die im Vergleich zur herkömmlichen Nervenarztpraxis ganz andere Arbeitsweise und Organisationsform findet nur eine teilweise Entsprechung in den

Positionen der ärztlichen Gebührenordnung. Eine kostendeckende Arbeit aus den kassenärztlichen Abrechnungen allein kann deshalb nicht erwartet werden. Nach unseren Berechnungen würden die Kassenleistungen bestenfalls 50 % unseres Aufwandes abdecken.

Beratungsstellen für soziale und psychische Probleme der Stadt Hannover (Sozialpsychiatrische BS) -Organisation, Aufgaben, Ergebnisse

D. v. Ekesparre

Der Ausbau gemeindenaher psychiatrischer Arbeit in Hannover begann 1967, als die neu eröffnete psychiatrische Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover sich in der gleichen Situation befand wie die meisten großen Nervenkliniken. Sie war damals im Landeskrankenhaus Wunstorf untergebracht, das 35 km von der Stadt entfernt liegt. Um den in der Klinik behandelten Patienten an ihrem Wohnort in Hannover einen „mitmenschlichen Stützpunkt zu geben“¹⁾, entstand die erste Ambulanz - 1972 nahm die erste sozialpsychiatrische Beratungsstelle ihre Arbeit auf.

In enger Kooperation der Stadt, der Medizinischen Hochschule, der umliegenden Nervenkliniken und dem Land Niedersachsen entwickelte sich in den Folgejahren die Vollsektorisierung der Stadt und des Landkreises, die im Jahre 1977 mit der sachlichen und personellen Ausstattung von fünf sozialpsychiatrischen Beratungsstellen prinzipiell abgeschlossen war. Es folgten durch sachliche und finanzpolitische Notwendigkeiten weitere Modifikationen bis zum heutigen Tage, die auch noch nicht als endgültig anzusehen sind. Das monatlich einmal stattfindende gemeindepsychiatrische Gespräch diente dabei zum Informationsaustausch und als Koordinations- und Diskussionsgremium.

Stand, Sektorisierung: Frühjahr 1980

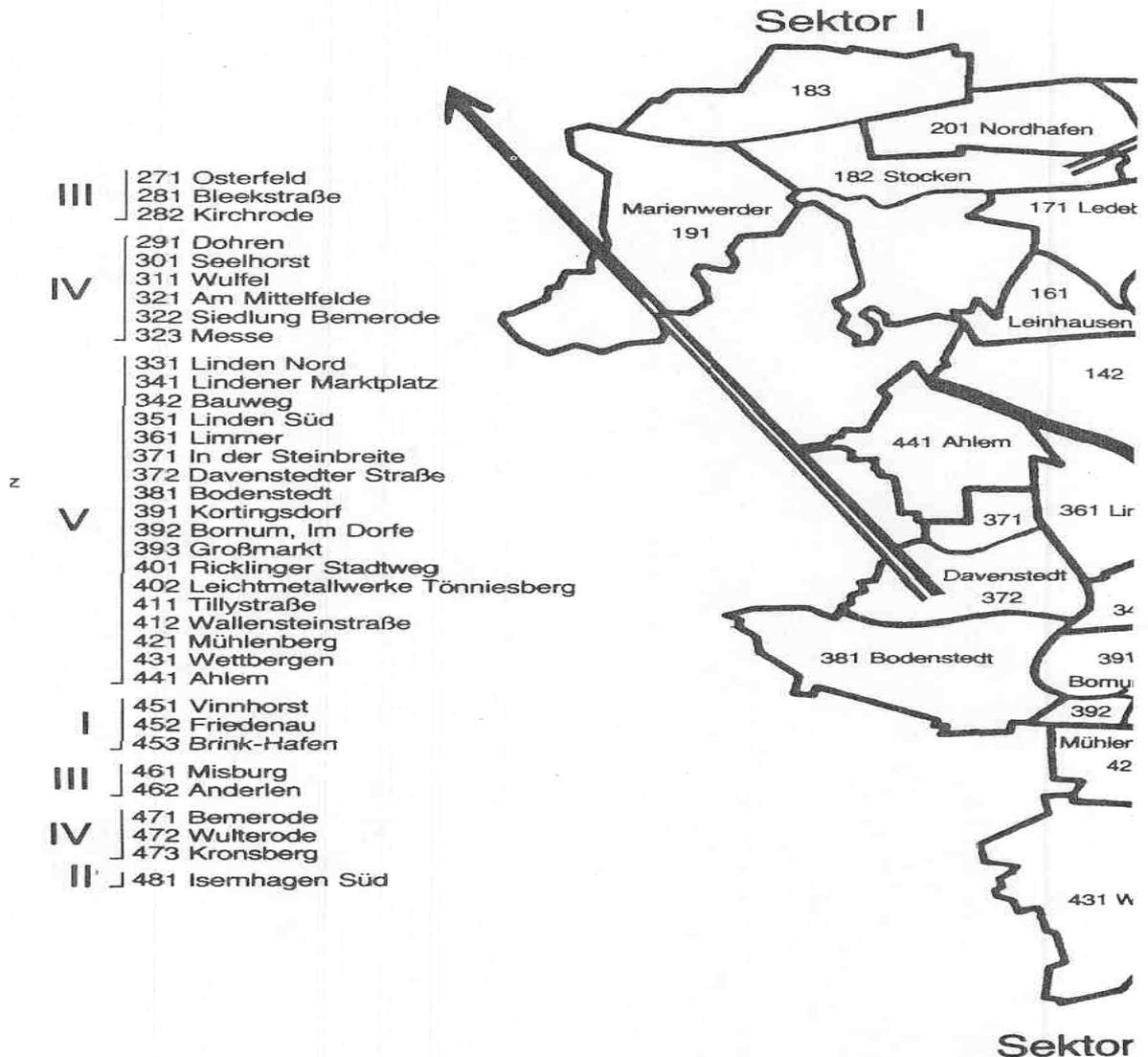
Der Großraum Hannover umfaßt rd. 1 Mill. Einwohner, die Stadt Hannover rd. 544.000. Die Stadt wurde in fünf Sektoren eingeteilt, die sich an den Stadtteil- und statistischen Bezirksgrenzen orientieren. Jedem Sektor ist eine Beratungsstelle und ein aufnahmepflichtiges psychiatrisches Bezugskrankenhaus zugeordnet (s. Tab. S. 148).

Neuester Stand:

Die Stadt unterhält sachlich und personell seit Juni 1980 vier Beratungsstellen, die Medizinische Hochschule de facto eine, die in die in den Stadtteil List (also noch gemeindenäher) verlagerte 2. Poliklinik integriert ist. Die Beratungsstellen sind institutionell in das Gesundheitsamt eingebunden, sind dezentralisierte Außenstellen, die in ihrem jeweils zugeordneten Stadtsektor liegen.

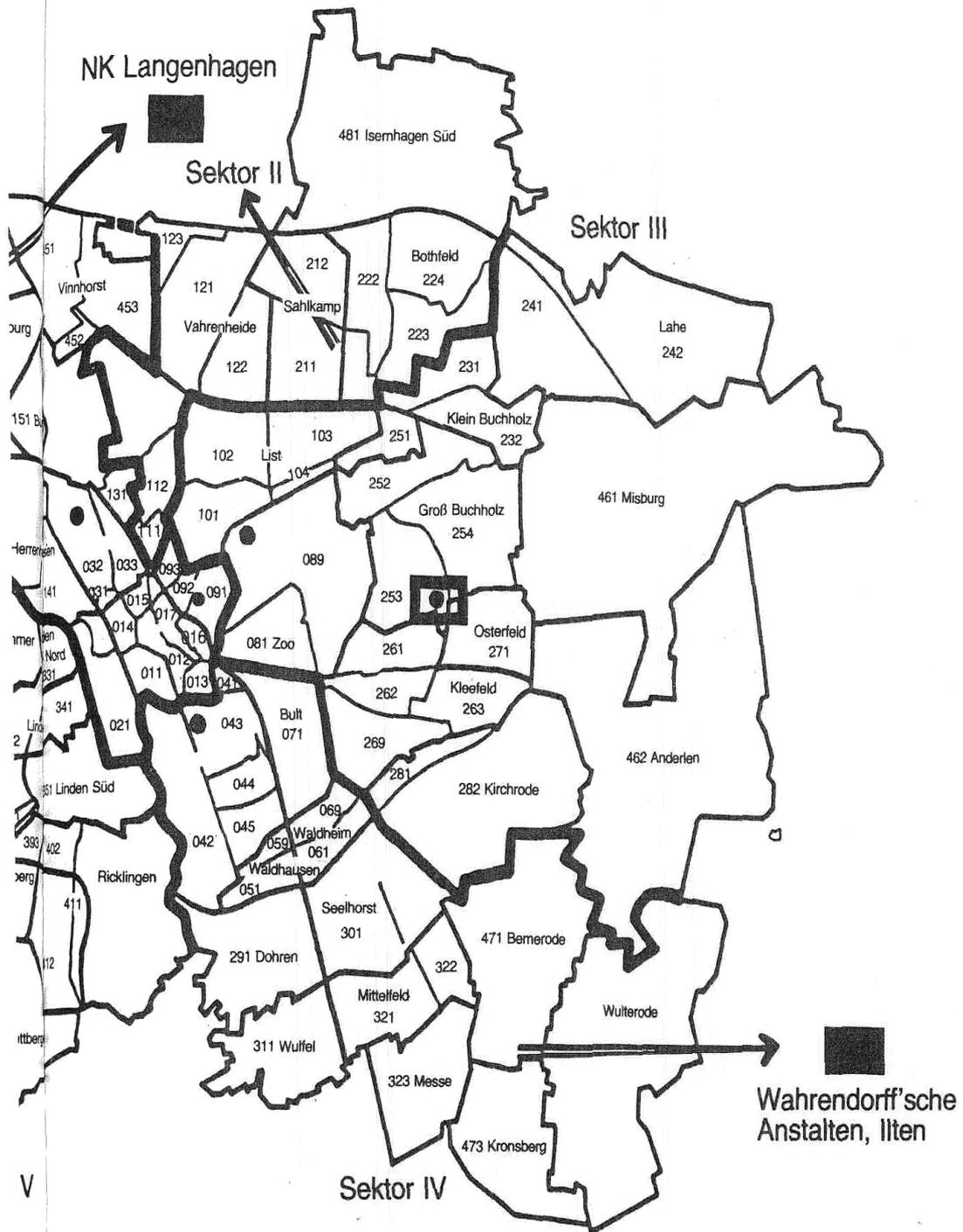
Statistische Bezirke c

 LKH Wunstorf



Sektor I: Hornemannweg 5, Tel. 168-2016 oder 168-2598
Sektor II: Beratungsstelle Nord (Königstraße 6), Tel. 168-2020
Sektor III: MHH, Tel. 532-3167, Walderseestraße 1, Tel. 168-5854
Sektor IV: Weinstraße 2/3, Tel. 168-2729
Sektor V: Kötnerholzweg 24, Tel. 168-5652 oder 168-4443

der Landeshauptstadt Hannover



- Grenzen der Stadtteile
- Wulfel Namen der Stadtteile
- Grenzen der Statistischen Bezirke
- 311 Bezeichnungen der Statistischen Bezirke
- = Beratungsstelle

Dienststelle	Sektor	Anzahl der Einwohner	zuständige Klinik
I Hornemannweg 5 63.000	Nordwest	117.000	Nervenklinik Langenhagen (bei Bedarf auch Wunstorf)
II Königstraße 6 (Hägewiesen 3)	Nord		Nervenklinik Langenhagen
III Walderseestraße 1	Ost, Nordost	146.000	Medizinische Hochschule Hannover
IV Weinstraße 3 jetzt Freitagstraße 12a	Süd	95.000	Wahrendorff sehe Anstalten, Uten
V Kötnerholzweg 24	Südwest	123.000	Landeskrankenhaus Wunstorf

(Stand: 30. 6. 1980)

Stellenplan, Mitarbeiter:

Jede Beratungsstelle ist mit einem Psychiater, einem Sozialarbeiter, einer Krankenschwester mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung, zwei Sozialarbeiterpraktikanten im Anerkennungsjahr und einer Sekretärin ausgestattet. Das multiprofessionelle Team hat sich als effektivstes Instrument im ambulanten Bereich erwiesen - die Anzahl der Mitarbeiter als optimal hinsichtlich Übersichtbarkeit, Informationsfluß, Kooperation und Mobilität.

Finanzierung:

Die Personal- und Sachkosten eines solchen Teams belaufen sich auf rd. 250.000 DM pro Jahr. Insgesamt hat die Stadt Hannover 1979 rd. 1,5 Mill. DM für die sozialpsychiatrischen Dienste ausgegeben. Über die Krankenkassen erhielt sie rund 300.000 DM zurück, das sind 20 % der Gesamtkosten bei einer im Quartal durchschnittlichen Fallzahl von rd. 1000. Die RVO-Kassen zahlen seit April 1977 aufgrund des Ermächtigungsvertrages des leitenden Arztes 100,-DM Pauschale im Quartal pro Patient. Die Ersatzkassen zahlen nachgewiesene Einzelleistungen ab April 1978 auf der Basis von Ermächtigungsverträgen mit den einzelnen Fachärzten der Beratungsstellen, im Schnitt ebenfalls 100,-DM pro Quartal. Die Stadt hatte sich höhere Einnahmen über die Krankenkassen erhofft, doch mit 200 bis 250 Patienten im Quartal ist die oberste Kapazitätsgrenze eines Teams in der Größe und für diese Aufgabenstellung erreicht, -wie auch Vergleichswerte aus dem 13. Arrondissement in Paris zeigen.²⁾ Dabei mitbedacht muß immer werden, daß ein Gutteil der Aufgaben (rd. 40 %) amtsärztliche und Amtshilfenaufgaben sind und als solche nicht kassenpflichtig. Optimal wäre eine Finanzierung unabhängig von dem nachgewiesenen Einzel-

fall, ähnlich wie in Paris, wo eine Mischfinanzierung zu 60 % aus dem Etat der Sozialversicherungen (Securite Social) und zu 40 % aus dem der Stadt geschieht.³⁾

Aufgaben:

Die Aufgaben der Beratungsstelle sind bedingt durch die Einbindung in das Gesundheitsamt und dessen Funktionen, *erstens*: Amtshilfe und *zweitens*: beratende und therapeutische Tätigkeit im weitesten Sinne, was auf der Grundlage der Ermächtigungsverträge möglich wurde. *In der spezifischen Verbindung von Behördenintegration der Beratungsstellen mit vollem Behandlungsrecht stellt Hannover einen Sonderfall dar, den wir als notwendig, weil nur so als wirklich effektiv ansehen.* Auf die besondere Problematik dieser Verbindung komme ich noch später zu sprechen. Die Stadt hat hier den gesetzlichen Auftrag des neuen Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (1978) vorweggenommen und inhaltlich durch die Behandlungsmöglichkeit weitergeführt.

a) *Zur Amtshilfe :*

Alle hoheitsrechtlichen Aufgaben, die zuvor zentral von der Abteilung für Psychohygiene im Gesundheitsamt bearbeitet und durchgeführt werden mußten, werden jetzt den geographisch zuständigen Beratungsstellen zugewiesen und müssen dort erledigt und vollzogen werden. *Schwerpunktmäßig* sind diese Aufgaben: Zwangseinweisungen, Ent- und Wiederbemündigungen, Pflegeschaffen. Als Außenstellen des Gesundheitsamtes müssen die Beratungsstellen darüber hinaus mit allen anderen Ämtern vertrauensvoll zusammenarbeiten und könnten jederzeit zu Amtshilfeaufgaben herangezogen werden. Hauptzuweisende und Fragesteller sind nach einer empirischen Untersuchung: Bezirkssozialarbeiter, städtisches Gesundheitsamt mit Außenstellen, Sozialamt, Krankenhausfürsorge, Gerichte, Jugendamt, Polizei und andere Behörden.

b) Die *therapeutischen Aufgaben* lassen sich schematisch folgendermaßen definieren:

1. Nachsorge nach Krankenhausentlassungen durch kontinuierliche, nachgehende, intensive Betreuung.
2. Prävention, insbesondere Behandlung von Krisen und leichteren Erkrankungen in der Umgebung des Patienten, mit dem Ziel, eine stationäre Aufnahme zu verhindern.
3. Einweisung stationär behandlungsbedürftiger Patienten in das zuständige psychiatrische Krankenhaus oder Allgemein-Krankenhaus.
4. Vermittlung sozialer und beruflicher Hilfen im Rahmen von Vorbeugungs-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen.

5. Beratung anderer psychosozialer Einrichtungen.

Die Zielgruppe ist eine Klientel, die bedingt durch ihre psychischen Störungen und häufig damit verbundener sozialer Not nach der Klinikentlassung zu 80 % den mit der Nachbehandlung betreuten Nervenarzt nicht aufsucht und auch sonst durch das Netz psychosozialer Beratung fällt (DILLING / WEYERER 1975; BOSCH / PIETZCKER 1975). Von der diagnostischen Zuordnung her sind dies:

- a) psychogeriatrische Patienten,
- b) chronisch psychotische Patienten,
- c) chronische Alkoholiker und Medikamentenabhängige und
- d) Persönlichkeitsgestörte, die auch unter die Rubriken der Psychopathen und Soziopathen oder chronifizierten Neurosen fallen.

Die Betreuung dieser Klientel ist schwierig und zeitraubend, oft auch desillusionierend und entmutigend - und wird durch die „kläglichen psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Gebührenordnungen“ (KISKER 1978) bei weitem nicht abgedeckt. *Daß es sich um diese Zielgruppe auch in der tatsächlichen Arbeit der Beratungsstelle handelt, zeigt die empirische Untersuchung deutlich*, die wir über einen Zeitraum von einem Jahr (1977/78) für die Beratungsstelle Linden gemacht haben. Auch die Jahresstatistiken von 1978 und 1979 des Gesundheitsamtes weisen dies aus. Ich nenne im folgenden einige exemplarische Daten: Als *Fall*, der in die Untersuchung einging, wurde definiert, wer mindestens einmal einen persönlichen Kontakt mit einem Mitarbeiter der Beratungsstelle im Erhebungszeitraum des einen Jahres hatte. Dies sind insgesamt 378 Klienten, was im Quartal bis zu 200 Klienten bedeutet. In den Jahren 1978 und 1979, nachdem alle fünf Beratungsstellen personell ausgebaut und besetzt worden waren und die Teams sich konsolidiert hatten, stiegen die absolute Fallzahl und auch die abrechenbaren Fälle kontinuierlich an und pendelten sich bei 200 bis 250 Klienten pro Quartal ein.

Struktur der Klientel

Absolut und relativ gesehen überwiegen Frauen mit 61,1 % (N = 231) gegenüber Männern mit 38,9 % (N = 147). Bei den Frauen sind die jeweiligen Altersgruppen von 21 bis 30 und bis kontinuierlich 71 bis 80 Jahre annähernd gleichmäßig (je rd. 15 %) vertreten mit einem Maximum in der Gruppe der 31 - bis 40-jährigen (N = 40, 17,3 %) und einem Minimum beiden 61-bis 70-jährigen (N = 25, 10,8 %). Bei den Männern überwiegen die Altersgruppen zwischen 21 und 40 Jahren, zusammengenommen 41,5 % (N = 61), das heißt, mehr als jeder dritte männliche Klient befand sich in dieser Altersgruppe.

Zu den Diagnosen: Die gewohnten Diagnosegruppen griffen meist nicht mehr, die Störungen ließen sich bei genauer Analyse nicht mehr unter einem Begriff subsumieren und mußten häufig zu *psychosozialen Diagnosen* erweitert werden, wie z. B. beim Arbeiter Z., 56 Jahre alt, zunächst selbständiger Handwer-

ker, der seinen Betrieb aufgeben und in einen fremden Betrieb übergehen mußte, weil Maschinen seine Fähigkeiten ersetzten. Nach 20jähriger Zugehörigkeit wird ihm nach einem Betriebsunfall mit verbleibender Gehbehinderung gekündigt. Ohne Kenntnis der Vorgeschichte wird er vom niedergelassenen Arzt wegen Alkoholabusus und -abhängigkeit der Beratungsstelle zum Zwecke der Zwangseinweisung zugewiesen. Die diagnostische Beurteilung war folgende: Es handelt sich um einen vorgealterten Arbeiter, der spürte, daß sein Wert mit abnehmender Verwertbarkeit im Betrieb nichts mehr galt. Wir sahen seinen Zustand als Zuspitzung einer Lebenskrise mit tiefer reaktiv-depressiver Verstimmung an, mit sekundärem Alkoholabusus und -abhängigkeit.

Eine Fülle ähnlicher Problemstellungen trat auf. Aus pragmatischen Gründen, vor allem zum Zwecke der Vergleichbarkeit, haben wir die Störungen derjenigen Diagnose zugeordnet, die bei der Beratung die *vordringlichste* Problematik darstellt. Von der Problemlage bzw. Diagnose her dominiert absolut gesehen Alkoholismus (und zwar in der Regel die schwersten Formen) gemeinsam mit Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Sie machen rd. 30 % (N = 110) aller Probleme aus, das heißt fast jeder dritte Klient war davon betroffen. Es folgen Psychosen mit 21,2 % (N = 78), das heißt jeder fünfte Klient litt darunter. An nächster Stelle kommen Probleme (11,1 %, N = 42), die weder neurologisch noch psychiatrisch definierbar waren, vielmehr Hiifeersuchen oder Hilfestellungen ausschließlich im sozialen Bereich oder Konflikte darstellten, die wir auch nicht psychiatrisch klassifizieren wollten. Es folgten mit 10,3 % (N = 39) Neurosen und danach die übrigen psychiatrischen, psychosomatischen und neurologischen Störungen.

Nach Geschlechtern getrennt, ergibt sich eine etwas andere Rangfolge: relativ und absolut überwiegt bei den Männern Alkoholismus (36,1 %, N = 53). Gemeinsam mit Drogen- und Medikamentenabhängigkeit machen diese Störungen 39,5% (N = 58) aller Fälle aus. Es folgen Psychosen (mit 13,6%, N=20), wobei hier jüngere Männer besonders mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis vertreten sind, - dann psychogeriatrische Erkrankungen (mit 10,9 %, N = 16) und Neurosen (9,5 %, N = 14). Beim Rest handelt es sich um keine neurologischen oder psychiatrischen Krankheiten (6,1 %, N = 9).

Bei den Frauen stehen an erster Stelle funktionelle Psychosen (26 %, N = 60), das heißt jeder vierte Fall, wobei die Psychosen deutlich im höheren Lebensalter überwiegen, gefolgt von Alkoholismus und Drogen- und Medikamentenabhängigkeit (22,5 % insgesamt, N = 52), wobei Frauen gegenüber Männern doppelt so häufig medikamenten- und drogenabhängig waren. Es folgen bemerkenswerterweise bei den Frauen an dritter Stelle (14,3 %, N = 33) Probleme, die nicht als psychiatrisch oder neurologisch zu klassifizieren waren (vor allen Dingen soziale Schwierigkeiten, familiäre Konflikte), dann Neurosen (10,8 %, N = 25) und psychogeriatrische-psychoorganische Störungen (9,5 %, N = 22).

Die Jahresstatistiken aller Beratungsstellen zeigen ähnliche diagnostische Schwerpunkte auf. Die Statistik von 1979 nennt in der Rangfolge der Häufigkeit

(N = 2939) Alkoholismus und Drogen- und Medikamentenabhängigkeit (N = 806, 27,4 %), funktionelle Psychosen (N = 661, 22,5 %), neurotische Leiden (N = 436, 14,8 %), psychogeriatrische Störungen (N = 306, 10,4 %). Die Schwerpunkte der Problemlagen der einzelnen Beratungsstellen sind abhängig von der jeweiligen sozialen Strukturierung der Stadtteile; im Arbeiterbezirk in Linden dominiert stets der Alkoholismus.

Der Schweregrad der Störungen, wie wir sie aus der Erfahrung kennen, mag statistisch daran ausgewiesen werden, daß über die Hälfte aller Klienten (52,5 %, N = 197) zuvor ambulant psychiatrisch behandelt wurde, mehr als jeder Dritte (43 %, N = 165, männlich und weiblich gleich häufig) vor dem Erstkontakt mit der Beratungsstelle in stationärer psychiatrischer Behandlung. Von den Klienten, die mehrfach stationärer psychiatrischer Behandlung bedurften war weniger als jeder vierte Klient bis zu dreimal und jeder siebente mehr als dreimal - bis fünfzehnmal - in einer solchen. Bei rund jedem Fünften (18,8 % N = 71) lag die erste Aufnahme im Zeitraum vor weniger als zwei Jahren, bei jedem Vierten (24,4 %, N = 92) davor. Bei fast der Hälfte aller Klienten (48,2 %, N = 182) begannen die Störungen vor zwei Jahren und länger (bis 16 Jahre) zuvor und sind nach der gängigen Definition damit als chronisch zu bezeichnen.

Soziale Lage der Zielgruppe

Diese Klientel entspricht nicht, wie hier nachgewiesen, derjenigen, die durch niedergelassenen Nervenärzte betreut und behandelt wird. Dort findet man schwerpunktmäßig (rd. 45 %) psychosomatisch und neurotisch Erkrankte.

Dazu liegen Untersuchungen von BEIERSMANN et al., DETTMERING DILLING et al., FÄHNDRICH, PONTZEN, WEINLAND u. a. vor. *Sie gehört ausgwiesenermaßen zu den sozial am schlechtesten gestellten Bevölkerungsgruppen.* Fast jeder Dritte (28,6 %, N = 108) war Rentner, rund jede Fünfte Hausfrau (22,9 %, N = 83), jeder Sechste arbeitslos (15,3 %, N = 58). *Gemeinsam machen diese Gruppen $\frac{2}{3}$ der Gesamtklientel aus.* Zählt man noch Berufslose, ungelernete und angelernte Arbeiter hinzu, so *sind das $\frac{3}{4}$ aller Klienten* (74,4 %, N = 269). Dagegen sind mittlere und leitende Beamte, mittlere Selbständige und leitende Angestellte insgesamt nur mit 1,4 % (N = 5) vertreten. Knapp die Hälfte (48,4 %, N = 183) aller Klienten lebten von Renten und Sozialhilfe. Die Renten sind, da dies besonders Frauen betrifft, sehr niedrig, zum Teil liegen sie noch unter dem Existenzminimum. Nur 12,2 % (N = 46) waren voll berufstätig, alle übrigen lebten über die bereits genannten Einkünfte hinaus von Krankengeld, Ausbildungsbeihilfen, Zuschüssen von Angehörigen oder von Teilzeitarbeit. *Es zeigt sich somit eindeutig, daß die Klienten der Beratungsstelle sich aus den Schichten rekrutieren, bei denen sich alle sozialen Nachteile kumulieren.* Die privilegierten Bevölkerungsschichten kennen andere Kanäle und bedienen sich ihrer, wenn sie soziale und psychische Hilfe benötigen, und die Zahl von ihnen, die aus Gründen der öffentlichen oder institu-

tionellen Ordnung und Hilfe zum Psychiater gewiesen werden, ist äußerst gering.

Nach dem Familienstand waren mehr als $\frac{3}{4}$ (76,6 %, N = 223) alleine das heißt ledig, verwitwet oder geschieden. Die ledigen Männer sind dabei überrepräsentiert. De facto aber wohnten nur knapp mehr als $\frac{1}{3}$ (36,8%, N = 139) alleine in ihrer Wohnung. *Somit wird deutlich, daß familiäre und partnerschaftliche Konflikte neben der Vereinsamung zentrale Problemlagen sind.* Immerhin waren 58 Familien mit Kindern unter 14 Jahren vom sozialen und psychischen Problem der Eltern mitbetroffen.

Zugang und Kontakt zur Beratungsstelle

Eine Besonderheit der Beratungsstellen - gegenüber allen anderen ambulanten Einrichtungen - ist die, daß der Hauptteil der Klienten nicht aus eigenem Interesse oder Bedürftigkeit selber Beratung sucht, dies tut nur jeder Fünfte bis Sechste (N = 68). Der Rest wird durch Dritte zugewiesen (rd. 80 %, N = 310), schwerpunktmäßig zu einem Drittel durch Behörden (das heißt meistens Sozialamt, Gesundheitsamt, Gerichte, Jugendamt und Polizei). In der Häufigkeit der Zuweisungen folgen psychiatrische Kliniken, niedergelassene Ärzte, nicht-psychiatrische Kliniken und Heime, Geschwister und die weitere Familie, Partner, andere Beratungsstellen, Kinder; schließlich Nachbarn, Vermieter, die Gemeinde, der Arbeitsbereich etc.

Die vergleichsweise geringe Zahl derjenigen, die von alleine kommen (es waren im Erhebungszeitraum 68 Personen), sind diejenigen, die die Beratungsstelle bereits seit ihrer Eröffnung her kennen und hier gut angenommen und behandelt wurden - und diese Gruppe hat sich inzwischen vergrößert. Es handelt sich um eine Kerngruppe von schwerstgestörten Psychotikern und Neurotikern die Krankheitskarrieren von bis zu 15jähriger Dauer hinter sich haben und 5 bis 15 stationäre klinische Aufenthalte, die zusammengerechnet mehrere Jahre ergeben. Diese Menschen sind mit der Beratungsstelle eine Art Vertrag eingegangen, der in der Regel eine wöchentliche Gruppenbehandlung vorsieht, häufig Depotneuroleptika, Einzelgespräche und die Abmachung, daß nachgefragt wird, wenn jemand mehr als einmal der Gruppe fernbleibt. Besonders für diese Gruppe ist die Nähe der Beratungsstelle zur eigenen Wohnung wichtig, daß sie zu Fuß erreichbar ist, da die Klienten öffentliche Verkehrsmittel meiden.

Fast niemand aus dieser Kerngruppe ist in den zurückliegenden vier Jahren, trotz zum Teil schwerster psychotischer Krisen, hospitalisiert worden, weil dies der ausdrückliche Wunsch der Patienten und das Ziel der mit ihnen zusammen arbeitenden Therapeuten war. (Hier mag mit wirksam werden, daß das Bezugskrankenhaus das LKH Wunstorf ist, und gerade diese Patienten die Klinik in deren früherem schlechten Zustand kannten). Für diese Patienten stellt inzwischen die Beratungsstelle einen heimatlichen Ort dar, wo ihre Fähigkeiten bestärkt, sie nicht abgewertet werden und wo Besonderheit und Auffälligkeit im Denken und Verhalten angenommen, toleriert und auch korrigiert werden.

Nur jeder Fünfte der *übrigen* Zugewiesenen (N = 87) fand von sich aus *aktiv* den Weg in die Beratungsstelle. Alle anderen mußten ein- bis mehrmals angeschrieben werden oder Zuhause aufgesucht werden. Bei jedem Zweiten aller Klienten haben wir mindestens einen, in der Mehrzahl mehrfach bis kontinuierlich wöchentlich einen Hausbesuch gemacht. *Obwohl über 80 % (N = 310) nicht aus eigenen Stücken kamen*, und viele eine Beratung oder überhaupt die Befassung mit ihrer Person ablehnten, auch in ihrer Situation generell über eine minimale Vertragsfähigkeit verfügten, so ließ sich doch mit 180 Patienten (36,5 %) ein auf Gegenseitigkeit beruhender Kontrakt hinsichtlich einer kontinuierlichen Beratung in wechselnden Zeitabständen vereinbaren.

Fragwürdigkeit diagnostischer Festschreibungen

Die bislang dargestellten strukturellen Daten zeigen zwar deutlich die soziale Situation des Klienten, bestimmte Häufungen von Problemlagen und ein allgemeines Bild des Zugangs zur Beratungsstelle. Die Empirie ließe sich noch weit auffächern. Der soziologisch-empirische Zugriff auf das „Material“ schafft jedoch eine künstliche Wirklichkeit, die eigenartig leer ist. Sie ist gerade um die Probleme gereinigt, die den jeweiligen Einzelfall in seiner spezifischen Komplexität ausmachen, und um die Spannungen, in denen die Therapeuten in der unmittelbaren Konfrontation mit dem sozialen Ort der Klienten stehen.

Gerade die Arbeit in der Beratungsstelle hat mich gezwungen, erneut meinen psychiatrischen Standort zu überprüfen, weil ich ständig die äußerst zwiespältige Position *der Amtsärztin und Therapeutin in einer Person* erleben mußte: bewußter denn je stand ich in der Spannung zwischen den Impulsen und Anforderungen, Schutz und Hilfe zu geben, vorzusorgen, zu verhindern und auf der anderen Seite auszusondern, auszugrenzen, Zwangsmaßnahmen anzuwenden, damit zu drohen und soziale Kontrolle auszuüben. Immer wieder mußte ich mich fragen, auch gemeinsam im Team, ob wir uns nicht für mehr zuständig erklärten, als wir verantworten können, ob wir nicht durch *diagnostische Festschreibung*, den durch die Konfrontation in der Gemeinde erkannten sozialen, ökonomischen oder politischen Problemkern, z. B. durch die Notwendigkeit zur Kassenabrechnung, unnötig psychiatrisierten und medizinierten und damit noch mehr unsichtbar machten. Ist es gerechtfertigt, Unsicherheit und Ungeübtheit, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Behörden als psychoreaktive Störung auszuweisen oder einen heftigen Familienkonflikt, der auch von den Beteiligten als nicht krankhaft empfunden wird, sie jedoch belastet und verwirrt?

Die Janusköpfigkeit dieser Organisationsform der Beratungsstelle zeigt sich auch deutlich hinsichtlich der *Dokumentationsverpflichtungen*, besonders bei den Patienten, die von sich aus zur Beratung kommen. Da eine zentrale Datei existiert, ist es nicht sicher, in welche Hände die vertraulichen Informationen kommen, was z. B. bei amtsärztlichen Einstellungsuntersuchungen für Beamtenanwärter kritisch werden kann. Eine gesicherte Trennung der Daten, die ei-

nerseits bei der Erteilung von Hilfen und andererseits bei amtsärztlichen Aufgaben gewonnen werden, muß garantiert sein, sonst würde die Basis therapeutischer Arbeit zerstört. Hier werden Überlegungen angestellt, ob der Datenkreislauf besser, das heißt geschützter organisiert wäre, durch Einbindung in die jeweils zuständigen Nervenkliniken.

Problematisch ist und bleibt darüber hinaus für eine Arbeit, die ein ausreichendes Maß an Flexibilität und Unkonventionalität zur Entwicklung neuer Arbeitsweisen und Problemlösungen braucht, die Einbindung der Stellen in das Gesundheitsamt, das als Behörde hierarchisch gegliedert und schwerfällig ist, und wo besondere Funktions- und Legitimationszwänge, Absicherungsbedürfnisse und Forderungen nach Effizienznachweisen wirksam werden.

Gerade hier zeigt sich ein gravierendes Problem: die Operationalisierung des Begriffs der „Besserung“. Im allgemeinen bedeutet der Begriff ja nichts anderes als die Orientierung der Effizienz psychiatrischer Arbeit an der Berufs-, Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit. Bei unserer Klientel griff diese Zielorientierung nicht, da sie von ihrer Situation her schon nicht mehr zutraf. Für mich als Ärztin bestand das Problem weniger in der jeweiligen Behandlung, in der nachträglichen Analyse des Fallverlaufs löste ich es dann durch eine subjektive Einschätzung aller Mitarbeiter hinsichtlich der Befindlichkeit, des Verhaltens, der Beziehungsfähigkeit und anderer Kriterien der Patienten.

Ein anderes Indiz für die Effizienz der psychiatrischen Arbeit ist die Vermeidung von Dauer- und Rehospitalisierungen, was allgemein so gesehen wird, insbesondere aber von Patienten so gewertet wird. Für diese Klientel stellt dieser Indikator möglicherweise das einzig faßbare, das heißt mit ähnlichen Populationen und anderen Versorgungsbedingungen vergleichbare Kriterium dar. Wie schon erwähnt, wurde von der Kerngruppe der Betreuten im Laufe des Erhebungszeitraumes und den Folgejahren kein Patient hospitalisiert. Erhärtert wird dieser Zusammenhang weiterhin durch die Tatsache, daß sich im Erhebungszeitraum die Anfragen zur Zwangseinweisung für den Sektor (123.000 Einwohner) durch Vorabklärung von ca. 130 auf rund 60 Fälle reduzieren ließen, wobei es lediglich bei 15 zur tatsächlichen Zwangseinweisung kam. Diese erfreuliche Entwicklung läßt sich für das gesamte Stadtgebiet Hannover nachweisen und für Regionen, in denen mit mobilen Teams gearbeitet wird: so in den Niederlanden, Paris oder Arezzo⁴).

Anmerkungen

¹) Zitiert nach Kisker, K. P. in Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie, Stuttgart 1977, S. IX

²) Association de Sante Mentale et de Lutte contre l'Alcoolisme dans le XIIIeme Arrondissement: Rapport d'Activites 1977, S. 11

³) ebd. S. 59

⁴) u. a. in Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie, Stuttgart 1977, S.111; Berek, M.: Mündliche Mitteilung der Ergebnisse seiner Dissertation über Zwangseinweisungen in der Stadt Hannover 1972-1979; Riedmüller, B.; Simons, Th.: Die Psychiatrie in „Buon Governo“, - Bericht über den Kongreß „Psychiatriae Buon Governo“ in Arezzo vom 28. 10. bis 3. 11. 1979, in: Das Argument 120/1980,5.259

Literatur:

- Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie. F. Enke Verlag, Stuttgart 1977
- Beyersmann, J., Kruckenberg, P., Pontzen, W., Reiners, B.: Modell für eine sozialpsychiatrische Ambulanz?, Psychiat. Praxis 3, 1976, 153-163
- Bosch, G., Pietzcker, A.: Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4201, Deutscher Bundestag, 1975, 344
- Degkwitz, R., Römer, K., Rudolph, W., Schulte, P. W.: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern, Spektrum 4, 1973, 114-115
- Dettmering, P.: Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Betreuung psychisch Kranker, Nervenarzt 44, 1973, 26-30
- Dilling, H.: Nervenärzte in der Praxis - Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung, Psychiat. Praxis 1, 1974, 99-106
- Dilling, H., Weyerer, S.: Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein, Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201, 1975, 382, zitiert als Dilling und Weyerer 1975
- Diilling, H., Weyerer, S., Lisson, H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte, Social Psychiatry 10, 1975, 111-131
- Dörner, K.: Diagnosen der Psychiatrie. Campus, Frankfurt 1975
- Fähndrich, E.: Über die Arbeit eines Assistenten der Universitäts-Nervenklinik im Sozialpsychiatrischen Dienst des Berliner Bezirks Charlottenburg, Nervenarzt 44, 1973, 581-584
- Fähndrich, E., Kruckenberg, P., Pontzen, W.: Befragung von Psychiatern in Klinik und Praxis zur gegenwärtigen Versorgungssituation psychiatrischer Patienten in Berlin, Psychiat. Praxis 3, 1976, 214-221
- Hochmann, J.: Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt 1973
- Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause, in: Fortschritte der Sozialpsychiatrie 2, Urban & Schwarzenberg, 1977
- Kisker, K, P.: Der „praktische Arzt“ und die „Gemeindepsychiatrie“. Niedersächsisches Ärzteblatt 2/1978, 55-58
- Köppelmann-Baillieu, M.: Gemeindepsychiatrie. Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich. Campus, Frankfurt 1979
- Meine-Hagemann, B., Voigtländer, W.: Zur ambulanten Versorgung in der Psychiatrie - die sozialpsychiatrischen Dienste in Westberlin, Argumente für eine soziale Medizin, AS 30, Argument Verlag, Berlin 1979, 150-165
- Pörksen, N.: Kommunale Psychiatrie. Das Mannheimer Modell, Rowohlt, 1974
- Pontzen, W.: Klientel und Arbeitsweise der sozialpsychiatrischen Dienste in Westberlin, Sozialpsych. Informationen 47/48, Dezember 1978, 92-100
- Pontzen, W., Kruckenberg, P.: Psychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes - der Sozialpsychiatrische Dienst in Berlin, Archiv f. Wissenschaft u. Praxis der sozialen Arbeit 7, 1976, 204-218
- Weinland, W.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen, Spektrum 3, 1975, 110-118

Zum Stand der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Ostfriesland (Emden - Aurich - Leer)

H. Krüger

Ein Referat über die psychiatrische Versorgungslage in der ostfriesischen Region Emden - Aurich - Leer fällt kurz aus, ist es doch eines über ihre Dürftigkeit: So praktizieren Nervenärzte (wie üblich hälftig neurologisch) in diesem Gebiet wie folgt (siehe auch Abb. 1):

In Emden (55.000 Einwohner) eine Neurologin, die ihre Praxis am 12. 6.1980 nach Norden verlegt hat; verbleiben noch ein älterer Nervenarzt, der seine Praxis stark verringert, und seit November 1979 eine Kinderärztin mit Zusatztitel „Psychotherapie“.

Im Kreise Aurich (166.000 Einwohner) wird es dann nach der Praxisverlegung der oben genannten Kollegin nur eine volltätige niedergelassene Nervenärztin geben (von einem Neurochirurgen und einem älteren Kollegen in Norden abgesehen).

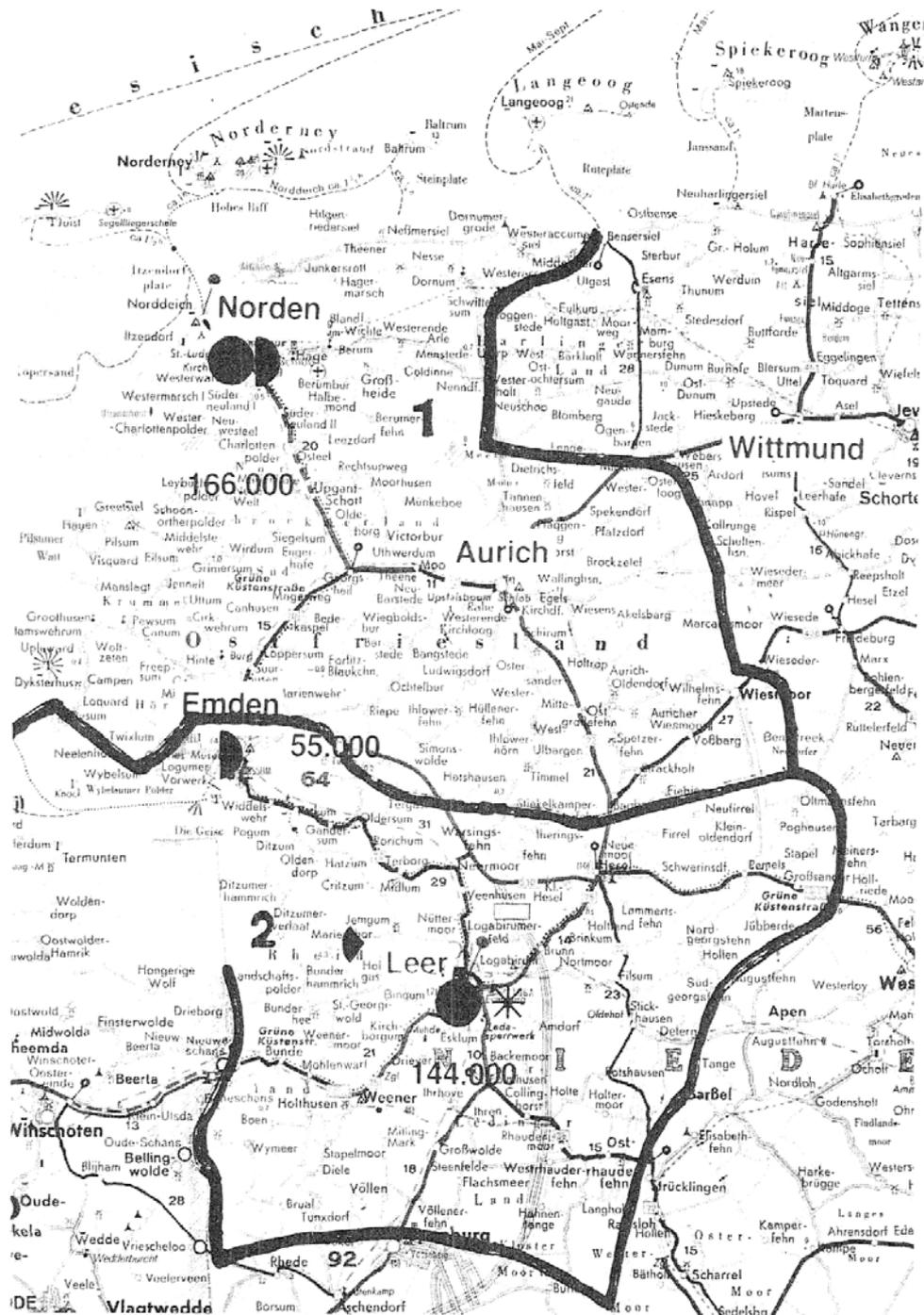
Im Kreise Leer (144.000 Einwohner) praktiziert ein nervenärztlicher Kollege und ein Internist mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“.

Rechnet man diese Kapazitäten ambulanter Neuropsychiatrie zusammen, verbleiben 3,5 : 360.000 Einwohnern, was einem Schlüssel von ca. 1 : 100.000 entspricht, jedoch nach Abzug des neurologischen Leistungsanteils einem solchen von 1 : 200.000. Die katastrophale psychiatrische Versorgungssituation wäre damit gekennzeichnet. An ihr ändert auch die psychiatrische Außenfürsorge des Landeskrankenhauses Osnabrück (ein Tag pro Monat pro Landkreis) so wenig wie aufkeimende Suchtberatungsstellen (zum Teil als Ein-Mann-Betriebe) und Sozialpsychiatrische Dienste-vorerst neue Firmenschilder der Gesundheitsämter -, die fast ausnahmslos mit meist schon vorhandenen Sozialarbeitern arbeiten und für die psychiatrisch erfahrenen Ärzte und / oder Psychologen noch nicht in Sicht sind, ganz zu schweigen von der Rechtsunsicherheit ihrer Behandlungskompetenz.

Die psychiatrische Klinik am Städtischen Krankenhaus Emden wurde von der Stadt Emden gemeinsam mit dem Niedersächsischen Sozialministerium bereits Anfang der 70er Jahre geplant. Ihre Größe ist auf 120 Betten und 20 Tagesklinik-Plätze festgelegt. Die erste 30-Betten-Station wurde am 1. 1. 1980 eröffnet. Der ärztliche Leiter wurde bereits nach seiner Einstellung am 1. 7. 1979 mit dem Bedürfnis der Bevölkerung nach psychiatrischer Versorgung konfrontiert. Neben Klinikplanung und Organisation hatte er das erste Quartal konsiliarische und ambulante Konsultationen alleine zu bewältigen (72 neue Patienten mit 180 Konsultationen gesamt). Im Oktober 1979 kamen zwei weite-

Abb. 1

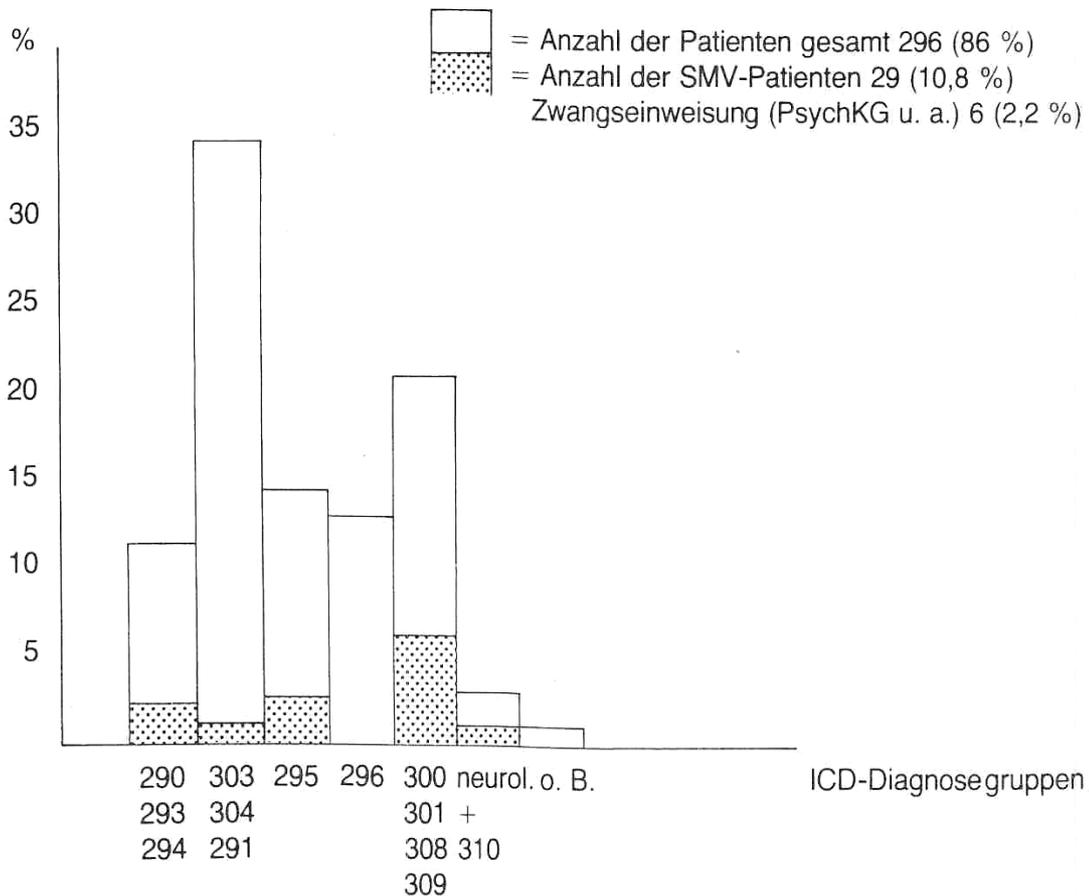
OSTFRIESLAND



- FA Neurologie und Psychiatrie
- ◐ FA i. Pensionsalter
- ▲ Ärzte mit Zusatztitel »Psychotherapie«

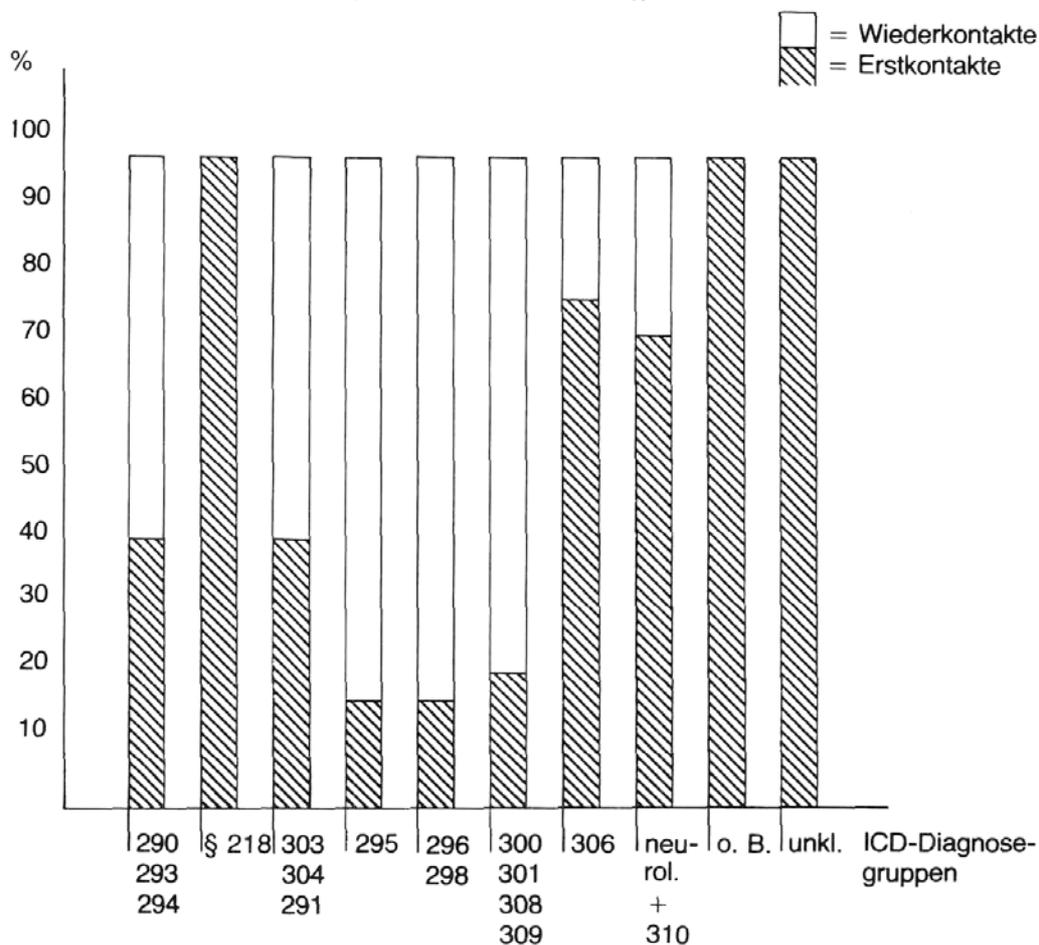
✳ gibt Praxis Juni 1981 auf
 1: SVG Psychiatr.-neurol. Abt. Kreiskrankenhaus Norden
 2: SVG Psychiatr. Klinik Städt. Krankenhaus Emden

Abb. 2: Stationäre Aufnahmen in der Psychiatrischen Klinik Emden
1. 1. 1980 – 30. 6. 1980 (N = 269)



re Kollegen (OA, Ass.), neun Krankenschwestern, zwei Sozialarbeiter, eine Psychologin, ein Beschäftigungstherapeut und im November 1979 ein weiterer Oberarzt dazu. Bis zum Jahresende 1979 hatten wir neben Einbezugsplanung (Station-Probelaufe etc.) 450 ambulante und konsiliarische Patientenkontakte. Die Arbeit wurde zusätzlich dadurch erschwert, daß für uns nur der allgemeine Fernsehraum des Krankenhaus-Altbausais Besprechungs- und Konsultationsraum, der gleichzeitig auch als Pausenraum der Krankenpflegekräfte des Allgemeinkrankenhauses diente, zur Verfügung stand. Mittlerweile auf knapp 40 Mitarbeiter angewachsen (Stellenplan 1980: 8 Ärzte, 1 Psychologin, 34 Krankenschwestern, 3 Beschäftigungstherapeuten, 3 Sozialarbeiter, 2 Sekretärinnen, 3 Zivildienstleistende) haben wir seit dem 1. 4. 1980 eine weitere Halbstation mit 15 Betten in Betrieb genommen und beabsichtigen, im Oktober 1980 die Tagesklinik mit 20 Plätzen einzurichten und eine weitere Halbstation mit 15 Betten für Suchtkranke (gesamt 60 Betten und 20 Tagesklinikplätze). Nach Umbau und Renovierung des alten Krankenhauses werden die bei uns noch zur „Untermiete“ untergebrachten Teile der chirurgischen, internistischen und gynäkologischen Abteilung, der Krankenpflegeschule, der Kinderambulanz und des Labors aus dem Bauteil „P“ (Psychiatrie) wieder ausziehen. Dies wird voraussichtlich 1982 der Fall sein. Dann werden zwei neue Stationen je 30 Bet-

Abb. 3: Vergleich der Erst- und Wiederkontakte in der Ambulanz der Psychiatrischen Klinik Emden 1. 7. 1979 – 30. 6. 1980 (N1 = 209; N2 = 646))

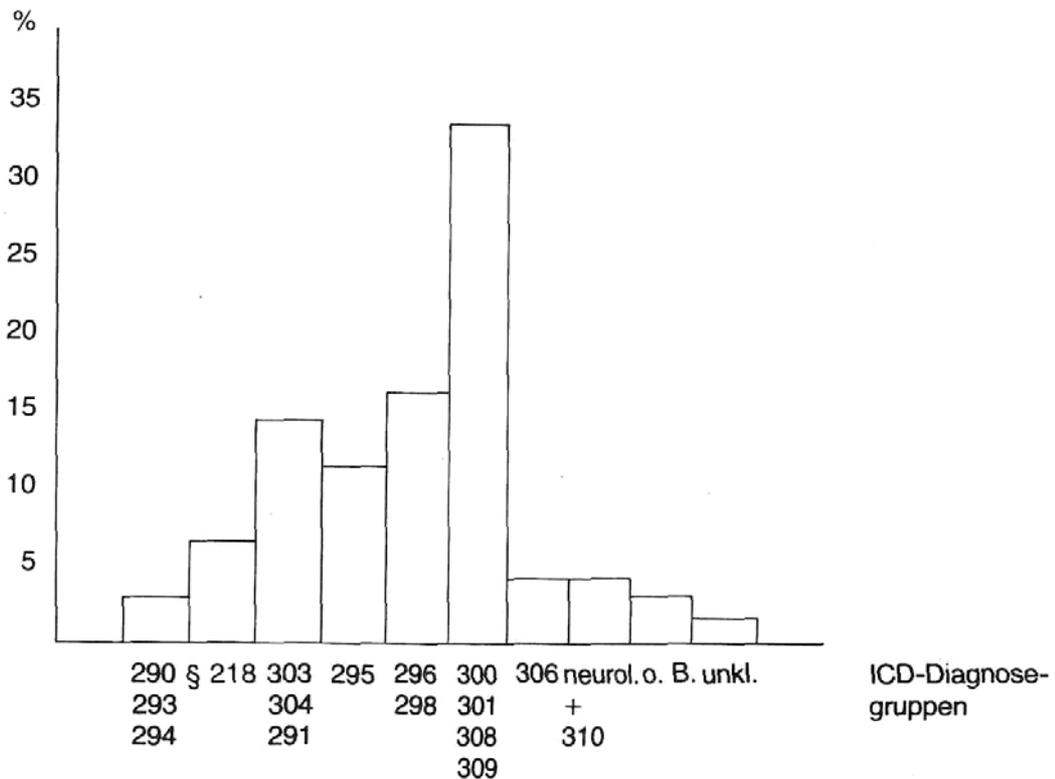


ten (Langzeitbereich und Suchtbereich) nach entsprechender Stellenplanerweiterung in Betrieb gehen.

In diesem Ein-Jahresabschnitt (vom 1. 7. 1979 bis 30. 6. 1980) hatten wir neben 269 stationären Aufnahmen (1.1.1980 bis 30. 6.1980, siehe Abbildung 2; bis 31. 12. 1980 = 723 Aufnahmen) 237 Erst-Konsile (Konsilkontakte insgesamt 359) und 209 ambulante Erst-Kontakte (Ambulanz-Kontakte insgesamt 855, siehe Abbildung 2 und 3).

Zusammengenommen waren das 715 neue Patienten für uns bei 1.214 Ambulanz/Konsil-Kontakten (bis 31. 12. 1980 = 2.197 Konsil/Amb.-Kontakte). Hinsichtlich der ambulanten Tätigkeit muß hervorgehoben werden, daß wir in dieser Zeit weder eine Ermächtigung noch eine Institutsambulanz-Genehmigung hatten. Auch aus arbeitstechnischen Gründen (nur vier Ärzte) hatten wir die

Abb. 4: Diagnosenverteilung der Ambulanz-Patienten
in der Psychiatrischen Klinik Emden
1. 7. 1979 – 30. 6. 1980 (N = 209)

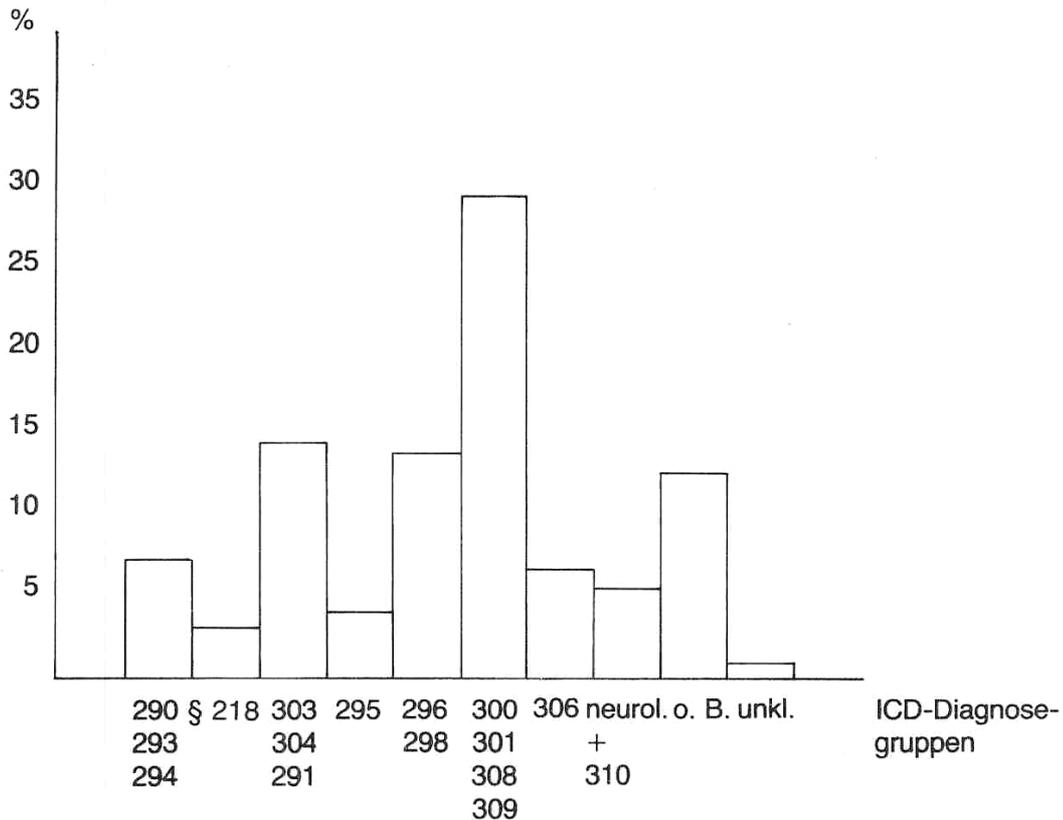


ambulant zu betreuende Klientel schon so klein wie irgend möglich gehalten. Deshalb blieben auch die vielen Anfragen, sowohl von innerhalb als auch von außerhalb unseres „Sektors“, die mit Gesprächsterminen nicht mehr bedacht werden konnten, ungezählt. Rund 80 % der ambulanten wie auch der Konsilpatienten stammten aus dem „Sektor“). Sie stammten ihrerseits wiederum zu $\frac{2}{3}$ aus der Stadt Emden selbst. Dieses Angebot ambulanter Patientenversorgung gelang nur unter Miteinbeziehung von nicht-ärztlichen Mitarbeitern, jeweils in der Allianz von einem „Erfahrenen“ und einem noch „Unerfahrenen“.

Unter den medizinischen Diagnosen nach dem ICD-Schema standen die Ambulanz-Patienten mit Neurosen, reaktiven- und Persönlichkeitsstörungen mit insgesamt 33,9 % an erster Stelle, gefolgt von Depressionen 16,7 % (ICD-Ziffern 296, 298.0), Suchtkranken (14,8 %) und Schizophrenien (11,9 %), siehe Abb. 4. Unser Diagnosenspektrum ähnelt sehr dem jüngst von U. JACKUMEIT und CH. NEHLS (1980) veröffentlichten (Neurosen 30,49 %, Schizophrenien 17,52 %, Abhängigkeitserkrankungen 15,77 %).

Abb. 5: Diagnosenverteilung der Konsilpatienten in der Psychiatrischen Klinik Emden

1. 7. 1979 – 30. 6. 1980 (N = 237)



Das Diagnosenspektrum der Konsil-Patienten ähnelt dem der ambulanten Patienten sehr, vgl. Abb. 5. Auch hier standen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und -reaktionen mit 29,9 % an der Spitze. Hier wurden sie allerdings gefolgt von den Suchtkranken mit 15,6 %, den Depressiven mit 14,8 % und von den 13,9 % der Patienten, die weder psychiatrisch noch neurologisch als krank anzusehen waren.

Vergleicht man dieses Diagnosen-Profil mit den Diagnosen der Zugänge im stationären Bereich, so überwiegen hier die Suchtkranken mit 34,6 %, gefolgt von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und -reaktionen mit 21,6 %, Schizophrenien 15,6 %, Depressionen 13,7 % und psychisch Alterskranken mit 11,5 %. Die Suicidquote lag bei den stationären Patienten bei 10,8 %, bei den Konsilpatienten bei 15,6 %. Das Diagnosenprofil der stationären Patienten deckt sich ebenfalls mit dem von U. JACKUMEIT und CH. NEHLS mitgeteilten. Der Anteil unserer stationären Suchtkranken wäre noch um etliches höher gewesen, wenn wir unsere Vier-Betten-Intensiv-Einheit bereits in Betrieb gehabt hätten. So aber erfolgt bis jetzt die Alkoholdelirbehandlung noch auf der internistischen Intensiv-Station. Das Diagnosenprofil unserer stationären Patienten stimmte dagegen nicht mit dem von H. PHILJPZEN UND MITARBEITERN (1977) mitgeteilten überein. Bei den von diesen Autoren mitgeteilten Daten -

auch aus einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus - standen Neurosen mit 35,6 % an erster Stelle, gefolgt von manisch-depressiven Psychosen mit 23,7 % und Schizophrenien mit 13,8 % und Alkoholkranken von 7,3 %. Auch das ambulante Diagnosespektrum von PHILIPZEN UND MITARBEITERN wich von unserem deutlich ab: Neurosen und Persönlichkeitsstörungen 53,4 %, manisch-depressive Psychosen 18,7 %, Schizophrenien 8,5 %, Alkoholismus 5,7 %.

Vergleicht man unser ambulantes Krankengut mit der Klientel niedergelassener Nervenärzte (DILLING, WEYERER, LISSON 1975, DILLING 1977), so wird bei den von uns ambulant betreuten Patienten ein vergleichsweise hoher Prozentsatz schizophrener und manisch-depressiver Erkrankungen wie auch von Alkoholkrankheiten deutlich. Dieser Tatbestand spricht dafür, daß unsere Ambulanztätigkeit einen Schwerpunkt in der aktiv-nachgehenden Betreuung der aus dem Landeskrankenhaus Osnabrück und der bereits aus unserer stationären Behandlung entlassenen Patienten setzte. Daß es sich um eine sehr intensive Beratungstätigkeit handelte, zeigt sich schon in der Anzahl der 646 Wiederkontakte bei den 209 Ambulanz-Patienten, wobei auf die Schizophrenen und die Depressiven die höchsten durchschnittlichen Kontakte von 5,4 pro Patient entfielen. Zweifellos liegen wir in unserer Kontaktfrequenz noch weit unter der von M. BAUER 1977 für den Sozialpsychiatrischen Dienst der Medizinischen Hochschule Hannover angegebenen (durchschnittlich 16,9 Kontakte in einem Zwei-Jahreszeitraum). Immerhin lag unsere Kontaktfrequenz mit durchschnittlich drei Kontakten noch etwas höher als die der Psychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover in den Jahren 1972 bis 1974 (2,5 Konsultationen pro Patient in diesem Zwei-Jahreszeitraum).

Diese praktischen Ergebnisse unserer ersten Bedürfnisprüfung vor Ort haben sicher nur den Gipfel eines nach oben drängenden „Eisberges“ ausgemacht. Dennoch sollten diese Zahlen bereits die Genehmigung zur Errichtung einer Institutsambulanz gemäß § 368 n RVO rechtfertigen. Die Stadt Emden hatte bereits im Dezember 1979 einen entsprechenden Antrag beim Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Hannover auf Abschluß eines solchen Institutsvertrages gestellt.

In seiner Sitzung am 21. 5.1980 verneinte dieser Ausschuß ein solches Bedürfnis. Dem ärztlichen Leiter der Psychiatrischen Klinik wurden schriftlich vorerst noch keine Gründe für den Ablehnungsbescheid genannt. Angeboten und geführt wurden Gespräche über „Alternative Lösungen“. Leicht zu erraten, daß es da nur *eine* gab: die streng persönliche Ermächtigung des leitenden Arztes und einer schon früher von der KV Aurich mit erhobenem Zeigefinger beschworenen Delegationsmöglichkeit nur im Krankheits- und Urlaubsfalle. Angeregt wurde ferner, dafür zu sorgen, „daß zwischenzeitlich irgendwelche öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten des Antragstellers unterbleiben ...“ (Schreiben der KVN Hannover vom 23. 5. 1980).

Am 26. 6. 1980 hat die Stadt Emden gegen den Bescheid des Landesausschusses Hannover Widerspruch eingelegt. Dieser Widerspruch begründet

sich auch damit, daß der Landesausschuß seine Bedürfnisprüfung nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung“ vom 5. Oktober 1977 (Beilage zum Bundesanzeiger Nr. 237 vom 20. Dezember 1977 Nr. 28/77) ganz offensichtlich nicht vorgenommen hat. In dem Widerspruchsschreiben wurde des weiteren auch mitgeteilt, daß die Psychiatrische Klinik des Städtischen Krankenhauses Emden angewiesen wird, ihre Ambulanztätigkeit zum Monatsende Juni einzustellen. Mit einem Schreiben vom 9. Juli 1980 des Herrn Oberstadtdirektors der Stadt Emden werden über diesen Sachverhalt die niedergelassenen Ärzte und Fachärzte in Emden unterrichtet.

Am 16. 7. 1980 reagierte die Kassenärztliche Vereinigung, Bezirksstelle Aurich ebenfalls mit einem Rundschreiben, in dem sie die niedergelassenen Ärzte wissen ließ, daß der Antrag auf Institutsambulanz nicht von der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern von dem oben genannten Landesausschuß abgelehnt worden sei und daß der ärztliche Leiter der Klinik wiederholt von der KV aufgefordert worden sei, seine persönliche Ermächtigung für die Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu beantragen.

Am 4. 8. 1980 teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln der Stadt mit, daß die Bedürfnisprüfung ausschließlich Sache des Landesausschusses in Hannover sei und daß die KBV keinen Einfluß auf die Ermittlung und Feststellung des Bedarfes nehmen könne. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung werde aber die Emdener Ambulanzfrage zum Anlaß nehmen, einen „Erfahrungsaustausch“ unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Thema herbeizuführen.

Im Niedersächsischen Ärzteblatt vom 5. 8. 1980 und im Deutschen Ärzteblatt vom 7. 8. 1980 wird ein Kassenarztsitz für einen Arzt für Psychiatrie für die Stadt Emden als dringlich zu besetzen ausgeschrieben!

Am 20. 8. 1980 erhebt die Stadt Emden Klage beim Sozialgericht in Hannover. Bis zum Zeitpunkt der Drucklegung hatte der Prozeß noch nicht begonnen.

*) In der Aufbauphase der Klinik: „harter Sektor“: Stadt Emden (z. B. § 11 PsychKG), erweiterter Sektor: Emden-Leer, siehe Abb. 1. Seit 1. 10. 1980 Vollversorgung Stadt Emden und Landkreis Leer.

Literatur:

BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie, F. Enke, Stuttgart 1977

DILLING, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung, Nervenarzt 48 (1977), 586-602

DILLING, H., WEYERER, S., LISSON, S. H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte, Sozialpsychiatrie 10 (1975), 111-131 JAKUMEIT, U., NEHLS, GH.: Psychiatrisch-epidemiologische Patientenstatistik innerhalb einer Großstadtregion, Psychiat. Praxis 7 (1980), 133-154

PHILIPZEN, H.: Aufbau eines dezentralisierten Systems zur Versorgung psychisch Kranker in einer Region, Psychiat. Praxis 4 (1977), 3-14

Diskussion zu den Referaten

Diskussion zu den Referaten über ambulante psychiatrische Dienste am Krankenhaus und in der Gemeinde

BAUER: Ich habe eine Frage an Herrn Krüger. Wir haben ja gestern von Herrn Schmidt aus Saarbrücken gehört, daß er für die Psychiatrische Klinik am Sonnenberg in Saarbrücken den Antrag auf Einrichtung einer Institutsambulanz gestellt hat. Da der Antrag zunächst offenbar lange liegen blieb, hat Herr Schmidt vor dem Sozialgericht Klage gegen die KV wegen Untätigkeit erhoben. Im Zuge des Klageverfahrens ist ihm dann das Recht auf Einrichtung einer Institutsambulanz eingeräumt worden. Meine Frage an Sie ist: Was gedenken Sie oder die Stadt Emden als Träger der Klinik zu tun, um das, was Sie anstreben, vielleicht doch noch zu erreichen?

KRÜGER: Ich möchte der Stadt Emden nicht vorgreifen. Anfang Juli wird ein Gesundheitsausschuß tagen, das wird eine sehr entscheidende Sitzung sein. Ich gehe davon aus, daß die Stadt Emden klagen wird. Es gibt eine Rechtsmittelbelehrung gegen den Ablehnungsbescheid. Innerhalb von vier Wochen ist Widerspruch einzulegen. Dieser Widerspruch wird in den nächsten Tagen eingelegt werden. Man wird sehen, wie lange das braucht, angeblich tagt dieser Landesausschuß nur zweimal im Jahr, wenn ich das richtig gehört habe. Es wird sich herausstellen, ob allein über den Widerspruch dann erst bei der nächsten Tagung, im Herbst oder später, entschieden werden wird. Was die Stadt für Schritte dazwischen ergreifen wird, das vermag ich noch nicht zu sagen.

NN: Ich möchte Frau von Ekesparre fragen: Wenn Sie so viel Alkoholranke behandeln in diesen psychosozialen Beratungsstellen, wie ist das dann mit den Suchtberatungsstellen sonst in Hannover? Gibt es die nicht?

von EKESPARRE: Es gibt in Hannover spezielle Suchtberatungsstellen. In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle behandeln wir in der Regel die Alkoholkranken nicht, sondern wir beraten und untersuchen sie. Zweck der Beratung ist, sie je nach ihrer spezifischen Problemlage gezielt weiter- und/oder einzuweisen. Die Zuweisung von Alkoholikern erfolgte sehr häufig deshalb, weil dies Problem durch eine Zwangseinweisung geregelt werden sollte oder mußte. Dies betraf meist Akutfälle, aber auch chronisch Erkrankte. Insgesamt gesehen sind wir in Hannover gut dran, da wir in der Regel ein differenziertes Therapieangebot für Alkoholiker haben.

NN.: Gibt es denn in Hannover ausreichend Suchtberatungsstellen?

von EKESPARRE: Es gibt neuerdings eine Suchtberatungsstelle in der Marienstraße, es gibt Suchtberatungsstellen vom Diakonischen Werk, anonyme Alkoholikergruppen und ambulante Vor- und/oder Nachsorgegruppen der einzelnen Suchtabteilungen bzw. -Stationen. Stationäre Behandlungen sind in allen umgebenden Nervenkliniken möglich, insbesondere in Bad Rehburg. Die

psychiatrische Abteilung der Medizinischen Hochschule hat inzwischen zwei differenzierte Programme, eines für akute Alkoholranke und eines zur Aufarbeitung der Suchtproblematik im Rahmen einer sechswöchigen stationären Gruppenbehandlung. Hinzu kommt die Therapiekette Hannover, die schwerpunktmäßig mit Drogenabhängigen arbeitet, in dieses differenzierte Angebot weisen wir die Patienten gezielt.

NN.: Wie vermeiden Sie Doppelbetreuungen, daß jemand in der Suchtberatungsstelle mitbetreut wird und in der psychosozialen Beratungsstelle?

von EKESPARRE: Wir fragen den Patienten.

CREUTZ: Ich möchte nach den sehr eindrucksvollen Vorträgen des Vormittags, die ja zum Teil extreme Notsituationen kennzeichneten, doch noch einmal zu plädieren versuchen für eine differenzierte Betrachtungsweise, was jetzt sicher nicht ganz leicht fällt. Ich meine, die programmatische oder kasuistische Beschäftigung mit der Arbeit in einer psychiatrischen Ambulanz ist eine Sache. Aber das andere — und was meiner Meinung nach hier doch zu kurz gekommen ist - ist eine vorurteilsfreie kritische Evaluation einer solchen Tätigkeit. Das geht auch nur dann, wenn man Vergleichsmöglichkeiten hat, nämlich z. B. eine ausreichende Zahl niedergelassener Ärzte, Nervenärzte, in einem Vergleichsraum mit gleicher Infrastruktur ohne eine psychiatrische Ambulanz, also nicht in einer solchen Extremsituation, wie Herr Krüger sie beispielsweise dargestellt hat. Nur Herr von Cranach hat mit einer Vergleichsgruppe gearbeitet und das auch nur unter von ihm selbst experimentell bezeichneten Bedingungen, die sicher nicht ohne weiteres auf die Praxis übertragbar sind. Wir hatten in Köln-Merheim, wo ich seinerzeit mit zwei Co-Autoren (Frau Schmidt und Herrn Kahler) eine solche Untersuchung durchgeführt habe, diese Vergleichsmöglichkeiten und sind da doch zu uns selbst sehr überraschenden Ergebnissen gekommen. Ich möchte nur eines davon hier mal herausgreifen: Wenn man alle nosologischen Krankheitsgruppen zusammennimmt und beispielsweise nicht nur Schizophrene betrachtet, wie das öfters geschieht, so konnten wir letzten Endes nicht zum Nachweis einer höheren Nachbetreuungskontinuität in der Ambulanz kommen, als das bei niedergelassenen Ärzten der Fall war. Anders sieht es sicher aus, wenn man nach einzelnen nosologischen Gruppen differenziertere Betrachtungen vornimmt.

Ein anderes Ergebnis, nämlich das, welches Herr Koester vorgetragen hat, daß man primäre Fehlplazierung durch eine Art Abweisambulanz wirklich leisten kann, das können wir voll bestätigen. Das mag ja auch in einer Notsituation eines Landeskrankenhauses, wie von Herrn Koester dargestellt, sozusagen zum Überleben wichtig sein. Ich meine nur, das ist eben nur eine der Annahmen, die auch hier immer wieder über die Wirksamkeit der Ambulanzen vorgetragen wurden; es gibt ja noch viele weitere. Wir stehen eigentlich noch ganz am Beginn, Beweise vorzulegen, und ich meine, die Zeit für Untersuchungen in dieser Richtung ist doch reif.

JANKE: Eine Frage an Herrn Krüger. In einer Sitzung im Ministerium, wo die Emdener Situation angesprochen wurde, saß ich mit einer Dame später zusammen aus der Emdener Stadtverwaltung, die auch die von Ihnen hier skizzierten Verhältnisse ansprach hinsichtlich der nervenärztlichen Versorgung. Ich machte ihr einen Vorschlag, der eigentlich gang und gäbe ist. Könnten Sie nicht einmal im Ärzteblatt inserieren? Das war für die Dame völlig neu, und sie griff das auf und sagte: „Das sollten wir wirklich mal tun.“ Ich möchte das auch mal wieder von der Raben-Situation angehen, die ja kräftig aufeinanderhacken, wenn ihre Futterplätze bedroht werden. Das ist in Großstädten, etwa Hamburg, ja durchaus der Fall. In Hamburg haben sich die Nervenärzte von vor vier Jahren zahlenmäßig von 33 auf 72 vermehrt. Da wird ganz sicherlich irgendwie eine Konkurrenz entstehen. Wenn Sie sich jetzt tatsächlich einmal um Nervenärzte für Ihre Gegend bemühen würden, erst dann, so könnte ich mir vorstellen, würden Sie bei einem etwa anstehenden Gerichtsverfahren Erfolg haben, wenn Sie da ein Negativverfahren gemacht haben, daß sich keiner dort oben niederläßt.

KRÜGER: Wir haben alle Mühe, Ärzte zu kriegen für die Klinik. Ich kann mich jetzt nicht auch noch für die Kassenärztliche Vereinigung in Aurich einsetzen und denen die Arbeit abnehmen und niedergelassene Nervenärzte besorgen.

NN.: Ich hätte dazu die direkte Frage an Herrn Krüger: Warum lassen Sie sich nicht dort nieder und fangen mal an, vor Ort zu arbeiten?

KRÜGER: Ganz einfach, weil ich mich entschieden habe, dort ein psychiatrisches Behandlungszentrum mit einem Mitarbeiterstab aufzubauen. Ich kann nur eines von beiden tun. Ich habe früher genug nervenärztliche Praxen vertreten. Ich habe meine Gründe, die ich jetzt hier nicht näher ausführen möchte, mich nicht als Psychiater und Neurologe niederzulassen.

LEHMKUHL: Meine Frage geht vom jetzigen Thema etwas ab. Einmal an Frau von Ekesparre. Sie hat auf die Schwierigkeiten des Nachweises der Effizienz der ambulanten Nachsorge hingewiesen. Was ist in der Psychiatrie dafür der Maßstab? Die Re-Hospitalisierungsfrequenz? Und ich kann vielleicht ergänzen: Die Vermeidung von Dauerhospitalisierung bzw. überhaupt die Dauer des stationären Aufenthalts über einen bestimmten Zeitraum? Unter diesem Aspekt blieb für mich offen: Es wurde von dem Rückgang der Zwangseinweisung gesprochen, was sehr eindrucksvoll ist und ein Wert an sich. Aber wie ist das mit den freiwilligen Einweisungen und der Frage der Dauerhospitalisierung über einen längeren Zeitraum? Hat sich dort durch die ambulante Nachsorge auch etwas geändert? Das ist der eine Punkt.

Der zweite Punkt, der mir hier entscheidend zu sein scheint in der Diskussion -weil ich befürchte, daß das in Berlin mit den Fachkrankenhäusern durch die jetzt abgeschlossenen Institutsverträge möglicherweise auch passieren kann -, daß die einzige Funktion der Ambulanzen, so wie sie derzeit organisiert sind, in der Verhinderung der primären Fehlplatzierung liegen wird. Kann man heute schon absehen - Herr Spanken war es, glaube ich, der gestern schon

darauf hingewiesen hat -, daß unter gleichen Ausgangsbedingungen in Mönchengladbach und Köln-Merheim die Orientierung der Ambulanzen eine andere ist? Mir schien daraus hervorzugehen, daß die Mönchengladbacher Ambulanz mehr zur sekundären Prävention beiträgt, weil sie stärker ins soziale Feld geht und dadurch tatsächlich die von uns postulierten Vorteile einer Ambulanz eher gewährleistet, als das vielleicht in Köln-Merheim geschehen ist. Ich wäre sehr daran interessiert zu erfahren, ob man jetzt schon sehen kann, daß aufgrund der Organisation und der Arbeitsweise der bisher existierenden Ambulanzen man vielleicht doch schon etwas herausbekommt, unter welchen Bedingungen die Ambulanz wirklich unsere Erwartungen erfüllt und unter welchen Bedingungen nicht. Mir scheint es dabei durchaus legitim, von nosologischen oder psychosozialen Problempatienten und Problemfällen auszugehen, denn es ist ja ausdrücklich der Anspruch, nicht unbedingt bei allen Krankenhauspatienten, die Kontinuität der Betreuung sicherzustellen, sondern gerade bei der risikogefährdeten Population. Wenn das z. B. in Mönchengladbach und anderswo bei den besonders gefährdeten Fällen gelingt, wie wir heute gehört haben, dann ist es relativ unerheblich, ob ein Großteil der Patienten, wo das nicht notwendig ist, nicht mehr weiter nachbetreut wird.

von EKESPARRE: Die Dauer der stationären Aufenthalte wurde für manche Patienten kürzer, da die Therapeuten im Krankenhaus eine Nachsorge gewährleistet sahen. Wir bemühen uns, die Patienten im Krankenhaus zu besuchen, um den Kontakt dort herzustellen oder zu halten. Auch Re-Hospitalisierungen ließen sich vermeiden.

Zur Frage der freiwilligen Einweisung ist eine erklärende Bemerkung notwendig: Für die empirische Untersuchung habe ich etwas formuliert, was ich „Auftrag“ nenne. Bei dem Erstkontakt hatten wir uns verpflichtet niederzuschreiben, was die Zuweisenden uns wörtlich sagten. Dies wurde dann in der Retrospektive analysiert. Dabei zeigte sich, daß, wenn um stationäre Behandlung nachgesucht wurde, dies synonym mit der Frage nach Zwangseinweisung war. Um eine freiwillige Einweisung wurde primär nicht nachgesucht. Dies hängt sicher mit der Situation der Beratungsstelle als Außenstelle des Gesundheitsamtes zusammen, die diese Aufgaben wahrzunehmen hat. Wie erwähnt, ließen sich durch Vorabklärung rund 130 Anfragen auf 60 Fälle reduzieren, die möglichst „vor Ort“, das heißt in der Situation, in der Wohnung, Hotel, der Familie etc. untersucht wurden. Wir haben vermieden, daß die Polizei oder der Krankenwagen in die Beratungsstelle kam - einerseits um einen direkten Einblick in die Verhältnisse zu haben und andererseits, um die Beratungsstelle und die dort Anwesenden nicht unnötig zu stigmatisieren und zu irritieren. Bei den 60 Fällen waren 41 Hospitalisierungen notwendig, davon 15 Zwangseinweisungen, die übrigen waren freiwillige Einweisungen in die Nervenkliniken oder Allgemeinkrankenhäuser. Die Freiwilligkeit hing zum Teil davon ab, in welches Krankenhaus der Patient kommen sollte. In die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule zu gehen, war leichter als ins Landeskrankenhaus. Wir haben z. B. einmal gewagt, eine psychotische und früher sehr gewalttätige Frau in einem

Stupor nicht ins Landeskrankenhaus einzuweisen, sondern ins Allgemeinkrankenhaus, die Dynamik der Paarbeziehung war derart, daß einer der beiden „das Feld verlassen mußte“. Bislang war es immer die als „krank“ identifizierte Patientin gewesen, die mehrfach unter dramatischen Umständen ins Landeskrankenhaus zwangseingewiesen wurde. Dies empfand sie als Bestrafung ihrer Reaktionen auf eine „wahrhaft unerträgliche psychische Lage“. Eine Wiederholung dieses Ablaufs hätte die Paardynamik weiterhin zirkulär verfestigt. Deshalb nahmen wir ihre geäußerten Beschwerden und deren Erklärung: nämlich eine Gewichtsabnahme von 40 Pfund als Ursache ihrer Kraftlosigkeit und Apathie, als „somatische Krankheit“ an und rieten ihr, dies auf einer internistischen Abteilung abzuklären und behandeln zu lassen. Sie akzeptierte dies. In enger Kooperation mit dem internistischen Arzt wurde sie dann dort behandelt und eine Weiterbehandlung in einer Tagesklinik eingeleitet. Dies war bislang ihr letzter stationärer Aufenthalt.

Unter welchen Bedingungen die Ambulanz so wie erwartet arbeiten wird oder nicht: Aus meiner Erfahrung heraus bestimmen dies viele Faktoren: Zunächst die der Institution von außen zugewiesenen Aufgaben und deren Annahme und Interpretation im Mitarbeiterteam, dann die institutionelle Einbindung und das Maß der hier wirksam werdenden Funktions- und Legitimationszwänge, Effizienznachweise und Absicherungsbedürfnisse und wesentlich der von den Mitarbeitern jeweils angewandte Krankheitsbegriff, ihre Zielorientierung, ihr Selbstverständnis, ihre Kompetenz und Verlässlichkeit, Risiko- und Konfliktbereitschaft und Belastungs- und Entlastungsfähigkeit - und nicht zuletzt „die Angst“ des Leiters einer solchen Stelle.

STEVES: Ich habe eine Frage an Herrn Behrends. Mich hat erstaunt, daß 70 niedergelassene Nervenärzte in Düsseldorf nicht bereit sind, an der Krisenintervention und am Notfalldienst teilzunehmen. Haben Sie etwas über die Einstellung dieser niedergelassenen Kollegen zu diesem Problem erfahren, und was hat die Kassenärztliche Vereinigung getan, diese Kollegen zu bewegen, an diesem Versorgungsproblem teilzunehmen?

BEHRENDTS: Wir hatten in Düsseldorf das Gespräch gesucht und haben, glaube ich, vor zwei Jahren eine sogenannte Nervenärztliche Gesellschaft gegründet, ausgehend von einer Initiative des Klinikleiters, Herrn Heinrich. In dieser Gesellschaft gibt es inzwischen sehr viele Mitglieder. Einen entsprechenden Vorschlag, der auch von der Klinik mit ausging, weil nur die Klinik am Freitag, Samstag, Sonntag für eine Notfallversorgung zuständig ist und sich sehr viele Fehlplazierte dort fanden, haben wir einmal formuliert. In einer Sitzung, in der allerdings nur wenige anwesend waren, hörten wir, daß die Nervenärzte nicht dazu bereit wären und auch keine eigentliche Notwendigkeit zu sehen glaubten. Die niedergelassenen Nervenärzte machen im allgemeinen Notdienst mit, sind alle sechs bis acht Wochen einmal dran, und damit war die Debatte vorerst beendet. Einige sagten o. k., das sei notwendig. Andere sagten, es sei gar nicht wünschenswert, im Bereich der Psychiatrie so einen speziellen Dienst aufzuziehen. Im Moment sind wir da nicht weitergekommen. Wir hoffen, im Laufe des

Jahres das Problem noch einmal anzuschneiden und den einen oder anderen dafür gewinnen zu können, um dann darüber noch einmal diskutieren zu können.

WIECOREK: Ich habe eine Frage an Dr. Koester. Können Sie vielleicht sagen, nachdem Sie die Klinik dargestellt haben, wie das Innere einer ambulanten Abteilung funktioniert? Sie sprachen von Patienten, die da drin sind, Sie sprachen von Schwierigkeiten der Ärzte untereinander, besonders der jüngeren Ärzte. Können Sie mir sagen, wie die Klinik funktioniert, wie Sie die Schwierigkeiten beheben? Ich frage das deswegen, weil ich von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, die ja eine dynamisch-psychiatrische Richtung verfolgt, weiß, daß Balint-Gruppen helfen, die Patienten besser zu verstehen, und verschiedene Schwierigkeiten auf Abteilungen regein können.

KOESTER: Hier ging es ja um die Dienste, die wir sozusagen im Vorfeld der Klinik anbieten müssen, um für die Kranken, die da sind, entsprechende Therapieplätze zur Verfügung zu halten. Und da ist natürlich der Kontakt mit den einweisenden Instanzen notwendig, sei es mit den Gesundheitsämtern oder sei es mit den niedergelassenen Kollegen. Da müssen wir ständig im Gespräch bleiben. Natürlich gibt es gelegentlich auch schon einmal Reibungsprobleme, aber insgesamt funktioniert das recht gut. Wenn Sie berücksichtigen, daß wir von den 150 Patienten, die wir in einem Zeitraum von 3 1/2 Monaten nicht aufgenommen haben, 38 hatten, die zwangseingewiesen waren, und daß es nur in einem einzigen Fall bisher zu einer wirklich kontroversen Haltung zwischen dem einweisenden Kollegen und den Klinikärzten gekommen ist, dann sehen Sie, daß wir im Grunde genommen schon sehr gut zusammenarbeiten.

ODENBACH: Ich habe eine ergänzende Frage an die beiden Damen und Herren vom Krankenhaus Urban. Nach der doch sehr eindrucksvollen detaillierten Schilderung habe ich eins nicht mitbekommen: Sie haben ein Team aus drei Ärzten, sechs Schwestern, wenn ich richtig verstanden habe, drei Sozialarbeitern und wie hoch ist die Zahl der Patienten, die Sie betreut haben?

SALEH: Im Monat wechselnd zwischen 33 und 40 Patienten.

ODENBACH: Also monatlich ca. 40 Patienten. Nun zu der Angelegenheit Düsseldorf. Da muß ich eines dazusagen. Ich weiß nicht, ob in Düsseldorf die KV oder die Kammer für die Notdienstteilnahme verantwortlich ist. Aber bei 70 Nervenärzten müßten Sie, wenn Sie einen rein nervenärztlichen Notdienst einteilen würden, ja sogar seltener drankommen als im allgemeinen Notdienst und wahrscheinlich würde sich da ja auch weniger tun. Da ist einfach ins Auge zu fassen, ob man mit den Notdiensten für Röntgenologie und Augenheilkunde für diese spezielle Frage einen eigenen einrichten könnte. Darüber wäre durchaus zu diskutieren, weil sich das inzwischen auch so spezialisiert hat - ich verweise auf die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern. Sie wissen, daß bei Augenärzten und Radiologen aufgrund der besonderen Bindung an apparative Möglichkeiten Sonderregelungen bestehen. Analoges könnte für die Psychiatrie gelten, da ja hier auch besondere Bindungen an institutionelle oder andere Hil-

fen existieren. So kann hier durchaus die Möglichkeit eines eigenen nerven ärztlichen Notdienstes diskutabel erscheinen. Das sollte man unter Umständen doch einmal tun. Nur eins ist sicher, die Nervenärzte müßten dann aus dem anderen Notdienst ausgegliedert werden. Das scheint mir die Voraussetzung zu sein, an dem anderen überhaupt teilzunehmen. Es muß also erst einmal geklärt werden, daß sie aus dem allgemeinen Notdienst herauskommen. Dann ist die Einrichtung eines besonderen Notdienstes meiner Meinung nach selbstverständlich denkbar.

Versicherungsrechtliche und standesrechtliche Gegebenheiten

Entwicklung von ambulanten Diensten in psychiatrischen Einrichtungen seit Novellierung der RVO

Versicherungsrechtliche Gegebenheiten aus der Sicht der Sozialversicherungsträger

W. Wekel

Ich habe das Thema dahingehend verstanden, daß über die Entwicklung im Rahmen des Kassenarztrechtes seit der Novellierung der RVO referiert werden soll. Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich deshalb auf die Verhältnisse im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Die Bemühungen auf anderen Gebieten, die psychiatrische Versorgung zu verbessern, sollen deshalb im Rahmen dieses Vertrages vernachlässigt werden.

Des weiteren möchte ich bemerken, daß die Zuständigkeit zur Leistungsgewährung der Krankenversicherungsträger durch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung begrenzt ist, und zwar in der Weise, daß Leistungen lediglich bei Vorliegen einer Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung gewährt werden können. Dieser Hinweis erscheint mir deshalb notwendig, weil gerade die psychiatrische Versorgung in jene Grenzgebiete zwischen Gesundheit und Krankheit vorstößt, deren Zuordnung zum Krankheitsbegriff allen Beteiligten außerordentliche Schwierigkeiten bereitet. Gleichwohl haben aber die Ortskrankenkassen gerade auf diesen Sektoren vielfältige Initiativen entwickelt, um im Rahmen der Gesundheitserziehung und der Prophylaxe die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Beispielhaft darf ich hier auf die AOK Mettmann hinweisen. Es würde jedoch den Rahmen dieses Kurzreferats sprengen, wenn ich Maßnahmen im einzelnen schildern würde. Ich möchte mich vielmehr mit dem Hinweis begnügen, daß an zahlreichen Stellen versucht wird, mit Beratungsstellen Abhilfe zu schaffen. Doch nun zurück zum eigentlichen Thema:

I. Formen der ambulanten psychiatrischen Leistungen im Kassenarztrecht bis zum 1. 1. 1977

Bis zum Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes am 1. 1. 1977 konnten ambulante psychiatrische Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden:

- von niedergelassenen Ärzten, die nach § 24 der Zulassungsordnung für Ärzte zugelassen sind,
- von leitenden Krankenhausärzten bzw. Ärzten, die nach § 29 bzw. 30 der Zulassungsordnung alter Fassung beteiligt sind.

Eine psychiatrische Tätigkeit als zugelassener bzw. beteiligter Arzt setzt eine entsprechende Qualifikation voraus. Nach § 17 der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, die nahezu identisch ist mit den entsprechenden Landesgesetzen, können psychiatrische Leistungen grundsätzlich nur von Ärzten mit entsprechender Weiterbildung und Gebiets- bzw. Teilgebietsbezeichnung erbracht werden. Die hier in Frage kommenden Gebiete sind die Nervenheilkunde und Psychiatrie. Die Ärzte, die eine solche Gebietsbezeichnung führen, dürfen danach nur in diesen Gebieten tätig werden. Allerdings, so sagt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur Regelung des Facharztwesens vom 9. Mai 1972, sei eine Überschreitung des Gebietes in Einzelfällen zulässig. Insoweit können ambulante psychiatrische Leistungen auch von anderen Arztgruppen erbracht werden. Andere Arztgruppen sind hierzu jedoch nur befugt, soweit sie fachlich kompetent sind und ihre Tätigkeit mit § 1 der Berufsordnung für die Ärzte der verschiedenen Landesärztekammern in Einklang bringen können.

Wenn ich hier einen Überblick über die ambulante psychiatrische Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung vor dem 1.1.1977 gebe, so gehört hierzu auch die psychotherapeutische Versorgung. Eine klare Grenzziehung zwischen den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie ist meines Erachtens nur schlecht möglich. Beide Bereiche beziehen sich auf psychisch kranke Menschen. Auch in der Psychiatrie-Enquete von 1975 (Bundestags-Drucksache 7/4.200) wird die psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung als eine Einheit angesehen.

Beide Behandlungsarten sind Formen ätiologisch orientierter Psychotherapie, die die unbewußte Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer und somatischer Symptomatik zum Gegenstand haben.

Psychotherapeutische Leistungen konnten teilweise schon seit einiger Zeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Durch die Fortentwicklung des Krankheitsbegriffs, insbesondere durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, entstand jedoch auf diesem Gebiet eine labile Lage. Das veranlaßte Ärzte und Krankenkassen im Jahre 1967, Richtlinien über die psychotherapeutische Versorgung im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu vereinbaren. Gemeinsam mit der zum gleichen Zeitpunkt in Kraft tretenden Vereinbarung über die psychotherapeutische Behandlung ermöglichten die Richtlinien eine tiefe n psychologisch fundierte und analytische Psychotherapie der Versicherten. Die Richtlinien und die Vereinbarungen wurden aufgrund des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes von 1974 im Jahre 1975 dahingehend geändert, daß nun auch chronische Krankheiten in die Versorgung einbezogen wurden.

Ärzte sind nur dann zur Durchführung psychotherapeutischer Leistungen berechtigt, wenn sie eine bestimmte Qualifikation entsprechend der Psychotherapie-Vereinbarung nachweisen. Die zusätzliche Weiterbildungszeit beträgt:

- bei Internisten und Kinderärzten zwei Jahre,

- bei Nervenärzten bei entsprechender Weiterbildung ein Jahr und
- bei anderen Ärzten drei Jahre.

Die Länge der Weiterbildung hängt davon ab, ob und wie lange bereits während der Weiterbildungszeit zum Internisten, Kinderarzt und Nervenarzt ein Teil der Weiterbildung auf Psychiatrie bzw. tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie entfallen ist.

Nach den Bestimmungen der Psychotherapie-Vereinbarung können auch Diplom-Psychologen und - im Rahmen der Kinder-Psychiatrie - ausgebildete Psychagogen psychotherapeutische Leistungen erbringen. Nichtärztliche Psychotherapeuten können jedoch nur im sogenannten Delegationsverfahren tätig werden. Lassen Sie mich hierzu einige Zahlen nennen: Derzeit sind 1.250 ärztliche Psychotherapeuten für die RVO-Kassen tätig. Darüber hinaus erbringen 728 nichtärztliche Psychotherapeuten Leistungen nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Stand: 31. 7. 1979). Die Zahl der genehmigten Anträge stieg von 525 im Jahre 1968 bis auf 4,357 im Jahre 1979. Die Zahl der genehmigten Einzelsitzungen erhöhte sich von 24.914 im Jahre 1968 auf 164.602 im Jahre 1979.

Die ambulante psychiatrische Versorgung vor dem Inkrafttreten des KVWG beschränkte sich jedoch nicht nur auf die Leistungen der zugelassenen und beteiligten Ärzte. Ambulante psychiatrische Leistungen konnten darüber hinaus auch schon in Polikliniken der Hochschulen aufgrund von Verträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Hochschulen erbracht werden. Aufgrund dieser Verträge soll den Polikliniken die Untersuchungen und Behandlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang gewährleistet werden.

//. Die Situation nach dem KVWG

Durch das am 1.1.1977 in Kraft getretene KVWG bzw. durch das am 1. 7.1977 in Kraft getretene KVKG traten folgende Änderungen im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf:

1. Erweiterung des Kreises der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Der Kreis der Ärzte, die neben den zugelassenen Ärzten an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden können, ist erweitert worden. Neben den angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzten, das sind Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen, können nun nach § 368 a Abs. 8 RVO zur Erbringung besonderer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch andere Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind, unmittelbar oder auf Überweisung beteiligt werden.

Blicken wir kurz in die Statistik, so ergibt sich folgendes Bild: Am

31. 12. 1978 wurden registriert:

Teilnehmende Nervenärzte insgesamt	2.167
davon:	
Zugelassene Ärzte	1.278
beteiligte Ärzte	157
ermächtigte Ärzte nach § 31 ZO-Ä	
bzw. Ärzte mit auslaufender Beteiligung nach § 30 ZO-Ä i. d. F. 1957	732

Allein die Zahl der zugelassenen Nervenärzte nahm danach um 13,7 v. H. gegenüber dem Vorjahr zu.

2. Ermächtigungsverträge mit Krankenhäusern über psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen

Nach § 368 n Abs. 6 RVO sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 200 f RVO aufgeführten ärztlichen Leistungen (Leistungen bei nicht rechtswidriger Sterilisation und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch) zu schließen und diese Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten. Diese Vorschrift gilt entsprechend für Verträge mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen, einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung, wenn diese über die hierfür notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen. Bei Verträgen mit Krankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen bedarf es außerdem der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, daß der Vertragsabschluß zur Sicherstellung dieser ambulanten Versorgung erforderlich ist. Mit dieser Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser und der Krankenhäuser mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen in die ambulante Erbringung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen wollte der Gesetzgeber einen Beitrag zur Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung leisten. Damit entsprach der Gesetzgeber auch einer der wesentlichen Forderungen der Psychiatrie-Enquete. Nach Punkt 3.2.2. der Psychiatrie-Enquete sollen dem ambulanten Dienst an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen u. a. folgende Aufgaben zufallen:

1. Nachsorge und weitere Aufgaben der Rehabilitation;
2. ambulante Untersuchungen und Behandlung zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationärem Aufenthalt;

3. konsiliarische Behandlung, Beratung und Betreuung bei Einrichtungen, die psychisch Kranke in irgendeiner Form versorgen, wie z. B. bei Altersund Pflegeheimen.

Der Gesetzgeber hat eine Beteiligung der Krankenkassen bzw. deren Verbände nicht vorgesehen. Es bleibt sonach dem Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen, die Landesverbände bei der Vertragsgestaltung hinzuzuziehen.

3. Realisierung des § 368 n Abs. 6 RVO

Die Umsetzung eines Gesetzesauftrages bzw. die Ausschöpfung der Gestaltungsspielräume, die ein Gesetz den Beteiligten eröffnet, nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch. Seit Inkrafttreten des KVWG sind nun gut zwei Jahre vergangen. Was ist seitdem geschehen?

Der Bestimmung des § 368 n Abs. 6 RVO wird, das kann man zum jetzigen Zeitpunkt sagen, eine unterschiedliche Bedeutung und Bewertung in den Ländern beigemessen.

Es gibt Landesbereiche, in denen schon seit 1978 Verträge zwischen den Trägern von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen nach dieser Vorschrift bestehen. In anderen Landesbereichen finden gerade die ersten Vertragsverhandlungen statt. Zur Zeit werden beispielsweise gerade zwei Verträge mit Krankenhäusern und selbständigen psychiatrischen Abteilungen in dem zuständigen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beraten, wie dies § 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO vorschreibt. Nur in diesen Fällen, in denen selbständig unter fachärztlicher Leitung stehende psychiatrische Abteilungen an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmen wollen, haben die Landesverbände der Krankenkassen über den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen überhaupt die Möglichkeit einer Mitwirkung bei diesem Instrument der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Wie es das Gesetz ermöglicht, gibt es in einigen Landesbereichen Verträge mit verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und Institutionen. So bestehen beispielsweise Verträge mit psychiatrischen Krankenhäusern, mit Landeskrankenhäusern, mit einem Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik, mit städtischen Kliniken, mit einer DRK-Kinderklinik mit einem Zentrum für bewegungsgestörte Kinder usw.

Unterschiede bestehen auch in der Vertragsgestaltung:

- a) Es gibt Verträge, in denen die Kasse n ärztliche Vereinigung für die erbrachten therapeutischen Leistungen einschließlich der ärztlichen Sachleistungen sowie für die notwendigen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation einen Pauschalbetrag je Patient und Kalendervierteljahr vereinbart hat. In anderen Verträgen sind die Leistungen auf dem Fach-

gebiet der Psychiatrie nach den Positionen des Bewertungsmaßstabes für Ärzte abrechnungsfähig.

- b) In anderen Regelungen ist bestimmt, daß auch psychotherapeutische Leistungen erbracht werden dürfen. Es muß dann aber nachgewiesen werden, daß der behandelnde Arzt die hierfür erforderlichen Voraussetzungen nach der Vereinbarung über die Ausübung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen besitzt.
- c) Die Teilnahme der Krankenhäuser oder der selbständigen psychiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern kann je nach Vertragsgestaltung unmittelbar oder auf Überweisung durch zugelassene oder beteiligte Ärzte erfolgen. Teilweise ist vorgesehen, daß auf dem Überweisungsschein ausdrücklich als Adressat das psychiatrische Krankenhaus oder die selbständige, unter fachärztlicher Leitung stehende Fachabteilung genannt ist.
- d) In den Verträgen ist ferner bestimmt, daß sich das Krankenhaus oder die Fachabteilung für die Behandlung der Anspruchsberechtigten den im kassenärztlichen Bereich geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen unterwirft. Ich möchte in diesem Zusammenhang nur das Gebiet einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Verordnungsweise, die Durchführung eines Prüfverfahrens sowie die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, wie z. B. die Arzneimittel-Richtlinien, anführen.

///. Ausblick

Mit der Vorschrift des § 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO hat der Gesetzgeber Neuland betreten. Durch die Einbeziehung von psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen ist eine Lücke in der ambulanten psychiatrischen Versorgung geschlossen worden. Damit hat der Gesetzgeber eine wichtige neue Grundlage für eine bessere Versorgung der Versicherten geschaffen. Es ist nun an den Beteiligten, diese Möglichkeit aufzugreifen und in die Tat umzusetzen. Die Krankenkassen und deren Verbände sind bereit, ihren Beitrag zu einer besseren ambulanten Versorgung der Versicherten zu leisten.

Versicherungsrechtliche und standesrechtliche Gegebenheiten ambulanter psychiatrischer Dienste aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

R. Hess

In der Psychiatrie-Enquete ist für fast alle medizinischen Bereiche der psychiatrischen Versorgung die Bildung von Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen gefordert worden.

Der Gesetzgeber hat diese Forderung im Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz aufgegriffen und die Kassenärztlichen Vereinigungen in § 368 n Abs. 6 RVO verpflichtet, auf Antrag mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen Verträge über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen, einschließlich der psychotherapeutischen, Versorgung zu schließen.

Voraussetzung für den Vertragsabschluß ist lediglich, daß die genannten Krankenhäuser über die notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen und bei Verträgen mit Krankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen der Bedarf für die Einbeziehung dieser Abteilungen in die kassenärztliche Versorgung durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen festgestellt worden ist. Bei psychiatrischen Landeskrankenhäusern findet demgegenüber eine Bedarfsprüfung nicht statt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können daher den Vertragsabschluß mit diesen Krankenhäusern nicht mit der Begründung ablehnen, daß ein Bedarf für die Versorgung der Versicherten nicht besteht.

Von Seiten der Ärzteschaft sind gegen diese gesetzliche Neuregelung erhebliche Bedenken erhoben worden. Diese Bedenken richteten sich aber nicht gegen eine zur Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung erforderliche Teilnahme fachlich qualifizierter Krankenhausärzte an der psychiatrischen Versorgung, sondern ausschließlich gegen die Institutionalisierung dieser Versorgung und die Ausschaltung jeglicher Bedarfsprüfung bei Abschluß von Ermächtigungsverträgen mit psychiatrischen Krankenhäusern.

Nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte die ambulante Versorgung dort, wo erforderlich, durch die persönliche Beteiligung oder Ermächtigung qualifizierter Krankenhausfachärzte erfolgen und nicht durch die Krankenhäuser als Institution. Nur durch eine solche persönliche Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung kann nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet werden, daß die ambulante psychiatrische Ver-

sorgung im Krankenhaus durch einen fachlich qualifizierten Arzt erfolgt und nicht von Ärzten in Weiterbildung mit noch unzureichenden Fachkenntnissen in der Psychiatrie erbracht wird.

In dem Wegfall der Bedarfsprüfung bei psychiatrischen Landeskrankenhäusern sehen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gefährdung der beruflichen Existenzen des niedergelassenen Nervenarztes.

Der Gesetzgeber hat sich jedoch über diese Einwände der Kassenärzteschaft gegen den Abschluß von Institutsverträgen mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen hinweggesetzt und die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich verpflichtet, unter den dargestellten Voraussetzungen Institutsverträge abzuschließen.

Dies ist ein Faktum, von dem auszugehen ist und von dem insbesondere auch die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Bearbeitung von Anträgen auf Abschluß solcher Ermächtigungsverträge auszugehen haben.

Auf der Grundlage dieser Verpflichtung sind inzwischen 13 Ermächtigungsverträge mit psychiatrischen Landeskrankenhäusern und 8 Ermächtigungsverträge mit Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen abgeschlossen worden. Etwa 10 weitere Vertragsabschlüsse sind in absehbarer Zeit zu erwarten. In einigen Ländern ist es offensichtlich deswegen bisher nicht zum Abschluß von Ermächtigungsverträgen gekommen, weil die dort bestehenden Chefarztbeteiligungen und Facharzttermächtigungen als ausreichend angesehen werden. In drei Fällen ist, soweit uns bekannt, der Antrag auf Abschluß eines Ermächtigungsvertrages mit einem Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung wegen fehlenden Bedarfs durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen abgelehnt worden.

Neben den auf der Grundlage des neugefaßten § 368 n Abs. 6 RVO ermächtigten Krankenhäusern nehmen nach dem Bundesarztregister (Stand: 31. 12. 1977) ca. 150 beteiligte leitende Krankenhausärzte und 587 ermächtigte Nervenärzte an der ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung teil, die im übrigen durch ca. 2000 zugelassene Nervenärzte sichergestellt wird.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung sind darüber hinaus in dem vertraglich mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Delegationsverfahren ca. 600 nicht-ärztliche Psychotherapeuten tätig.

Die vorstehend genannten Zahlen beweisen, daß anders, als dies offensichtlich hier dargestellt wurde, die Kassenärztlichen Vereinigungen sich grundsätzlich keineswegs gegen den Abschluß von Verträgen mit psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen oder gegen die Teilnahme von Krankenhausfachärzten an der ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung sperren. Einzelfälle, in denen der Abschluß von Ermächtigungsverträgen mit Krankenhäusern durch eine Kassenärztliche Vereinigung trotz Vorliegens der gesetzlichen Vorausset-

zungen zunächst abgelehnt wurden, dürfen daher nicht verallgemeinert werden.

Die vielfach beanstandete lange Dauer der Antragsverfahren ist zum Teil sicher darauf zurückzuführen, daß sich die für die Bedarfsprüfung bei Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zunächst neu konstituieren und mit dem ihnen übertragenen Aufgabengebiet vertraut machen mußten.

Eine Zeitspanne von drei Jahren, wie sie angeblich bei der Bearbeitung eines Antrages vorgekommen sein soll, ließe sich allerdings dadurch nicht rechtfertigen.

Insbesondere bei Ermächtigungsanträgen psychiatrischer Landeskrankenhäuser, bei denen eine Bedarfsprüfung durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nicht stattfindet, muß eine positive Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Vertragsabschluß schon nach kurzer Zeit zu erwarten sein.

Bei Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen ist infolge der Notwendigkeit einer Bedarfsprüfung durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in der Regel mit einer längeren Bearbeitungszeit zu rechnen, die jedoch nicht die hier genannten Zeiträume erreichen darf.

Nach Abschluß eines Ermächtigungsvertrages auf der Grundlage des § 368 n Abs. 6 RVO hat das Krankenhaus als Institution das Recht zur Teilnahme an der kassenärztlichen ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen und die hierfür im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen enthaltenen Leistungspositionen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen.

Dabei sind die Vergütungssätze im Ermächtigungsvertrag festzulegen. Der Ermächtigungsvertrag berechtigt den Krankenhausträger nur zur Erbringung und Abrechnung *ärztlicher Leistungen*. Leistungen anderer Berufsgruppen sind somit nicht Gegenstand des Ermächtigungsvertrages. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeit von Psychologen oder Sozialarbeitern. Der Ermächtigungsvertrag nach § 368 n Abs. 6 RVO kann nur in dem Rahmen eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung eröffnen, den § 368 Abs. 2 RVO inhaltlich für die kassenärztliche Versorgung zieht. Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung und Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber nur die ambulante ärztliche Behandlung. Diese Grenzen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten ärztlichen Versorgung müssen selbstverständlich auch im Rahmen des § 368 n Abs. 6 RVO und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen Ermächtigungsverträge eingehalten werden.

Zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehören allerdings auch Hilfeleistungen anderer Personen, soweit sie im unmittelbaren Verantwortungsbereich des

Arztes erbracht werden und dem Arzt daher als eigene Leistungen zugerechnet werden können. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch eine Mitwirkung von Sozialarbeitern und Psychologen bei der Erbringung ärztlicher Leistungen möglich. Voraussetzung ist jedoch, daß der Arzt Leistungserbringer bleibt, weil die Tätigkeit des Psychologen oder Sozialarbeiters unter seiner unmittelbaren Verantwortung erfolgt.

Wird demgegenüber der Psychologe oder Sozialarbeiter außerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereiches in eigener beruflicher Verantwortung tätig, so handelt es sich um eine Tätigkeit außerhalb der kassenärztlichen Versorgung, die auch durch den Abschluß eines Ermächtungsvertrages nach § 368 n Abs. 6 RVO nicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnungsfähig wird.

Dabei setzt das Heilpraktikergesetz einer solchen selbständigen Tätigkeit von Psychologen und Sozialarbeitern im Rahmen der Krankenbehandlung zusätzliche Grenzen, da nach diesem Gesetz nur dem approbierten Arzt und dem in der Krankenversicherung nicht zur Leistungserbringung berechtigten Heilpraktiker die selbständige Ausübung der Heilkunde am Menschen gestattet ist.

Der im Bundesgesundheitsministerium z. Zt. vorbereitete Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes würde für die Berufsgruppe der Diplom-Psychologen mit qualifizierter psychotherapeutischer Weiterbildung hier eine Änderung bewirken und de lege ferenda für diese Berufsgruppe das Recht zur selbständigen Ausübung der Heilkunde und wahrscheinlich auch das Recht zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung in dem gesetzlich festgelegten Umfange ermöglichen.

Nach geltendem Recht ist jedoch die Durchführung einer Psychotherapie durch einen psychotherapeutisch weitergebildeten Diplom-Psychologen nur unter ärztlicher Verantwortung zulässig und nur unter dieser Voraussetzung auch im Rahmen des Ermächtungsvertrages als ärztliche Leistung abrechnungsfähig.

Der mögliche Inhalt der im Rahmen eines Ermächtungsvertrages nach § 368 n Abs. 6 RVO abrechnungsfähigen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Leistungen ist daher identisch mit dem möglichen Inhalt einer persönlichen Beteiligung oder Ermächtigung eines Krankenhausfacharztes, da Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung auch bei einer institutionalisierten Ermächtigung von Krankenhäusern nur ärztliche Leistungen sein können.

Ein Krankenhausträger, der über die Einrichtung eines ambulanten psychiatrischen Dienstes eine umfassende „psycho-soziale Versorgung“ psychisch kranker Menschen anstrebt und zu diesem Zwecke im Rahmen des ambulanten psychiatrischen Dienstes nicht nur Ärzte, sondern Diplom-Psychologen und Sozialarbeiter beschäftigt, kann daher über den Abschluß eines Ermächtungsvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung nach Maßgabe des § 368 n Abs. 6 RVO nur eine Finanzierung der in diesem Dienst erbrachten ärztlichen Leistungen erreichen.

Für die in ihrer Qualität und Notwendigkeit unbestrittenen Leistungen der Psychologen und Sozialarbeiter kann die gesetzliche Krankenversicherung dagegen, soweit es sich nicht um Hilfeleistungen für den Arzt handelt, nicht in Anspruch genommen werden. Hierfür müßten daher andere Kostenträger gefunden werden.

Ambulante psychiatrische Dienste werden nicht nur an psychiatrischen Landeskrankenhäusern und an Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen eingerichtet, sondern auch außerhalb der stationären Versorgungseinrichtungen, z. B. als Einrichtungen der kommunalen Gesundheitsämter.

Soweit es die Teilnahme dieser Einrichtungen an der kassenärztlichen Versorgung betrifft, ist § 368 n Abs. 6 RVO nicht einschlägig. Die Möglichkeit der Teilnahme richtet sich damit nach allgemeinem Kassenarztrecht, hier insbesondere nach § 368 c Abs. 2 Nr. 12 RVO i. V. m. § 31 der Zulassungsordnung.

Dies bedeutet, daß ein Arzt, der in einem solchen ambulanten Dienst verantwortlich tätig ist, soweit er die fachlichen Voraussetzungen erfüllt, persönlich zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden kann, wenn die Kassenärztliche Vereinigung einen entsprechenden Bedarf für die ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung bejaht. Dies bedeutet weiterhin, daß ein Diplom-Psychologe, der über eine qualifizierte psychotherapeutische Zusatzausbildung verfügt, im Rahmen des vertraglich vereinbarten Delegationsverfahrens in der kassenärztlichen Versorgung unter der Verantwortung eines entsprechend qualifizierten Kassenarztes tätig werden kann. Dies bedeutet weiterhin, daß auch ein solcher ambulanter psychiatrischer Dienst als ärztlich geleitete Einrichtung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden kann, wenn anders die psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung in diesem Bereich nicht sichergestellt werden kann.

Auch bei einer solchen Ermächtigung als ärztlich geleitete Einrichtung sind aber die von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen auf ärztliche Behandlungsmaßnahmen bei kranken Menschen begrenzt. Die insbesondere in diesen ambulanten Diensten durchgeführte sozialfürsorgerische Betreuung und die Konfliktberatung gesunder Menschen kann nach dem bestehenden Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Hierfür müssen andere Kostenträger aufkommen.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung auf ärztliche Behandlungsmaßnahmen bei Krankenversicherten begrenzt ist und daher eine umfassende psychosoziale Versorgung der Bevölkerung durch ambulante Dienste nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen kann.

Diese Leistungseinschränkung gilt auch für den Fall, daß auf der Grundlage des § 368 n Abs. 6 RVO oder auf der Grundlage des § 368 c Abs. 2 Nr. 12 RVO

ärztlich geleitete Einrichtungen als solche zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Dabei verleiht das geltende Kassenarztrecht den psychiatrischen Krankenhäusern einen uneingeschränkten Rechtsanspruch auf Abschluß eines Ermächtungsvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen in der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung.

Bei Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen ist der Abschluß eines entsprechenden Ermächtungsvertrages an die vorherige Bejahung eines Bedarfs durch den Landesausschuß für Ärzte und Krankenkassen gebunden.

Ambulante psychiatrische Dienste, die außerhalb eines Krankenhauses eingerichtet werden, können als ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung einen Bedarf für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung anerkennt.

Neben diesen Formen der institutionalisierten Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung und im letztgenannten Falle vorrangig besteht die Möglichkeit der persönlichen Beteiligung oder Ermächtigung von Fachärzten zur Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung.

Rechtliche und finanzielle Bedingungen, Einschränkungen und Möglichkeiten

B.-U. Drost

Drei Vorbemerkungen:

1. Ich spreche hier als Verwaltungsmann in einer Doppelrolle, einmal als Mitarbeiter eines großen Trägers, zum anderen aber auch als Krankenhausverwalter.

2. Derzeit¹⁾ stehen beim Landschaftsverband Rheinland sieben Institutsverträge kurz vor dem Abschluß, eine unserer Kliniken betreibt eine Poliklinik; es gibt ferner eine Vielzahl von Beteiligungen und Ermächtigungen usw. Das bedeutet: Ich spreche hier über konkrete Erfahrungen aus dem Rheinland. Ich kann nicht den Anspruch erheben, vollständig das sehr bunte Bild der Praxis in der gesamten Bundesrepublik zu schildern. Ich möchte meinen Beitrag auch nicht verstanden wissen als kleine Plauderstunde mit Tips und Tricks eines Verwaltungsmannes für Therapeuten, wie man nun doch zum Ziel kommen kann. Ich werde mich bemühen, einige praktische Hinweise zu geben, aber der Gegenstand ist etwas zu delikat, als daß ich ihn - obwohl aus dem Rheinland kommend - so sehr locker behandeln könnte.

3. In der bisherigen Diskussion scheint mir der Aspekt etwas zu kurz gekommen zu sein, daß wir es hier mit einem Arbeitsfeld zu tun haben, in dem zum Teil sehr kontroverse Interessen eine Rolle spielen. Ich will unter der Überschrift: „Welche Hindernisse, welche Hemmnisse bestehen?, etwa um zu Institutsverträgen zu kommen“, mich gerade diesem Problem widmen. Mein Interesse am Thema habe ich so versucht zu formulieren: Wie kann ich als Verwaltungsmann dazu beitragen, daß - soweit erforderlich - möglichst wirkungsvoll ambulante Dienste an psychiatrischen Kliniken aufgebaut werden, unter größtmöglicher Erstattung der Kosten an den Krankenhausträger durch Kostenträger?

Ich hätte es als sehr nützlich angesehen, wenn ein paar mehr Verwaltungsleute hier säßen, denn ich stelle es mir schwierig vor, daß Therapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter allein imstande sind, insbesondere an komplizierten Großeinrichtungen wie den Krankenhäusern, diese sehr schwierigen Entwicklungen voranzubringen. Solche Entwicklungen bedeuten für uns Verwaltungsleute mehr noch als für die Therapeuten, die hoffentlich von Hause aus innovativer sind, zusätzliches Lernen, neue Erfahrungen und Umstellungen sowie Veränderungen von Verhaltensmustern. Ich hätte mir daher gewünscht, daß wir durch diese Tagung auch das Verständnis von Verwaltungskollegen für diese Probleme etwas verbessern; aber vielleicht gelingt das noch über die Veröffentlichungen.

¹⁾ Stand Juni 1980

Zur Sache: Wir sollten versuchen, den Blick ein klein wenig auf das gesamte sehr unterschiedliche Angebot ambulanter Dienste zu richten und nicht von vornherein auf den Zentralpunkt Beteiligung - Ermächtigung - Institutsvertrag zu verengen. Denn ich glaube, daß das von den Versorgungsnotwendigkeiten her eine unzumutbare Verkürzung ist. Ich glaube nicht, daß wir allein mit Hilfe wie immer gearteter Beteiligungen, Ermächtigungen, Institutsverträgen das, was an ambulanter Versorgung notwendig ist, angemessen in Zukunft bewältigen können. Ich halte das für eine falsche Strategie und komme darauf am Schluß noch einmal zurück.

Lassen Sie mich kurz noch einmal vergegenwärtigen, was wir zur Zeit an ambulanten Aktivitäten haben, und speziell, wie man den Aufwand für diese Aktivitäten finanzieren kann.

1. In der Psychiatrie sind die folgenden Leistungen/Aktivitäten noch nicht so häufig, aber es gibt sie bereits:

Wir haben in einer Klinik ambulante Dienste, die u. a. eine Screening-Funktion erfüllen. Dann kommen eine ganze Menge Patienten u. a. mit Überweisungsscheinen. Diese Patienten werden gründlich untersucht. Manche Verwaltungskollegen in den Krankenhäusern tun sich schwer mit der Antwort auf die Frage: Wie rechne ich diese Leistungen ab? Für einen Patienten, der nach dieser Untersuchung stationär aufgenommen wird, sind das Leistungen, die der stationären Behandlung zuzuordnen sind. Der entsprechende Personal- und Sachaufwand ist Teil der stationären Leistungen und geht in die Selbstkosten der Kliniken ein. Die Kosten werden über den Pflegesatz erstattet. Schwierig wird die Abrechnung bei solchen Patienten, die nach diesen Untersuchungen nicht stationär aufgenommen werden. Dazu später mehr.

2. Traditionell gibt es / gab es in den Kliniken die sogenannte Außenfürsorge. Im Rheinland hat sie eine Tradition von über 50 Jahren. Grob skizziert geschieht hier folgendes: Einer der Krankenhausärzte, von Sozialarbeitern etc. unterstützt, „zieht durch die Lande“ und kooperiert mit dem Gesundheitsamt, mit den verschiedenen kommunalen, freigemeinnützigen Diensten, um entlassene Patienten zu betreuen. Ich halte das für eine Tätigkeit, die in der Vergangenheit sicher sehr hilfreich gewesen ist, die ich aber zumindest für das Land Nordrhein-Westfalen in dieser Form und auf dieser Grundlage als auslaufend betrachten möchte und zwar aus folgendem Grund:
3. Wir haben in Nordrhein-Westfalen das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten aus dem Jahre 1969. Dieses Gesetz ist einerseits unser Unterbringungsgesetz, d. h. beinhaltet die repressive, amtsärztliche Tätigkeit. Andererseits aber sollen, wie in dem Gesetz ausdrücklich formuliert wird, vorsorgende und nachgehende Hilfen für psychisch Kranke geleistet werden. Und schließlich - und das ist für mein Thema wichtig - regelt das Gesetz auch die Kosten, in dem es die Kommunen

(Kreise, kreisfreien Städte) als Träger für diese Leistungen vorsieht. Anders die Kostenregelung für den Außenfürsorgearzt: Er wurde finanziert im Rahmen der Selbstkosten des Krankenhauses, d. h. über seine Pflegesätze.

Die vorsorgenden oder nachgehenden Hilfen im nordrhein-westfälischen PsychKG - und das hat Herr Behrends bereits skizziert - dürfen nicht kurative Medizin sein, d. h. der Psychiater darf im Rahmen dieser Tätigkeit keine Rezepte schreiben, er darf nicht in engerem Sinne behandeln. Zu den Hilfen gehören aber eindeutig die ganzen sozialarbeiterischen, sozialfürsorgerischen Leistungen incl. Hausbesuche u. ä. Ferner gehören dazu -wie eine kleine Anfrage im Landtag dokumentiert hat - Patientenclubs, Wohngemeinschaften, Laienhilfearbeit u. ä. Soweit das Gesetz.

Die Wirklichkeit sieht natürlich so aus, daß die Ausführung des Gesetzes im Einzelfall davon abhängig ist

- wer sich für diese Dinge engagiert,
- welche Kommune hinreichend aufgeschlossen ist und
- wieviel Geld jeweils bereitgestellt wird.

Ich will damit deutlich machen, daß durch das Vorhandensein eines solchen Gesetzes wir nicht mehr nach einem Kostenträger suchen müssen - der ja durch Gesetz bestimmt ist- sondern wir müssen uns vielmehr darum bemühen, jetzt in der konkreten praktischen Arbeit die kommunalen Kostenträger dazu zu bringen, die notwendigen Kosten auch zu übernehmen. Von daher meine ich, daß in den Ländern, die ein derartiges Hilfengesetz haben, die Dinge etwas einfacher liegen. Ich habe mir leider keinen Überblick verschaffen können, in welchen Ländern das bereits der Fall ist: Niedersachsen hat meines Wissens ein derartiges Gesetz bekommen (Zwischenruf: Nachdem die kommunale Tätigkeit subsidiär erfolgt). Das ist in Nordrhein-Westfalen nicht der Fall. Bei uns handelt es sich um eine Pflichtaufgabe der Kommunen nach Weisung.

Die Frage ist, was machen wir aus einem solchen Gesetz. Zum einen ist das ein finanzielles Problem, zum anderen jedoch auch - und daß muß man deutlich sehen - ein personelles. Herr Behrends hat bereits geschildert, vor welchen Schwierigkeiten eine Kommune steht. Was macht sie - selbst wenn sie besten Willens ist, derartige Dienste anzubieten -, wenn sie keine eigenen Psychiater hat, die ja notwendigerweise auch zur Erbringung derartiger Dienste gehören?

Vielleicht kann ich einen kleinen Hinweis zur Lösung dieses Problems geben. Wir haben in Nordrhein-Westfalen zwei Landesteile, Westfalen und Rheinland. Die westfälischen Kollegen verfahren in einem derartigen Fall nach klassischer Linie: Das Gesundheitsamt hat keinen Psychiater. Ein Landeskrankenhaus ist bereit, einen Psychiater beim Gesundheitsamt einzusetzen, und genehmigt ihm eine entsprechende Nebentätigkeit, die dieser beim Gesundheitsamt der Kommune ausübt. Im Rheinland haben wir versucht, das Problem so zu lösen, daß wir einen Psychiater - soweit unse-

re Kliniken Ärzte für diese Aufgabe bereitstellen können- an das Gesundheitsamt „verkaufen“, d. h. die Klinik entsendet, ordnet ab in der Sprache der Beamten, einen solchen Arzt gegen volle Kostenerstattung in die Kommune. Diese Finanzierungsregelung bedeutet also volle Kostenerstattung durch die Kommune an das Landeskrankenhaus. Für die Kommune ist das meistens kein Problem, denn sie hat in der Regel seit Jahren Arztstellen im Gesundheitsamt, die sie nicht mit Psychiatern besetzen kann, d. h. das Geld ist insofern da. Die Landeskrankenhäuser bekommen in der Regel leichter Ärzte als die Kommunen. Diese Lösung ist sicher nicht ideal. Sie erscheint mir aber geeigneter als die Lösung über private Nebentätigkeiten von Krankenhausärzten. Ich werde nachher noch begründen, warum ich generell etwas gegen Nebentätigkeiten von Ärzten der Landeskrankenhäuser in diesem Bereich habe.

4. Ein weiterer Bereich von Leistungen/Aktivitäten ist in den Referaten bereits angeklungen. Er scheint mir bedenkenswert zu sein, und er gehört auch zum Thema, ich will ihn jedoch nicht breit abhandeln. Es ist von konsiliarärztlichen Tätigkeiten in Heimen für psychisch Kranke und Behinderte gesprochen worden. Das ist in der Sprache des Juristen, des Verwaltungsmannes, Sprachverwilderung, wenn Sie gestatten. Jedem Arzt, insbesondere den Verbandsvertretern ist klar: konsiliarärztliche Tätigkeiten sind Leistungen von Ärzten gegenüber anderen Ärzten, seien sie niedergelassene oder Krankenhausärzte. Unter der Überschrift „konsiliarärztliche Tätigkeiten in Heimen“ verbergen sich die unterschiedlichsten Aktivitäten. Das müssen wir uns deutlich machen. Dabei geht es nicht nur um eine begriffliche Frage, sondern auch um inhaltliche Probleme. Wir alle kennen das Problem der Verlegung psychisch Kranker und Behinderter in Heime. Krankenhäuser sind zum Beispiel dann einen geriatrischen Patienten los, und die Heime stehen vor der Frage, wer diese Patienten versorgt. Wenn ich von Versorgung spreche, so meine ich die rein ärztlich-medizinische Versorgung und sehe von den Problemen des Versorgungsstandards im Heimbereich und ähnlichen Fragen ab. Diese ärztliche Versorgung im Heim hat zunächst mit konsiliarärztlicher Tätigkeit überhaupt nichts zu tun. Wenn die alten Menschen, oder um welche Patienten/Klienten es sich immer handeln mag, im Heim einer ärztlichen Behandlung bedürfen, dann ist das eine ambulante Behandlung. Sie erfolgt entweder über einen niedergelassenen Arzt oder -, wenn es zum Beispiel ein Psychiater sein muß und niedergelassene Psychiater nicht erreichbar sind - durch einen Psychiater eines Krankenhauses. Übt ein Krankenhausarzt eine derartige Tätigkeit aus, dann muß er ermächtigt oder beteiligt werden. Meines Erachtens ist hier die Ermächtigung die Form der Wahl, um eine solche kassenärztliche Tätigkeit auszuüben. Der Arzt kann dann Rezepte ausschreiben, behandeln wie jeder niedergelassene Arzt. Seine Tätigkeit hat mit konsiliarärztlicher Tätigkeit in der Regel nichts zu tun, sondern es geht schlicht um die kassenärztliche Versorgung von Heimbewohnern.

Eine ganz andere Aufgabe kann darin bestehen, durch einen Arzt Heimberatung auszuüben, d. h. die Institution Heim zu beraten, zum Beispiel durch Gespräche über Betreuungs- und Versorgungskonzepte, Supervision oder ähnliches. Auch das hat mit konsiliarärztlicher Tätigkeit im strengen Sinne nichts zu tun. Diese Aufgabe kann man dadurch bewältigen, daß ein qualifizierter Arzt aus einem Landeskrankenhaus beauftragt wird, einmal im Monat oder vierzehntägig ins Heim zu kommen, mit den Mitarbeitern die anstehenden Probleme ein paar Stunden lang zu diskutieren und ähnliches. Handelt es sich dabei um genehmigte private Nebentätigkeit des Arztes, so wird er dafür vom Heim bezahlt, und der Heimträger bringt die Kosten in die Pflegesätze für sein Heim ein; im Prinzip gibt es dabei keine Finanzierungsprobleme. Wie gesagt, eine derartige Tätigkeit sollte nicht als konsiliarärztliche Tätigkeit bezeichnet werden.

Eine andere Lösungsmöglichkeit liegt darin, daß sich ein Krankenhaus als Institution vertraglich gegenüber dem Heim verpflichtet, dort die Heimberatung auszuüben. Man könnte in diesem Zusammenhang auch daran denken, daß das Krankenhaus hinsichtlich der ambulanten Versorgung der Heimbewohner einen Institutsvertrag anstrebt, um als Institution die ambulante kassenärztliche Versorgung dieser Patienten zu gewährleisten. Ich möchte aber jedem Krankenhausleiter sowie Krankenhausträger zu bedenken geben, ob er die damit auf sich genommene Verantwortung für das, was in dem Heim geschieht, als Institution übernehmen kann und will. Ich habe persönlich Bedenken, ob das zweckmäßig ist.

Soweit der Versuch, ein paar Aspekte, die vor dem Bereich der ambulanten kassenärztlichen Leistungen durch das Krankenhaus liegen, noch einmal kurz zu skizzieren. Ich komme jetzt zu dem Hauptthema, nämlich: *Ambulante kassenärztliche Leistungen am psychiatrischen Krankenhaus*. Welche administrativen Hindernisse gibt es? Wie löst man die Finanzierungsprobleme? Welche Vertragsformen wählt man: Institutsvertrag, Beteiligung des Chefarztes, Ermächtigung des Chefarztes?

Drei Vorbemerkungen:

1. Die ambulante Versorgung psychisch Kranker ist dringend verbesserungs- und erweiterungsbedürftig. Das ist die Grundthese dieser Veranstaltung. Bisher wurde eine Unterversorgung in bestimmten Gebieten, insbesondere im ländlichen Raum, durch ambulante Nervenärzte festgestellt. Zum anderen werden die Versorgungsnotwendigkeiten bestimmter Bevölkerungsgruppen, ihre spezifischen Bedürfnisse nicht angemessen befriedigt, selbst wenn es eine größere Anzahl niedergelassener Nervenärzte gibt. Diese Aussage bezieht sich vor allem auf bestimmte Krankheits- und Behandlungsformen, für die bisher keine angemessenen Versorgungsangebote bestehen.
2. Ich gehe von der These aus, daß die psychiatrischen Krankenhäuser zur Verbesserung dieser ambulanten Versorgung einen Beitrag leisten müssen.

Dabei kann ich als Mann der Verwaltung die Einzelheiten nicht nachvollziehen, die die verantwortlichen Therapeuten diskutieren. Meine Rolle ist in diesem Zusammenhang nur die zu helfen, das in die Tat umzusetzen, was für notwendig erkannt wird. Ich betone, daß das für mich eine These ist und auch sein muß, weil ich davor warnen möchte, die Dinge als ziemlich selbstverständlich und unstrittig darzustellen. Sie sind als Therapeuten gezwungen, die Sachverhalte weiterhin differenziert darzustellen und zu argumentieren.

3. Bisher ist der folgende Punkt nicht angesprochen worden, vielleicht scheuen sich Therapeuten auch - verständlicherweise -, das zu sagen. Ich meine, daß in der Tat ein Beitrag psychiatrischer Krankenhäuser zur Verbesserung der ambulanten Versorgung auch ein Beitrag zur Kostendämpfung sein kann. Das ist eine These, die zumindest viel für sich hat.

Folgende Zahlengegenüberstellung: Wir haben zur Zeit Pflegesätze, d. h. Kosten für die stationäre Behandlung pro Tag im psychiatrischen Krankenhaus von - ich greife eine Zahl - DM 130,-. Man kann andererseits davon ausgehen - der Betriebswirt würde sagen: im Rahmen einer Vorkalkulation -, daß wir Fallkosten pro Quartal für die ambulante Behandlung von Patienten in unseren psychiatrischen Krankenhäusern von etwa DM 90,- haben werden. Bereits ein derartiger Vergleich macht deutlich, daß einiges dafür spricht, daß durch die Ausdehnung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten, die stationäre Aufnahmen verhindern helfen, zugleich auch ein Beitrag zur Kostendämpfung geleistet wird. Ich würde mir allerdings sehr wünschen, und das auch für Sie als Therapeuten, daß diese These einmal durch eingehende Untersuchungen erhärtet werden kann.

Nach diesen Vorbemerkungen jetzt zum Problem. Der Gesetzeswortlaut des § 368 n RVO ist bereits zitiert worden. Ich glaube, es ist notwendig, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, welche Argumente u. a. in der Bundestagsdebatte gegen diese Neuregelung der RVO angeführt wurden. Dies nicht, um vergangene politische Kontroversen nachzukarten, sondern weil mir aus der praktischen Erfahrung beim Abschluß von Institutsverträgen gesichert erscheint, daß diese Argumente immer noch nachspielen. In der Bundestagsdebatte wurde u. a. gesagt, ich zitiere:

Es geht um die „De-facto-Beseitigung einer der Grundsäulen des Kassenarztrechts, der Aufrechterhaltung des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freiberuflich tätige Kassenärzte“. „Unser zweites Indiz dafür, daß es der Regierungskoalition gar nicht um die Erhaltung der Grundsätze des Kassenrechts, sondern letztlich um deren langfristige Aushöhlung geht, ist die Erweiterung des § 368 n Abs. 6 RVO . . .“, . . ., was der Sachkenner hinter solchen Winkelzügen vermuten muß, nämlich die Einführung von Ambulatorien und Polikliniken in die ambulante Krankenversorgung, beginnend mit dem Bereich der Psychiatrie . . .“. „Zusammenfassend möchte ich zu diesem Änderungswunsch der Koalition gegenüber dem Regierungsentwurf festhalten, daß

er auf eine von uns nicht gewünschte Institutionalisierung der psychiatrischen Versorgung hinausläuft. Dies widerspricht auch dem wesentlichen Anliegen der Psychiatrie-Enquete, nämlich die psychiatrische Behandlung endlich auch in den Augen der breiten Öffentlichkeit der übrigen ärztlichen Behandlung gleichzustellen. Wesensmerkmal der ärztlichen Behandlung - dies ist doch wohl bis jetzt zwischen uns noch unumstritten - ist gerade nicht die Institutionalisierung, sondern das persönliche und individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis. Durch den Koalitionsantrag wird also unter diesen für den Therapieerfolg wesentlichen Gesichtspunkten die psychiatrische Versorgung und damit der psychisch kranke Mitbürger erneut diskriminiert."

Am Rande sei noch auf eine gesetzestechnische Absonderlichkeit hingewiesen: Die Psychiatrie ist unmittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch verknüpft. Beides wird in einem Absatz geregelt; in Satz eins wird der Schwangerschaftsabbruch behandelt und in Satz zwei die Institutsverträge für die Psychiatrie.

Nähere Erläuterungen zum System der kassenärztlichen Versorgung kann ich mir ersparen; es ist bereits von den Vorrednern ausgeführt worden. Noch einmal kurz skizziert: Es gibt die zugelassenen Ärzte, in der Diskussion dieser Tagung als die Raben bezeichnet, schwarze oder weiße. Es gibt den beteiligten Chefarzt - soweit ich sehe, eine in der Psychiatrie nicht häufig anzutreffende Form kassenärztlicher Versorgung. Ändert man etwa im Rahmen von Strukturveränderungen wie bei uns im Rheinland die Zahl der Chefärzte erheblich, kann das auch zu einer veränderten Beurteilung führen. Schließlich gibt es ermächtigte Ärzte, und es gibt die ermächtigte Institution Krankenhaus, d. h. den Institutsvertrag.

Ich möchte anknüpfen an das, was Herr Hess gesagt hat. Ich stimme ihm zu, daß nach unseren Erfahrungen die Kassenärztliche Vereinigung (KV) -die Erfahrungen beziehen sich auf Institutsverträge in sieben Kliniken - mit der wir uns bis zum Inkrafttreten der Änderung der RVO über Institutsverträge heftig gestritten haben, sich nach dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung absolut gesetzeskonform verhält. Wir haben im Prinzip keine Schwierigkeiten, mit ihr zu Institutsverträgen zu kommen. Das möchte ich ausdrücklich betonen.

Das Problem liegt auf der Trägerseite in der Entscheidung, ob er Institutsverträge will. Sieht man sich einmal an, in welchen Bundesländern - und jetzt bezogen auf die Träger - Institutsverträge überhaupt angestrebt werden, so finden wir das, was im Bundesrat die Unterteilung in A- und B-Länder genannt wird. Die einen sind die von SPD und FDP regierten Länder, die anderen sind die von CDU und CSU regierten Länder. In der einen Gruppe besteht eine prinzipielle Tendenz für den Abschluß von Institutsverträgen, in der anderen Gruppe besteht eine prinzipielle Tendenz gegen derartige Verträge. Wir haben es hier also deutlich mit einem politischen Problem zu tun.

Zum anderen muß man sehen, daß es insbesondere für die Träger der Großkrankenhäuser ein Struktur- und ein Sachproblem im Zusammenhang mit dem

Abschluß von Institutsverträgen bzw. dem Aufbau ambulanter Dienste gibt. Denn es gibt ja die These - und einiges spricht dafür, daß sie richtig ist -, daß mit dem Aufbau ambulanter Dienste ein wesentlicher Beitrag zur Verkleinerung von Großkrankenhäusern geleistet wird. Das wiederum wirft für die Träger eine Fülle von Problemen auf. Man kann es sicher keinem Träger verdenken, wenn er beim Aufbau ambulanter Dienste überlegt, was das für die Verkleinerung seiner Krankenhäuser für Konsequenzen hat. Hinzu kommen insbesondere auch noch die personellen Probleme, wenn man sich etwa die von der ÖTV vertretenen Positionen ansieht. Es gibt also ganz bedeutende Hindernisse, Hemmnisse, bevor es überhaupt zu der Entscheidung eines Trägers kommt, einen Antrag auf Abschluß eines Institutsvertrages zu stellen. Nun wird der Antrag gestellt. Ich sagte eben, daß die KV bei uns prinzipiell bereit ist, derartige Verträge abzuschließen. Wir haben bisher nicht ernstlich erwägen müssen, eine entsprechende Klage zu erheben. Dieser Teil der Verhandlungen mit der KV - unser Verhandlungspartner ist der 1. Landesvorsitzende, der zugleich der Bundesvorsitzende der KV ist - läuft relativ reibungslos. Nun ist leider Herr Hess nicht mehr da. Eines nämlich hat er verschwiegen: Wir bekommen zwar Institutsverträge, die Frage ist nur, mit welchen Konditionen. Und hier sind die Pferdefüße, hier stecken die Probleme.

Bevor ich diese Probleme im einzelnen abhandle, noch einen Exkurs zu dem Problem Institutsvertrag, d. h. ermächtigt Krankenhaus oder Beteiligung/Ermächtigung von Chefärzten, d. h. ermächtigt Arzt. Ich glaube, daß es auch sprachlich korrekt auf den Punkt gebracht ist, von einem Gegensatz ermächtigt Krankenhaus - ermächtigt Arzt zu reden. Dazu ist bereits einiges gesagt worden. Ich möchte hierzu insbesondere aus der Sicht eines Krankenhausträgers deutlich machen, was für den Institutsvertrag spricht. Für den Krankenhausträger, d. h. für den Dienstherrn, den Arbeitgeber, bedeutet ermächtigt Arzt, daß der Arzt eine private Nebentätigkeit ausübt. Anders ist das leider nicht konstruierbar. Es handelt sich um eine Rahmenbedingung, die wir beachten müssen. Wenn ich für den Institutsvertrag plädiere, so auch deshalb, weil ich meine, daß die ambulante Versorgung psychisch Kranker von der Sache her, d. h. von ihrer Bedeutung her, entweder in die Hand niedergelassener Fachärzte gehört oder in die Hand von Krankenhäusern, nicht dagegen in die „graue Zone“ privater Nebentätigkeit (Zwischenruf: Sagen Sie doch lieber sowohl als auch), einverstanden, sowohl als auch. Diese beiden Lösungsmöglichkeiten sind die zur Wahl stehenden, nicht dagegen die Möglichkeit „private Nebentätigkeit“. Das Argument ist meines Erachtens heute morgen bereits deutlich geworden. Ich möchte es aber noch etwas differenzierter darstellen. Wenn die ambulante Tätigkeit, die am Krankenhaus erbracht werden soll, eine interprofessionelle oder multiprofessionelle ist, d. h. wenn Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und andere Therapeuten zusammenwirken sollen, dann kann man zwar hingehen, wie es Herr Hess gesagt hat, und fragen: Wo ist denn der Unterschied? Der ermächtigte Arzt kann delegieren, die anderen Therapeuten arbeiten mit. In der Institution arbeiten sie lediglich ein bißchen anders zusammen, auch dort gibt es ein Delegationsverfahren. Die Therapeuten können viel-

leicht etwas teamhafter arbeiten, wie sie das aus dem Krankenhaus her gewöhnt sind. Das Problem liegt aber dann in folgendem: Wenn Sie diese Art von Zusammenarbeit im Rahmen von Nebentätigkeiten lösen wollen, bekommen Sie kaum überschaubare Konstruktionen, der Träger hat überhaupt keine Kontrollmöglichkeiten mehr, und Sie bekommen insbesondere konkrete Arbeitsverhältnisse, die völlig unüberschaubar werden. Dazu folgendes Beispiel: Ich unterstelle, daß ich ambulante Dienste anbieten will mit einem Arzt, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter und einer Krankenpflegekraft/Arzthelferin, d. h. mit einer Arbeitszeit von 4 x 40 Stunden pro Woche, das sind 160 Wochenstunden. Wenn ich diese Arbeit in dem Rahmen einer privaten Nebentätigkeit betreiben will, so muß ich diese Nebentätigkeit auf 16 Mitarbeiter verteilen. Nach allem, was heute im Nebentätigkeitsrecht gilt, wird man einem Mitarbeiter kaum mehr als 10 Stunden Nebentätigkeiten pro Woche konzederen können. Der Mitarbeiter ist ja im *Hauptamt* im Krankenhaus angestellt, seine Nebentätigkeiten sollen ja *Nebentätigkeiten* bleiben, konkret heißt das, seine primäre Aufgabe ist die stationäre Versorgung der Patienten, die ambulante Versorgung darf er im Rahmen privater Nebentätigkeiten nur nebenbei betreiben. Ich vermute, daß auch Therapeuten - wenn man das einmal im einzelnen diskutieren würde - eine derartige Lösung nicht mehr als vernünftig, als sachgerecht ansehen würden. Ganz abgesehen davon, daß ich mir einen derartigen Betrieb mit 16 Mitarbeitern im Rahmen von je 10 Stunden Nebentätigkeit nicht mehr als steuerbar, als kontrollierbar vorstellen kann, geschweige denn, daß der Träger noch Haupt- und Nebentätigkeiten präzise auseinander halten kann. Als weiteres kommt hinzu, daß der Träger nach dem Nebentätigkeitsrecht zu Recht den Anspruch erheben kann, daß die auf Nebentätigkeiten verwendeten Zeiten nachgearbeitet werden müssen, und in aller Regel ist private Nebentätigkeit eine Sache außerhalb der Dienstzeit. Das ist jedoch im vorliegenden Sachbereich Nonsense. Der Krankenhausarzt kann nicht kassenärztliche Tätigkeit nach der Tagesarbeit außerhalb der Dienstzeit ausüben. Das heißt, man müßte den Mitarbeitern konzederen, daß sie diese private Nebentätigkeit im Bereich der ambulanten Dienste während der normalen Tages-/Dienstzeiten ausüben müßten. Denn zu welchen Zeiten werden die Patienten erwartet? Nach dem geltenden Nebentätigkeitsrecht wird man von den Mitarbeitern jedoch verlangen müssen, daß sie die im Rahmen privater Nebentätigkeit aufgewendete Zeit nacharbeiten. Wann soll das möglich sein? Wir haben im Rheinland mit diesen Dingen unsere Erfahrungen. Unsere Nebentätigkeitsprobleme sind ja auch breit in der Presse erörtert worden.

Lassen Sie mich zusammenfassen: Ich halte es weder von der Sache her noch aus der Sicht eines verantwortungsvollen Krankenhausträgers für möglich, eine so wichtige, umfangreiche Tätigkeit in Form privater Nebentätigkeit zu leisten, insbesondere dann, wenn man ambulante Dienste im sozialpsychiatrischen Sinne anbieten will. Wenn es nur darum geht, einen nicht vorhandenen niedergelassenen Kassenarzt durch einen Krankenhausarzt zu ersetzen, der dasselbe tun soll wie ein niedergelassener Arzt, dann könnte ich mir einen Träger vorstellen, der mit sich unter dem Gesichtspunkt des Nebentätigkeitsrechts

darüber reden ließe. Bloß weiß ich nicht, was damit tatsächlich zu erreichen wäre, denn ich könnte ihm als Träger lediglich etwa zehn Stunden pro Woche kassenärztliche Tätigkeit zugestehen. Man kann sagen, das ist immer noch besser als nichts. Aber die sozialpsychiatrische Tätigkeit, wie sie hier vielfach dargestellt worden ist, ist für mich als Verwaltungsmann in der Form privater Nebentätigkeit kaum vorstellbar und aus vielerlei Gründen nicht akzeptabel. Ich weiß, daß ich damit gegen die finanziellen Interessen der Ärzte rede. Ich meine auch, daß der Krankenhausträger durch einen Institutsvertrag einen Beitrag dazu leisten kann - und viele Ärzte bestätigen mir das im Gespräch -, ein attraktiveres Arbeiten am Krankenhaus zu ermöglichen. Ambulante Aufgaben im Krankenhaus stellen gerade auch für junge Ärzte ein Stück Attraktivität dar, auch ohne daß ich diese Arbeit unmittelbar finanziell attraktiver mache. Die Fragen sind sehr schwierig, und ich bin nicht sicher, wieweit man generelle Aussagen machen kann.

Ein Sonderproblem stellt die *Psychotherapie* dar. Wir haben uns im Rheinland entschlossen, für den Bereich der großen Psychotherapie in zwei Kliniken auf den Institutsvertrag zu verzichten. Die Argumente dafür waren, daß wir es insbesondere den jungen Ärzten ermöglichen wollten, psychotherapeutische kassenärztliche Leistungen im Rahmen des kassenärztlichen Verfahrens zu erbringen, um dadurch einen Teil der sehr hohen Kosten für ihre Analysen zu decken. Dieses Verfahren ist sicherlich nicht ideal. Ich würde mir wünschen, daß die Krankenhausträger Mittel bereitstellen für die jungen Mitarbeiter, um diese Weiterbildung, diese Zusatzausbildung mit Mitteln des Arbeitgebers zu ermöglichen. Das würde dann allerdings auf der anderen Seite zu Bindungsverträgen mit diesen Mitarbeitern führen müssen. Ich persönlich meine, daß bei einer derartigen Strukturfrage der finanzielle Aspekt sekundär sein sollte. Wenn wir neue Wege beschreiten, um diesen in Deutschland unterentwickelten Teilbereich für die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern, dann muß man auch neue Möglichkeiten schaffen. Dann müssen sich die Krankenhausträger bzw. Kostenträger überlegen, was ihnen das wert ist. Man muß dann sicherlich über Preise reden, aber im Grunde ist dann entschieden, daß gezahlt werden muß. Meine Idee wäre, daß man dieses Problem stärker von den Arbeitgebern, sprich Krankenhausträgern, aus aufgreift und nicht in den privaten Bereich abdrängt mit den eben skizzierten finanziellen Konsequenzen. Ich will das aber hier nicht weiter vertiefen.

Nun zurück zu dem, was nach der Diskussion des heutigen Vormittags am meisten interessierte, nämlich zu der Frage: *Was sind die Hindernisse bzw. Haupthemmnisse beim Betreiben ambulanter Dienste im Rahmen von Institutsverträgen?*

Zunächst geht es um das Problem der Leistungsbilder in diesen Verträgen. Bei dem Vergleich der derzeit in der Bundesrepublik abgeschlossenen oder abzuschließenden Institutsverträge fällt auf, daß die Leistungsbilder sehr unterschiedlich sind. So eindeutig der gesetzliche Anspruch auf Institutsverträge geregelt ist, so wenig deutlich ist geregelt, welche Konditionen vereinbart werden

können, sollen, müssen. Die Position des antragstellenden Krankenhauses, Krankenhausträgers ist, was das Leistungsbild anbetrifft, sehr schwach.

Das zweite Problem: Wir haben erfahren müssen, daß die KV - und das muß man deutlich sagen - ein limitierendes Element in die Institutsverträge einführt, d. h., daß Behandlungen im Rahmen von Institutsverträgen nur aufgrund von Überweisungen geschehen dürfen. Aus der Diskussion des heutigen Morgens ist deutlich geworden, daß das etwa im Rahmen der Nachsorge zu ziemlich unmöglichen Konsequenzen führt. Ein Beispiel: Das Krankenhaus muß sich vor der Entlassung des Patienten an einen niedergelassenen Arzt wenden -z. B. an den Arzt, der den Patienten eingewiesen hat -, muß ihn anrufen, ihm erklären, daß der Patient in den nächsten Tagen entlassen werden soll und daß er in der Klinik nachversorgt werden soll. Es muß das Einverständnis des Arztes mit dieser Behandlung herbeigeführt werden und anschließend gebeten werden, einen Überweisungsschein zu schicken. Ich halte ein solches Verfahren für wenig zweckdienlich. In der Praxis führt das häufig dazu, daß die Krankenhäuser keine Überweisungsscheine bekommen, d. h., daß die Leistungen für solche Patienten überhaupt nicht abrechenbar werden. Ich möchte Sie beim Abschluß von Institutsverträgen dringend auffordern, um diesen Punkt zu kämpfen, denn es scheint mir aus der Sache und aus Kostengründen her nicht vertretbar, sich auf solche limitierenden Bedingungen einzulassen. Ich muß Sie allerdings darauf hinweisen, daß ich Ihnen keinen Rat geben kann, was zu tun ist, wenn sich die KV weigert. Meines Erachtens müßte die KV - ich glaube, Herr Spanken hat es formuliert - im Prinzip bereit sein, auf die Überweisung zu verzichten, wenn man ihr ein ganz konkretes limitiertes Leistungsspektrum vorschlägt. Erweckt man dagegen gegenüber der KV den Eindruck - und wir haben das in einer Klinik getan -, man wolle eine Art umfassender Poliklinik installieren, kann ich die KV verstehen, wenn sie uns in Gestalt der Überweisungsscheine einen Riegel vorschieben will. An diesem Punkt wird die Konkurrenz- und Wettbewerbssituation deutlich. Wir sind dankbar, daß wir in den letzten Vertragsverhandlungen hinsichtlich der Nachsorge von der KV einen Verzicht auf den Überweisungsschein erreicht haben. Die KV war hier entgegenkommend, ich finde das der Sache dienlich.

Der dritte entscheidende Punkt sind die Vergütungsfragen. Wir erhalten - und das entspricht den Regelungen in den Institutsverträgen in anderen Bereichen - zur Zeit 80 % der Gebührenwerte des BMA. Die Ersatzkassen hatten uns zunächst einen „üblen Streich“ gespielt: Sie wollten uns nicht nach der Ersatzkassengebührenordnung (EGO), sondern nach dem BMA bezahlen. Experten des ärztlichen Gebührenwesens wissen, daß das noch schlechter ist, denn die EGO liegt in ihren Vergütungssätzen etwas besser als der BMA. Diese schlechten Vertragsbedingungen konnten wir inzwischen beseitigen. Wir bekommen jetzt also von allen Kostenträgern 80 % der jeweiligen Gebühren bzw. Gebührenwerte. Folgende Argumente werden vorgetragen, damit wir nur 80 % bekommen: 1. Der Abschlag ist gerechtfertigt, weil die Fixkosten des Krankenhauses ja bereits in den Selbstkosten für die stationäre Behandlung enthalten

sind, d. h. z. B. die gesamte Betriebstechnik und medizinische Technik wird schon von anderer Seite vergütet.

2. Dem Krankenhaus steht kein Zuschlag für unternehmerisches Risiko wie dem niedergelassenen Arzt zu. Das zweite Argument muß man wohl als hinnehmbar bezeichnen. Das erste ist dagegen betriebswirtschaftlich unkorrekt. Denn weshalb sollen die Fixkostenanteile der ambulanten Dienste den Krankenkassen über die Selbstkosten der stationären Behandlung zugerechnet werden? Es geht um Fixkostenanteile für ambulante Dienste, die in die von der KV zu zahlenden Vergütungen einzubeziehen sind. Das Problem liegt darin, genaue betriebswirtschaftliche Daten zu gewinnen. Denn die 20 % sind eine völlig aus der Luft gegriffene Zahl, die historisch gewachsen und betriebswirtschaftlich nicht untermauert ist. Ich meine, daß man sich über diesen Punkt gelegentlich einmal auseinandersetzen sollte. Voraussetzung dafür sind allerdings präzise betriebswirtschaftliche Unterlagen.

Was sollte man in einer derartigen Situation tun? Ich glaube nicht, daß man sich darauf einlassen sollte, erst den Bedarf oder gar die Effizienz ambulanter Dienste an psychiatrischen Krankenhäusern nachweisen zu müssen, bevor man Institutsverträge abschließt. Ich halte es für sehr gefährlich, sich auf etwas Derartiges einzulassen. Das kann leicht dazu führen, daß die Therapeuten Behauptungen aufstellen, die nicht nachgewiesen werden können, oder daß die Verwaltungsleute betriebswirtschaftliche Zahlen vorlegen, die einer seriösen Prüfung nicht standhalten können. Keiner von uns sollte sich auf ein derartiges Verfahren einlassen; ich finde auch derartige Forderungen nicht seriös. Andererseits sollte man nicht antreten mit der Behauptung, nur die ambulanten Dienste am Krankenhaus führen aus den Problemen heraus. Man muß sich schon im Einzelfall die Mühe machen, sehr differenziert und konkret an die Lösung heranzugehen. Das kann man, indem man etwa versucht, Antworten auf folgende Fragen zu finden und zwar zur Bildung von Hypothesen:

In welchem Raum / in welcher Region will ich meine ambulanten Dienste anbieten?

Wie ist die Versorgungssituation beschaffen? Wie

groß ist die Zahl niedergelassener Ärzte? Welche

Art von Diensten bieten sie an? Wie ist die

Sozialstruktur der Region? usw.

Darauf aufbauend wäre ein Leistungsbild für die ambulanten Dienste i. S. eines Konzeptes zu formulieren. Auf dieser Grundlage würde ich dann erwarten, und zwar sowohl vom Träger als auch von der KV und den niedergelassenen Ärzten, daß man sich auf einen Institutsvertrag einläßt. Ich möchte dies ein kontrolliertes Experiment nennen, d. h. es werden Institutsverträge auf Zeit abgeschlossen, die die Therapeuten dazu zwingen, im Rahmen der Leistungsdokumentation, im Rahmen von Erfahrungsberichten ihre konkreten Ergebnisse

niederzulegen, die die Verwaltungsmitarbeiter dazu zwingen, detaillierte Kostenrechnungen vorzulegen. Das letztere ist noch ein großes Hindernis. Denn in welchem psychiatrischen Krankenhaus gibt es bereits eine funktionierende Kosten- und Leistungsrechnung? Ich empfehle Ihnen, folgendes zu tun: Während der Laufzeit des Institutsvertrages werden möglichst umfassend alle Kosten- und Leistungsaspekte dargestellt, insbesondere auch quantifizierbare Elemente. Nach Ablauf einer solchen Erprobungszeit unterhalten sich alle Beteiligten, d. h. das Krankenhaus und die Kostenträger, darüber, was gut war, was weniger gut war, ob der Vertrag fortgesetzt werden soll, ob er geändert werden soll oder dergleichen. Solches Vorgehen scheint mir ein vernünftiger Weg zu sein. Das Ergebnis einer solchen Prüfung kann aber auch so aussehen, daß man nein sagen muß, daß man keinen Institutsvertrag mehr will, z. B. wenn ich an das Landeskrankenhaus Bedburg-Hau mit 3.300 Betten und 40 Ärzten denke. Dort kann ich überhaupt keine ambulanten Dienste im Rahmen von Institutsverträgen am Krankenhaus anbieten, denn ich habe gar nicht das ärztliche Personal dafür. Ich habe aber vielleicht zwei oder drei Ärzte, die gerne im Rahmen von Nebentätigkeiten ambulante Leistungen erbringen würden. Bei aller grundsätzlichen Bevorzugung des Institutsvertrages würde ich ein solches Problem pragmatisch lösen wollen. Man sollte aber auch hier nicht darauf verzichten, derartige ambulante Dienste kritisch zu prüfen und betriebswirtschaftlich zu durchleuchten.

Lassen Sie mich zwei kleine Hinweise einschieben: Ich glaube kaum, daß wir kurzfristig das Problem der Finanzierung der Sozialarbeitertätigkeiten werden lösen können. Den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen möchte ich empfehlen, diese Kosten noch für eine gewisse Zeit und möglichst weitgehend den Selbstkosten zuzuordnen und über die Pflegesätze zu finanzieren. Dafür gibt es bei uns auch eine gesetzliche Grundlage, nämlich das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen. Dort heißt es in § 3 Abs. 3: „Das Krankenhaus sorgt für einen sozialen Dienst, der im Benehmen mit den behandelnden Ärzten die soziale Betreuung übernimmt und die soziale Rehabilitation fördert“. Auch wenn es im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen schwierig werden sollte, ist meines Erachtens das zumindest eine Argumentationshilfe.

Als zweites möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, daß wir auch im ambulanten Bereich Notfälle haben. Die Notfallbehandlung kann über die sogenannten roten Scheine abgerechnet werden. Diese Abrechnung läuft außerhalb der geschilderten komplizierten Verträge und Verfahren. Ich glaube, daß gerade in der Psychiatrie recht häufig Notfallbehandlungen erforderlich sind, und empfehle, einmal sehr konkret zu prüfen, welche Möglichkeiten in diesem Zusammenhang im Einzelfall gegeben sind. Viele Verwaltungsleute kennen diese Behandlungs- bzw. Abrechnungsmöglichkeiten gar nicht.

Lassen Sie mich noch eines ganz deutlich sagen: Es scheint mir ein absolutes Unding zu sein, die Probleme über die Sozialhilfe zu lösen. Ich erwähne diesen Gesichtspunkt deshalb, weil er bei uns in der Diskussion jüngst aufgekommen ist. Der Vorschlag lautet dann zum Beispiel: Ambulante Dienste, weil sie nicht

kostendeckend finanziert werden können, sind in Gestalt halb- oder teilstationärer Behandlung anzubieten. Das kommt dann sehr nahe an die Vorschläge heran - die auch hier vorgetragen wurden -, in bestimmten Fällen Patienten stationär aufzunehmen. In den somatischen Fächern sind das die sogenannten Diagnostikbetten, das sind Betten für Patienten, die nur für sehr kurze Zeit aufgenommen werden und bei denen man sich manchmal fragen muß, warum sie überhaupt stationär aufgenommen wurden. Sieht man genauer hin, hätte man diese Patienten bei einer zweckmäßigen Organisation im Krankenhaus möglicherweise gar nicht aufnehmen müssen, sondern auch ambulant behandeln können. Häufig spielen hier gerade auch Kosten- und Finanzierungsüberlegungen eine Rolle. Ich halte derartige Vorschläge für sehr problematische Auswege aus unserem Dilemma.

Das gleiche gilt für mich auch hinsichtlich der Lösungsvorschläge über die Sozialhilfe. Dabei geht es mir nicht um solche Sozialhilfefälle, in denen ein Patient einen gesetzlichen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen für die ambulante Behandlung hat, sondern die große Zahl der Patienten, die einen Leistungsanspruch gegen die Krankenkassen für ambulante Behandlungen haben. Ich halte es für fatal, wenn wir die Kostendeckungsprobleme im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen abdrängen lassen in den Bereich der Sozialhilfe. Bestrebungen, das so zu lösen, sind allerdings nicht zu unterschätzen.

Was tun? Welche Lösungsmöglichkeiten bieten sich an? Ich glaube, daß es keine sonderlich erfolgversprechende Strategie ist, mit der KV in den Clinch zu gehen wegen der geschilderten Probleme aus dem Bereich der Vertragskonditionen. Wir müssen deutlich sehen, daß es hier um Verteilungskämpfe geht, daß hier eine Diskussion über die Verteilung von Einkünften stattfindet. Die Position der KV ist legitim, es geht um das Geld der niedergelassenen Ärzte. Wenn wir uns über diese Punkte mit der KV anlegen, geraten wir in eine Wettbewerbssituation, die wir nicht erfolgreich durchstehen können.

Anders liegt es, und hier spreche ich Sie, Herr Wekel, ganz konkret an, mit den Kassen. Es ist korrekt, wenn Sie gesagt haben, daß die Kassen keinen Institutsvertrag unterschreiben, jedenfalls nur in seltenen Fällen. Sie sitzen aber mit am Verhandlungstisch, wo neben der KV auch die Vertreter der Kassen sitzen. Die Verhandlungen finden im Dreieck statt zwischen KV, Kassen und Krankenhäusern, und die Kassen sind nicht aus der Pflicht.

Lassen Sie mich abschließend versuchen, das in vier Punkten zu skizzieren:

Das eine sind die Leistungen nach § 185 RVO, nämlich die häusliche Krankenpflege. Diese Leistungen erscheinen mir für die Psychiatrie sehr erkundenswert zu sein, und ich möchte die Aufmerksamkeit aller darauf lenken. Ich habe mir einmal die Vorschrift ganz laienhaft durchgelesen und mich gefragt, warum sie nicht gerade auch für die Psychiatrie anwendbar sei: „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Pflege durch Krankenpfleger, Krankenschwester, Krankenpflegehelfer usw., wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Kran-

kenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird". Diese Möglichkeit ist nach meinem Wissen überhaupt noch nicht ausgelotet. Der Vertragspartner für diese Leistungen ist die Kasse und nicht die KV. Bei der zum Teil großen Beweglichkeit und den Entscheidungsmöglichkeiten der Kassen vor Ort sehe ich in entsprechenden Verhandlungen einige Chancen. Und wenn ich als leitender Arzt oder als Verwaltungsmann derartige Verhandlungen erfolgreich abschließen könnte, dann würde ich einen solchen Vertrag auf keinen Fall öffentlich bekannt machen. Damit ich nicht mißverstanden werde: Diese Meinung gilt für diesen konkreten Punkt. Ich möchte andererseits dem mit Nachdruck widersprechen, was gestern in diesem Zusammenhang gesagt worden ist, nämlich nicht an den Kostenproblemen zu rühren. Ich hatte das für eine völlig falsche Strategie, wir müssen die Kostenprobleme öffentlich anpacken.

Der zweite Punkt. Es ist gesprochen worden von den ärztlichen Leistungen in der Psychiatrie und von den delegierten Leistungen anderer Mitarbeiter, Wir sollten darüber hinaus einmal ausloten, welche Möglichkeiten im Bereich der nicht-ärztlichen Sachleistungen bestehen. Meines Erachtens gibt es auch dort noch ein weites Feld von Verhandlungsmöglichkeiten mit den Kassen. Dabei müssen wir aktiv werden. Die Kassen werden zu Recht von sich aus diesen Punkt nicht ansprechen, weil sie sich sonst der Gefahr von Gebührenerhöhungen aussetzen. Ich meine, daß auch das ein zukunftssträchtiger Gesprächspunkt ist.

Das dritte und ganz zentrale Problem ist: Wir müssen in der Tat an die Gebührenwerke heran. Die derzeitigen Gebührenkataloge sind für die Arbeit in der Psychiatrie - und nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - zu restriktiv. Sie sind eindeutig somatisch geprägt. Die Vergütungen sind teilweise erheblich zu niedrig. Wenn wir dieses Übel beseitigen wollen, müssen wir die Diskussion über die Gebührenwerke öffentlich führen. Dabei halte ich es auch für einen wichtigen Vorteil, daß wir diese Diskussion vielleicht Hand in Hand mit den weißen und grauen Raben führen können und nicht in eine Diskussion darüber geraten, wer wem das Brot oder die Butter vom Brot stiehlt.

Schließlich viertens: Ich bin der festen Überzeugung, daß nach wie vor die Kommunen im Rahmen einer gemeindenahen Psychiatrie und bei einem Sachverhalt, der ein gesellschaftliches Problem vor Ort darstellt, stärker in die Pflicht genommen werden müssen. Psychiatrie ist in den Kommunen nach meiner Einschätzung leider immer noch kein Thema. Hier muß man ein großes Stück weiterkommen und zwar gerade in den Bereichen, deren Finanzierung unter den limitierten kassenärztlichen Aspekten Schwierigkeiten macht.

Podiumsdiskussion

Podiumsdiskussion

Moderator: K. P. Kisker

Teilnehmer: B.-U. Drost, M. Janke, E. Odenbach, W. Wekel

KISKER: Ich rege an, zunächst einen Konsens darüber zu erzielen, den Vorsitzenden der AKTION zu beauftragen, einen Appell an diejenigen Institutionen oder Personen zu richten, welche die gestern und heute diskutierte Problematik ambulanter Versorgung fördernd verändern können. (Zustimmung aus dem Publikum)

Wir haben über eine bestimmte Gruppe von Menschen gesprochen, die - wie wir alle - Angehörige der solidaren Versichertengemeinschaft sind und in ebenso bestimmten therapeutischen Bedürfnissen zu kurz kommen. Wir klärten, wie diese Gruppe zu definieren ist und wie sie in Untersuchungen umschrieben werden kann.

Dann ließen wir einige Figuren ambulanter Dienste Revue passieren, die auf diese Gruppe zielen, teils gestartet von öffentlichen oder freien Trägern, teils von „Niedergelassenen“ aus Praxen heraus, die sich psychosozial differenziert haben.

Schließlich ist dann heute über rechtliche Regelungen, über Vertragsfiguren und über das Geld gesprochen worden. Ich eröffne jetzt das Gespräch.

MIKUS: Wir sprachen heute Morgen von der Möglichkeit der Institutsverträge für psychiatrische Einrichtungen. Die Frage ist, ob unter einer „Einrichtung“ unter Umständen auch eine Praxis verstanden werden könnte. Wenn ein Institutsvertrag auch für eine Praxis möglich wäre, würde das erst eine günstige rechtliche Position liefern, an Psychologen zu delegieren und interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

WEKEL: Der Gesetzgeber spricht von „Einrichtungen“. Wenn Sie von dem eigentlichen Sinnverständnis der Worte ausgehen, könnte unter einer Einrichtung auch eine freie Praxis verstanden werden. Diese ist im Sinne dieses Wortes ja auch eine Einrichtung. Nach der Entwicklungsgeschichte und dem Ziel des Gesetzes scheidet aber eine solche Definition meines Erachtens aus. Bei den Gesetzesberatungen war - wenn ich das noch richtig im Gedächtnis habe - zunächst einmal an Krankenhäuser gedacht. Dann stellte sich heraus, daß ein so verstandener Begriff zu eng war. Er mußte weiter gefaßt werden. Ich meine, daß der Begriff immer so verstanden worden ist, daß er sich auf die Einrichtung eines Krankenhauses, eines Instituts oder einer ähnlichen Organisation bezieht. Ich würde die Frage dahin beantworten, daß eine freie Praxis unter einer Einrichtung in diesem Sinne nicht zu verstehen ist.

ODENBACH (auf die Frage von Herrn Mikus): Die Frage ist richtig gestellt worden, aber welche Lösungsmöglichkeiten gibt es. Ich glaube, wir bewegen uns in unserem Denken zu sehr in dem, was da ist. Ich glaube, es ist nicht ketzerisch, wenn ich sage, daß die Zusammenarbeit mit einer Sozialarbeiterin für den niedergelassenen Psychiater im Grunde genau so wichtig ist wie die Zusammenarbeit eines Orthopäden mit einer Krankengymnastin. Allerdings gibt es Abgrenzungsprobleme. Die Krankengymnastin ist immer nur in einem Heilberuf tätig, während eine Sozialarbeiterin auch völlig andere Möglichkeiten hat, da ist die große Schwierigkeit. Ich kann als Psychologe auch als Werbepsychologe völlig außerhalb des Gesundheitswesens tätig sein. Eine Krankengymnastin kann nur in einem Heilberuf tätig sein, das ist der große Unterschied.

Ganz konkret: Hier gibt es Finanzierungsschwierigkeiten. Ich weiß nur, daß im Augenblick Verhandlungen im Gange sind für einen Kreis von jüngeren Düsseldorfer Nervenärzten, die zu dritt eine Sozialarbeiterin nach BAT anstellen wollen. Wenn das funktioniert, bin ich der Überzeugung, daß sich das in absehbarer Zeit durchsetzt. Robinson hat auch nicht gewartet, bis alles gesetzlich geregelt war. Er hat angefangen, und dann erst sind die Gesetze gekommen. Ich glaube, daß man das erst einmal versuchen könnte, wenn Sie es mit mehreren anderen machen, dann kommen wir daran gar nicht vorbei, das zu realisieren. In der Berufsordnung sehe ich darin gar keine Schwierigkeiten, die sehe ich nur in der Frage der Finanzierung. Die ist zwar wichtig, aber ich bin der festen Überzeugung, daß sich da Lösungen finden lassen.

Die Frage wird aber sein, wie weit das geht. Wenn das eine zwanzig Jahre lange therapeutische Begleitung ist, dann wird man sagen können: Ist das nur angenehm oder ist das im Sinne der RVO eine therapeutische Maßnahme, wobei ich nicht verhehlen möchte, daß der Gesundheitsbegriff der WHO das eine Extrem ist, der der RVO das andere? Das eine ist der Himmel auf Erden, das andere ist, Sie müssen das Symptom auf dem Bauche tragen. Das äst im Grunde genommen das Dilemma, in dem wir augenblicklich sind.

KISKER: Ich möchte die Frage erweitern. Was passiert, wenn Herr Mikus einen psychosozialen Hilfsverein gründet und er für ihn die Gemeinnützigkeit beantragt? Kann er einen Institutsvertrag bekommen?

(Und nun zu Dr. Odenbach): Bislang habe ich immer gehört, daß unsere niedergelassenen Kollegen großen Wert auf ihre Eigenschaft als frei praktizierende Kassenärzte legen. Sie grenzen sich doch zumeist von den Institutionen und Diensten ab, welche nicht auf ärztlichen Personen als Verantwortungsträgern beruhen.

ODENBACH: Ich bin jederzeit bereit, etwas in die Diskussion einzubringen, aber das haben Sie wohl halluziniert eben. Ich sehe doch nicht ein - ich möchte mal etwas ganz Kritisches sagen -, wenn ein niedergelassener Laborarzt so und soviel MTA's haben kann, so viele, daß er einen Betriebsrat einstellen müßte, dann müssen Sie doch zugeben, daß es nicht inadäquat ist, wenn ein Nervenarzt eine Sozialarbeiterin nach BAT einstellt. Das ist doch eine Leistung,

die ihn nicht zum Institut macht. Das sehe ich nicht. Wenn Sie die einzige Lösung darin sehen (nach dem alten System), daß er die Betreffende heiratet, damit sie als Arztfrau tätig ist, dann löst sich das Problem zwar fürs erste, aber das ist ja auch keine Dauerlösung. Das war Polemik.

DROST: Vorsicht! Darf ich die derzeitige Sach- und Rechtslage noch einmal skizzieren?

Zunächst die Polikliniken -sie können wir hier vergessen. Die Polikliniken nehmen zwar an der ambulanten Versorgung teil; sie sind per Gesetz daran beteiligt, aber unter dem Gesichtspunkt von Lehre und Forschung. Die Entgelte, die dafür gezahlt werden, sind eine Anerkennungsgebühr. Polikliniken können wir aus der weiteren Betrachtung herauslassen.

Soweit und solange wir nach den derzeitigen Regeln der kassenärztlichen Versorgung arbeiten, ganz egal, wer das macht, ob der zugelassene Arzt, ob der beteiligte, ermächtigte Arzt, ob das ermächtigte Krankenhaus, sind wir - das hat Herr Dr. Hess mit hinreichender Klarheit gesagt- in das Korsett des BMA gezwängt, in das Leistungs- und Abrechnungsgefüge, die Gebührenwerke der kassenärztlichen Versorgung.

Was darin steht, können wir abrechnen, und was da nicht drin steht, können wir nicht abrechnen. In der Praxis bei der Anwendung dieser Regeln gibt es zwar noch etwas Spielraum, z. B. wie interpretieren wir eine Leistungsbeschreibung der Gebührenregeln, die ja nur ein Etikett darstellt; wenden wir sie in der Praxis extensiv oder restriktiv an; wie verhält sich die Abrechnungsstelle der KV, die die Abrechnung prüft; ist sie etwas großzügiger bei einem Fallkostenvergleich; läßt sie Ihre manchmal ungewöhnlichen Gebührensatz/Leistungskombinationen ein bißchen langmütiger durchgehen?

Was ich damit sagen will: Im Prinzip kommen Sie aus dem derzeitigen System, seinen Grenzen und Beschränkungen nicht heraus.

STEVES: Ich wollte zur Frage des psychosozialen Vereins, die von Herrn Kisker angesprochen wurde, sagen, daß es in einem ganz anderen Bereich, nämlich der somatischen Medizin, die Gesundheitszentren gibt, z. B. auch in Berlin, die eine ganz andere Organisationsform gewählt haben als die der Einzelpraxis und die die Zwänge der Gebührenordnung ganz besonders zu spüren bekommen haben. Mehrere Fachkollegen haben sich zusammengetan, haben einen Verein gegründet und Verträge über die Zusammenarbeit untereinander geschlossen. Die Einkünfte wurden gepoolt und nach einem vereinbarten Schlüssel verteilt. In das Team wurden Sozialarbeiter und Krankengymnasten aufgenommen. Die Gesundheitszentren sind an den Zwängen der Gebührenordnung, die eben skizziert worden sind, zum Teil gescheitert. Die Grenzen alternativer Organisationsformen sind ganz deutlich aufgezeigt worden. Auch wenn eine andere Form als die der Einzelpraxis gewählt wird, sind damit nicht die Probleme, die im Krankheitsbegriff liegen und die in der Gebührenordnung liegen, aufgehoben. Und wenn das im somatischen Bereich nicht geht, dann wird es im psychosozialen Bereich erst recht nicht funktionieren.

JACOBI: Ich bin Herrn Odenbach sehr dankbar, daß er noch einmal festgestellt hat, daß ein Sozialarbeiter durchaus Tätigkeiten ausüben kann, die in den Bereich der kurativen Medizin einzuordnen sind. Ich habe eine konkrete Frage an die AKTION PSYCHISCH KRANKE: Wäre die AKTION eventuell bereit, Verhandlungen dieser Art zu führen, wenn sich dafür entsprechende Teams zur Verfügung stellen würden?

KISKER: Die AKTION ist sicher keine Institution, die unmittelbar als Verhandlungspartner auftreten kann. Sie kann informierend, empfehlend, aufklärend auf Beteiligte einwirken, wenn diese an den Verhandlungstisch gehen. Sie kann dazu beitragen, unangemessene wechselseitige Befürchtungen und Vorurteile zu verringern.

Es scheint mir der Sinn dieser Tagung zu sein, den Informationsstand auf diesem komplizierten Gebiet zu erhöhen. Wir sollten offen darüber weiter sprechen, denn nur etwa 30 % der Leistungen, die in der ambulanten psychiatrischen Versorgung der hier angesprochenen Problemgruppe praxenflüchtiger und psychosozial deprivierter Patienten erbracht werden müssen, können durch das Honorarsystem der Kassen abgedeckt werden. Der unabgedeckte „Leistungsrest“ bedarf offensichtlich der Abdeckung durch die öffentliche Hand. Es geht also um eine „Mischfinanzierung“.

DROST: Erstens: Ich sehe in der Tat mittelfristig nur Lösungsmöglichkeiten über eine Mischfinanzierung.

Zweitens: Der Träger, bei dem ich arbeite, hat sich nachdrücklich dafür entschieden, im Bereich der ambulanten Versorgung Defizite auszuweisen, d. h. diese deutlich zu machen und prinzipiell die Kosten der ambulanten Versorgung nicht in den allgemeinen Kosten der Krankenhäuser verschwinden zu lassen.

Die Verwaltung hat mit Zahlen, die sicherlich immer noch schwanken werden, unseren Entscheidungsgremien für jedes einzelne Krankenhaus klargemacht: wenn sie dem Institutsvertrag zustimmen, dann bedeutet das z. Zt. für den Träger pro anno 150.000,- / 200.000,- / 250.000,- DM Defizit.

Drittens: Ich möchte davor warnen, daß sich hier, insbesondere in den Köpfen der Therapeuten, festsetzt, ein Institutsvertrag kann nur mit 157 207 30 % Kostendeckung gefahren werden.

Die Dinge sind sehr differenziert zu betrachten. Die Köln-Merheimer Klinik z. B., unsere Klinik mit der größten Erfahrung in der ambulanten Versorgung, hat mit einem Defizit für alle Teilbereiche der ambulanten Versorgung von rd. 800.000,- DM begonnen, inzwischen ist dieses Defizit auf rd. 400.000 - DM gesunken. Wir haben bisher nicht präzis herausbekommen können, warum sich die Zahlen so verändert haben. Einmal liegt hier der Grund wohl darin, daß die ambulanten Aktivitäten stärker wurden. Diese Begründung ist aber sicher unzulänglich.

Hier geht es um so komplizierte Leistungs- und Kostenzusammenhänge, daß eine pauschale Betrachtung, etwa: ich bekomme nur die Hälfte / ein Drittel meiner Kosten wieder rein, in die Irre führt. Man braucht sehr differenzierte Zahlen über die genauen Leistungs- und Aufwandselemente.

Viertens: Ich empfehle dringend, sich nicht festzubeißen an dem Punkt: Hier haben wir Leistungen, deren Kosten wir über die Gebührenordnung von den Kostenträgern nicht erstattet bekommen. Wir haben sehr detaillierte Erhebungen gemacht bei abrechenbaren Leistungen mit der Fragestellung: Welcher Aufwand entsteht bei diesen Leistungen in unserer Klinik, und wie verhalten sich unsere Kosten zu dem in der Gebührenordnung vorgesehenen Aufwand, wobei ich unterstelle, daß es sich dabei um ein für den niedergelassenen Arzt prinzipiell kostendeckendes Entgelt handelt? Das Ergebnis stimmte uns nachdenklich. Unsere Leistungen waren zum Teil um ein Vielfaches teurer als sie beim niedergelassenen Arzt sind / sein sollen / dürfen. Auf Befragen antworteten unsere Ärzte z. B.: das liegt an den spezifischen Anforderungen unseres Klientels, wir wollen keine Zehn-Minuten-Medizin machen etc.

Das muß meines Erachtens noch fachlich ausdiskutiert werden, sonst kommen wir in der Verbesserung der ambulanten Versorgung nicht weiter. Nach meiner Einschätzung ist dies ein so defizitäres Element, daß wir uns nicht festbeißen sollten an der Frage: Ist die Leistung überhaupt abrechenbar? Wir sollten klären, welchen Aufwand wollen / müssen wir in den Kliniken machen, unabhängig von der Abrechenbarkeit einzelner Leistungspositionen.

ODENBACH: Herr Drost, was Sie eben gesagt haben, hat mich ermutigt. Aber Sie hatten vorhin etwas gesagt, was mich entmutigt hatte. Sie hatten nämlich gesagt, das Sozialhilfegesetz kommt da gar nicht in Frage. Nun haben wir heute Morgen sehr eindringlich gehört, daß wir es auch mit Patientengruppen zu tun haben, die vielfache soziale Probleme aufgeben, so daß meines Erachtens die Zuständigkeit der Krankenversicherung nicht mehr bzw. nicht ausschließlich gegeben ist. Im Grunde genommen wäre es doch sinnvoll, daß hier die Gemeinde, z. B. über das BSHG, einspringt, so daß letzten Endes eine Mischfinanzierung zum Tragen käme. Bei den dann auf die Gemeinde zukommenden Lasten werden wir ja sehen, ob das ganze Gerede von den psychisch Kranken eine Herzensangelegenheit ist oder nur ein vorübergehender „Modetrend“. Dann muß nämlich Tacheles geredet werden, und dann werden wir sehen, ob gemeindenaher Psychiatrie genau soviel wert ist wie die Städtischen Bühnen und sonstige schöne Dinge, mit denen man PR-Wirkung erzielen kann. Ein Fußball-Stadion ist eben populärer als ambulante Einrichtungen für psychisch Kranke. Das müssen wir uns ganz klar machen. Wenn wir das wissen, müssen wir aber auch auf die Barrikaden gehen, um für die Leute das Geld zu kriegen.

JANKE: Wenn ich so Herrn Drost und Herrn Odenbach höre, dann geht es mir wie so oft in solchen Gremien, in die ich mehr oder weniger durch Zufall hineingespült werde: Ich möchte auf das zurückkommen, was ich überblicken und begreifen kann, nämlich die Situation, die ich hier in Hannover mindestens seit

zehn Jahren kenne hinsichtlich der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen. Es ging tatsächlich auch damals um die Verteilung des Felles, wenn wir uns auch etwas psychiatrischer ausgedrückt haben. Es ist mit Herrn Prof. Kisker und seinen Oberärzten und Assistenten sehr heiß darüber diskutiert worden. Diese sozialpsychiatrischen Beratungsstellen sind - begleitet von dem erheblichen Mißtrauen der Nervenärzte - eingerichtet worden. Zur Rechtsgrundlage ist zu sagen, daß es sich dabei um Ermächtigungsverträge handelt. Etwas, was ich zur Charakterisierung des Verhältnisses niedergelassener Nervenärzte - sozialpsychiatrische Beratungsstellen - mit Behandlungsrecht - hier in Hannover doch einmal ganz deutlich sagen möchte, ist folgendes: Ich bin von interessierter Seite, etwa vor einem Jahr, gefragt worden, ob man nicht die Möglichkeit ergreifen sollte, diese Ermächtigungsverträge zu überprüfen, d. h. zu sehen, ob man sie nicht zu Fall bringen kann. Ich habe diese Anregung -es lag in meiner Pflicht - nur sehr ungern übernommen und von vornherein mit dem Gefühl, da nicht dahinterzustehen. Aber pflichtgemäß habe ich meine niedergelassenen Kollegen hier in Hannover dazu befragt, nicht alle, aber doch eine große Zahl, die ich erreichen konnte, und samt und sonders wurde gesagt: Wir brauchen diese Beratungsstellen, wir haben uns bestens arrangiert, und wir haben in materieller Hinsicht überhaupt keine Konfliktsituationen. Das ist mir von der Ärztekammer bestätigt worden. Das scheint mir doch sehr wichtig zu sein in diesem Zusammenhang. Mein Anliegen ist es zu betonen, daß es durchaus möglich ist, niedergelassene Nervenärzte mit sozialpsychiatrischen Diensten in Kooperation zu bringen, ohne daß man sich streiten muß und ohne daß irgendeine Konkurrenz dabei zu befürchten ist. Im Gegenteil: Wir in Hannover haben die Erfahrung gemacht, daß es von einem Jahr zum anderen immer besser geht.

KISKER: Das hat mit der Problematik, die Herr Drost hier auseinandergenommen hat, also Ermächtigungs- oder Institutsvertrag, nichts zu tun. Mein Ermächtigungsvertrag ist funktionell gesehen ein Institutsvertrag mit 37 % Abschlag. Ich darf das kurz erläutern: Das Geld, das über meine Ermächtigungsverträge eingenommen wird, wird sofort in Staatsgeld umgewandelt. Der Kanzler dieser Hochschule kassiert davon Nutzungsentgelt und einen Sachkostenanteil in Höhe von 37 %. Über den Rest können wir verfügen, und zwar für Zwecke der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Hätten wir einen Institutsvertrag, würden nicht mehr und nicht weniger Leute in diesem Feld arbeiten, wahrscheinlich würde sich auch am Leistungsbild nichts ändern, das insgesamt erarbeitete Geld können wir wieder für unsere Zwecke einsetzen, im wesentlichen wird es investiert in Therapeutenstellen. Im übrigen wird das in den fünf städtischen sozialpsychiatrischen Beratungsstellen eingenommene Geld aufgrund eines Ermächtigungsvertrages vereinnahmt, den der psychiatrische Leiter des hiesigen Gesundheitsamtes mit der KV abgeschlossen hat - soweit ich sehe ein Unikum auf diesem Gebiet, weil es den Beratungsstellen de jure eine Behandlungsmöglichkeit einräumt.

ROBERZ: Ich arbeite in der Rheinischen Landeslinik Bonn in der Ambulanz, die seit ein paar Tagen offiziell eröffnet ist bzw. in Kürze offiziell eröffnet sein wird.

Es ist so - um aus der praktischen Erfahrung zu sprechen -, daß immer mehr Nervenärzte aus der Stadt dazu übergehen, uns Patienten zu überweisen, die zeitaufwendig sind und wenig einbringen, wo die Ziffer es nicht bringt, wie Sie gestern sagten. Das nur zur Erläuterung.

WULFF: Ich wollte noch einmal auf die Finanzierungsprobleme von Ambulanzen zurückkommen, von denen schon die Rede war. In den Referaten wurde gesagt, daß bisher nur verhältnismäßig wenig Anträge - weniger als man eigentlich erwarten sollte - auf Institutsverträge im ganzen Bundesgebiet gestellt worden sind. Ich bin der Überzeugung, daß hier die Finanzierungsfrage eine große Rolle spielt. Die rechtliche Möglichkeit, die durch die Novellierung des § 368 Abs. 6 RVO eröffnet worden ist, kann aufgrund der ungeklärten Finanzierbarkeit von vielen eben nicht genutzt werden. Wir haben hier schon gesprochen über die Möglichkeit einer Mischfinanzierung von sozialpsychiatrischen Beratungsstellen mit Behandlungsfunktion, wie sie hier in Hannover existieren, und wo die Kommune den wesentlichen Teil zur Finanzierung beiträgt, nämlich 80%. Die Frage ist, wie lange sie bereit sind, dies zu tun, aber auch, wie die psychiatrischen Krankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern es mit ihren Ambulanzen handhaben sollen. Woher nehmen sie das nötige Geld zur Finanzierung der Stellen? In der Praxis sieht es häufig so aus, daß die Kollegen, die im stationären Bereich arbeiten, die ambulante Arbeit mitübernehmen und damit erst einmal Arbeitspotential vom stationären Bereich abgezogen wird: nicht nur ärztliches, sondern auch nicht-ärztliches. Zunächst könnte man meinen, dies sei eine ganz sinnvolle Entwicklung, denn vielleicht wird dadurch der Trend zur Verkleinerung der Großkrankenhäuser noch verstärkt, der z. Zt. proklamiert wird, und die frei gewordene Arbeitskraft kommt tatsächlich der ambulanten Versorgung zugute. Aber hier liegt schon der erste Pferdefuß, daß dem meist nicht so sein kann. Für Krankenhäuser gibt es nämlich, bezüglich der Personalstellen, einen Bettenschlüssel, und es wächst die Gefahr, daß mit der Schrumpfung der Betten auch die Personalstellen gekappt werden. Die unabweisbare Folge dieses Mechanismus ist, daß sich beim Personal Angst ausbreitet und unter Umständen paradoxe Phänomene entstehen: Daß nämlich Mitarbeiter im Pflegebereich und woanders -manchmal gerade gewerkschaftlich organisierte Mitarbeiter - der Verkleinerung der Großkrankenhäuser, die von fortschrittlichen ärztlichen Leitern angestrebt wird, Widerstand entgegensetzen.

Daraus ergibt sich die Frage, was für Konsequenzen wir aus einer solchen Situation ziehen wollen. Ein erster Punkt, der schon angesprochen worden war, betrifft die Änderung der Gebührenordnung: darauf zu dringen, daß die Ziffern, die für die Nachsorge infrage kommen, mehr einbringen. Aus solchen zusätzlichen Einkünften durch Institutsambulanzen ließen sich auch zusätzliche Stellen finanzieren. Es ist ein politisches Problem, dies durchzusetzen und gegebenenfalls auch durchzukämpfen. Aber selbst wenn dies gelänge, würde das Finanzierungsproblem dadurch nicht gelöst. Eine erhebliche Lücke würde immer noch übrig bleiben, auch wenn sie dann nicht mehr 80 %, sondern - ich bin ein-

mal optimistisch - nur 40 % betragen würde. Deshalb ist es sinnvoll, auch nach anderen Alternativen zu suchen, auch wenn diese im Augenblick noch sehr utopisch sind. Verschiedenenorts im Ausland, z. B. in Italien, aber auch in einigen Orten in Frankreich im Sektor Corbeil im Großraum Paris, sind beispielsweise die Finanzierungsmittel für den ambulanten und für den stationären Bereich nicht mehr strikt voneinander getrennt, und die Einrichtungen selbst können darüber entscheiden, welchen Anteil sie für die ambulante Arbeit verwenden und welchen für die stationäre. Wir müßten selber kreativ werden in unseren Hinfällen für die Finanzierung unserer Arbeit, uns einen Mechanismus ausdenken, der die Schrumpfung der Großkrankenhäuser finanziell und stellenplanmäßig nicht bestraft, sondern belohnt. Man könnte an so etwas wie ein „Fall-Tage-Geld“ denken, das für Nachsorgepatienten gezahlt wird und dessen notwendige Durchschnittshöhe errechnen.

Mit solchen Überlegungen will ich absichtlich über das, was im Augenblick machbar ist, ein Stück hinausgehen und Anregungen für die Zukunft geben.

BORNHÖFT: An einem der Berliner Landeskrankenhäuser mache ich die Ambulanz. Wir haben jetzt einen wesentlichen Fortschritt insofern erreicht, als unsere Einnahmen zu 40 % aus RVO-analogen Mitteln kommen, und seit neuestem haben wir die Regelung, daß die restlichen Ausgaben - in erster Linie natürlich Personalkosten, Sachkosten deutlich weniger - in die Kostenblätter des Landeskrankenhauses eingehen. Insofern ist diese Frage für den derzeitigen Personalstand geklärt. Jedenfalls habe ich von Frau Mattheis, der zuständigen Senatsdirektorin, ein diesbezügliches Schreiben bekommen, das sei in dieser Weise geregelt. Nach Absprache mit dem Berliner Preisamt gehen diese entsprechenden Kosten in die Kostenblätter des Krankenhauses ein.

MOORKAMP: Ich wollte den einen Aspekt von Herrn Wulff noch etwas vertiefen, nämlich den der Gebührenordnung. Was hindert die Krankenkassen eigentlich daran, da differenzierter heranzugehen? Und zwar einerseits, was eine adäquate Bezahlung der Einzelleistung angeht, und andererseits, was die Aufnahme neuer oder inzwischen wieder gestrichener Positionen angeht (z. B. Familientherapie). Das hätte doch den Vorteil, daß es für den Träger interessanter wird, einen Institutsvertrag abzuschließen. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe trägt unser Defizit (ca. 70 %). Wenn wir höhere Einnahmen hätten, wäre der Anreiz, unsere Institutsambulanz zu vergrößern, viel stärker. Das würde dann, wie wir gehört haben und wie alle Verantwortlichen wissen, im Endeffekt zu einer Kostendämpfung führen, weil vermutlich stationäre Behandlungen verkürzt werden oder ganz vermieden werden könnten. Wenn der Pauschalsatz im Quarta! pro Patient dann tatsächlich DM 200- wäre, dann entspräche das einem Krankenhaustag.

WOHLRAB: Zum Hannoverschen Modell hatten wir, als wir der Anregung der Medizinischen Hochschule von Prof. Kisker folgten -Verwaltung und Rat ebenso wie Krankenkassen und Ärztekammer- die Hoffnung gehabt, daß die Hälfte unserer Kosten durch die Krankenkassen abgedeckt würden. Es sind leider nur

20 % geworden, und wir müssen, wie Sie heute Morgen schon gehört haben, 1,5 Mio DM im Jahr subventionieren. Wir haben aber auch immer unsere Freunde im Rat dazu bewegen können, der Vorkostenübernahme zuzustimmen, bis das niedersächsische Psych-KG die Kostenfrage regelt. Entweder müssen die Kommunen dann vom Landesgesetz verpflichtet werden, die Kosten zu übernehmen, oder das Land übernimmt sie - wer sonst?

Ich möchte aber auf etwas hinweisen, was sehr lästig ist: Die Kommunen brauchen Kriterien für die Eingrenzung und Beratung und Behandlung. Welche Patientengruppen sollen denn nun - und wer von wem - behandelt werden?

Da gibt es z. B. eine freie Vereinigung von drei oder vier Sozialarbeitern und einem Psychologen. Die haben, weil arbeitslos, sich zusammengetan. Dann haben sie am nächsten Tresen und am Bahnhof einige Jugendliche zusammengefangen und machen nun Anti-Alkoholikerarbeit. Die sollen wir von der Kommune aus jetzt tragen. Wenn man sich die Leute anhört und ihre effektive Arbeit betrachtet, dann muß man sagen: Mit viel Engagement gemacht, und es ist schade, daß wir nichts dazu tun können, weil wir knapp am Gelde sind. Gleichwohl bleibt die Frage, sollen wir solche Initiativen fördern oder ganz auf die kommunalen sozialpsychiatrischen Dienste setzen, wo wir doch auch Kritisches über die damit verbundene Bürokratisierung gehört haben.

WEKEL: Ich wollte gern zu den Gebührenordnungsfragen etwas sagen, weil dies verschiedentlich angesprochen worden ist. Das tue ich um so lieber, als ich Mitglied des Bewertungsausschusses für ärztliche Leistungen bin und die Fragen, die Sie angeschnitten haben, zu unserer tagtäglichen Arbeit gehören. Wir haben die Bewertung der ärztlichen Leistungen, auch im Abschnitt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie im Ausschuß gemeinsam mit den ärztlichen Vertretern verabschiedet. Es gibt keine „Gebührenordnung der Krankenkassen“, wie Sie das hier genannt haben und die Sie in gewissen Punkten für zu niedrig halten, sondern das ist ein gemeinsam festgesetzter Bewertungsmaßstab. Wir haben zur Zeit auf der Tagesordnung auch die Fortentwicklung dieses oben genannten Abschnitts. Wir suchen hier nach Wegen, wie man, abgestellt auf die Leistung des freipraktizierenden Arztes - das muß man auch immer bedenken - eine angemessene und richtige Bewertung findet. Das Problem, das Sie gerade erörtert haben, liegt meines Erachtens aber auf einem anderen Sektor. Sie möchten praktisch neben dem Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in der freien Praxis einen anderen Bewertungsmaßstab, z. B. für die Leistungen, die in Sozialstationen, Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen erbracht werden. Bitte trennen Sie die Bewertung von ärztlichen Leistungen im Ausschuß, die in erster Linie für die freie Praxis abgestellt sind, von Überlegungen über die Vergütung von Verrichtungen in den oben genannten Beratungsstellen. Und bitte differenzieren Sie auch: Die Gebührenordnung ist für Einzelleistungen konzipiert. Wir haben in dem Bewertungsmaßstab für jede einzelne Leistung eine Leistungsbeschreibung und eine Bewertungszahl. Daß wir - die Vertreter der Krankenkassen - dieses System nicht sehr begrüßen, können Sie sich vorstellen. Wir wären vielmehr dafür, nicht ein Telefon-

buch von ärztlichen Leistungen benutzen zu müssen, wie wir es im Augenblick haben. Wir streben stattdessen eine Raffung der Leistungen in überschaubare Komplexe an.

Die Pauschale, die Sie angesprochen haben, die Quartalspauschale, die für Institutsleistungen gezahlt wird, hat nichts zu tun mit den Bewertungen im Bewertungsmaßstab. Ich möchte bei dieser Diskussion auf die Unterschiede hinweisen: Es gilt zwischen den Bewertungen der ärztlichen Leistungen in der freien Praxis und der Pauschale eines Institutsvertrages zu differenzieren, die ärztliche Leistungen und Sachleistungen umfaßt.

ENDEMANN: Ich spreche für die niedersächsischen Landeskrankenhäuser. Alle Verwaltungsfachleute im Krankenhauswesen sind sich darüber einig, daß nach der Einführung der Kosten-Leistungsrechnung ein Defizit in der Ambulanz entstehen wird. Wir wissen noch nicht, wie hoch, aber wir gehen davon aus, daß es ein Defizit sein wird. Wir haben daraufhin den Antrag gestellt - wir haben sehr vorsichtig und höflich formuliert gegenüber der KV Niedersachsen

-, daß wir zunächst einen Institutsvertrag für die Kinder- und Jugendpsychiatrie haben möchten. Die KV hat geantwortet, daß das nicht notwendig sei. Gerade im Hinblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es unverständlich, wieso diese Absage gekommen ist. Wir hatten nicht förmlich geschrieben, sondern gebeten, daß ein Gespräch geführt wird. Man hat geantwortet, in dem einen Fall läge eine Ermächtigungsambulanz mit einem Arzt vor, in dem anderen Fall ein Beteiligungsvertrag und von daher sei nicht erkennbar, worauf sich unser Wunsch auf Abschluß eines Institutsvertrages gründe. Jetzt stellt sich die Frage

- und ich möchte es noch einmal deutlich machen -, warum wir als Träger von staatlichen Krankenhäusern auf dem Institutsvertrag bestehen im Zusammenhang mit der Defizitproblematik, Ich meine, daß wir, nach Einführung der kaufmännischen Buchführung und betriebswirtschaftlicher Führung des Krankenhauses, jetzt eben damit rechnen müssen, daß wir ein Defizit haben werden, was wir den Kassen nicht in Rechnung stellen können, spätestens nicht, wenn Wirtschaftsprüfungen stattfinden.

Also müssen wir dieses Defizit decken. Wir können das Defizit nur decken, wenn wir an den Landtag herantreten und sagen: „Im Rahmen des Haushaltes muß nach wie vor ein Betrag zur Verfügung gestellt werden, der dieses Defizit deckt.“ Sie können verstehen, daß es nicht denkbar ist, daß dem Landtag ein Defizit in Rechnung gestellt wird, das durch privatwirtschaftlich-rechtliche Nebenbeschäftigung entsteht. Wir können die Abdeckung dieses Defizits dem Landtag doch praktisch nur dann abfordern, wenn wir den Parlamentariern verständlich machen, das sind Folgen der Unterdeckung aus dem Institutsvertrag, den wir berechtigt mit Zustimmung des Finanzministers mit der KV abschließen wollen. Schon von daher verstehen Sie bitte, warum wir in der Überlegung - ob Institutsvertrag oder Ermächtigungsvertrag oder Beteiligungsvertrag - daran denken, den Institutsvertrag zu favorisieren. Wobei im Endergebnis möglicherweise es gar nicht billiger ist, ob wir einen Institutsvertrag haben, d. h. daß das Defizit gar nicht geringer sein wird als über einen Ermächtigungsvertrag mit entsprechender Abführungspflicht.

Aber das kann nicht das Entscheidende sein, sondern - wie Herr Drost gesagt hat - der Wunsch, die unerfreuliche Situation mit den Halbwahrheiten zu beenden, mit den in der Kameralistik versteckten Möglichkeiten, das Defizit der Ambulanz zu kaschieren. Unabhängig davon, ob die Krankenkassen das erst über eine Wirtschaftsprüfung herausbekommen, meine ich, daß auch das Vertrauensverhältnis zwischen uns und den Krankenkassen darauf basiert, daß wir offen miteinander spielen und nicht mit verdeckten Karten, und dazu gehört auch, daß diese Dinge offen angesprochen werden, damit eine klare Regelung gefunden werden kann.

KISKER: Gibt es zu diesem Problem, nämlich zu den Kriterien, unter denen die Landesausschüsse Anträge auf Ermächtigungen und Institutsverträge begutachten, noch Wortmeldungen?

BAUER: Noch eine ergänzende Frage an Herrn Wekel. Ein wichtiges Kriterium - wenn nicht das einzige überhaupt, das bei der Festlegung des regionalen Versorgungsbedarfs eine Rolle spielt - ist bekanntlich die Verhältniszahl von einem Nervenarzt auf 50.000 Einwohner. Über diese Zahl, die als Richtwert auch in der Enquete Eingang gefunden hat, läßt sich natürlich streiten. *Natürlich* sage ich deswegen, weil nicht zuletzt die jetzige Tagung gezeigt hat, daß mit solchen rein quantitativen Kriterien wenig anzufangen ist, sondern die Frage einer angemessenen ambulanten Versorgung sich vielmehr daran entscheidet, ob *allen* behandlungs- und betreuungsbedürftigen Patienten einer Region auch ein entsprechendes Angebot gemacht werden kann. Um es ganz deutlich zu machen: Wenn psychisch Alterskranke, Alkohol- und Medikamentenabhängige, chronisch Schizophrene - von den psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen will ich gar nicht reden - durch niedergelassene Nervenärzte, und seien diese auch in einer Relation von 1 : 10.000 der Bevölkerung vorhanden, nicht versorgt werden, weil sie in den Praxen nur in den seltensten Fällen erscheinen, dann ist die Versorgung psychisch Kranker eben nicht gewährleistet, und es müssen ergänzende Einrichtungen, sozialpsychiatrische Dienste etwa, gerade für die genannte Klientel geschaffen werden.

Meine Frage an Herrn Wekel wäre also: Sehen dies die Krankenkassen auch so bzw. welche Kriterien zur Bedarfsermittlung legen Sie an?

KISKER: Zunächst Herr Janke.

JANKE: Das, was hier in Hannover von mir für die letzten zehn Jahre geschildert worden ist, wird hoffentlich da oben im Emdener Raum oder wo immer psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern entstehen, auch stattfinden. Unabhängig von Prof. Krüger und was da im Emdener Raum vor sich geht - ist die Befürchtung der Ärzte, daß mit den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen ein zweites System der Psychiatrie installiert werden soll. Diese Befürchtung ist hier in Hannover durch die praktische Arbeit der Beratungsstellen ausgeräumt worden, ebenso ausgeräumt, wie sich dies gerade jüngst für den Uelzener Raum gezeigt hat.

DOEPP: Ich bin Abteilungsleiter einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus. Herr Drost, Sie haben mich etwas verwirrt mit der Mitteilung, daß zur Frage der Zuständigkeit des Kostenträgers nach dem Gesetz, nach Psych-KG nehme ich an, die Kommune zuständig ist. Habe ich das richtig verstanden? Meines Wissens ist das immer noch der Kreis, die kreisfreie Stadt, auch nach § 37. Bei mir läuft das folgendermaßen: Wenn ich auf dem grauen Markt arbeite - und das tue ich -, dann sagt mir mein Träger, die Kommune: Sie haben zuviel Zeit. Wir setzen Ihnen einen Sozialarbeiter und einen Arzt ab, für deren Besoldung der Kreis zuständig ist.

DROST: Darf ich die Verwirrung eben beseitigen. Wenn ich Kommune gesagt habe, dann war das eine Zusammenfassung. Es ist korrekt, wie Sie es gesagt haben: Kreis und kreisfreie Städte sind die Kostenträger nach dem PsychKG NW.

HEINRICH: Ich möchte noch einmal auf die Gebührenordnung zurückkommen: Ich hatte einmal Vorüberlegungen angestellt, ob ich mich niederlassen sollte als Facharzt für Psychiatrie mit Zusatztitel Psychotherapie, aber ohne Neurologie. Ich habe an die Ärztekammer geschrieben, ob sich die Niederlassung in einer bestimmten Gegend lohne. Daraufhin bekam ich die Antwort, daß der neurologische Bedarf gut abgedeckt sei durch die vorhandenen Nervenärzte und der psychotherapeutische ebenso. Von der psychiatrischen Arbeit war in der Antwort nicht die Rede. Jetzt habe ich inzwischen eine Ermächtigung im Rahmen einer kleinen 16 Betten-Klinik und eines großen Übergangwohnheims etc., und wenn ich am Quartalsende meine Abrechnung bekomme, so wird der Durchschnittsvergleich mit „Nerven“ angestellt. Das heißt wohl, ich werde im Vergleich zu denen gesetzt, die Neurologie-, Psychiatrie- und Psychotherapie-Leistungen erbringen. Mir scheint es wichtig, diese Tätigkeitsfelder auch im Rahmen der Abrechnung auseinanderzuhalten, da sonst nicht erkennbar wird, daß die psychiatrischen Positionen der Gebührenordnung keineswegs ausreichend sind.

ODENBACH: Ich bin dankbar dafür, daß Sie das jetzt sagen. Nur glaube ich, daß es kaum einen niedergelassenen Arzt gibt, der nicht in den ersten Jahren nach der Niederlassung mit dem sogenannten Regreß in Kontakt gekommen ist. Nehmen wir einmal an, Sie kommen von einer Klinik und haben in der Poliklinik jahrelang eine große Zahl von Patienten behandelt, bei denen es Ihnen gelungen ist, sie auf Antiepileptika so einzustellen, daß sie anfallsfrei sind. Dann haben Sie noch eine Anzahl von Parkinson-Patienten, die Sie ebenso wie die Epileptiker bei der Niederlassung mit in Ihre Praxis nehmen. Dann werden Sie sicher, wegen der teuren Präparate, dick über dem Schnitt liegen müssen, weil bekannterweise alle Anti-Epileptika und die ganzen Parkinson-Medikamente sehr teuer sind. Gleichwohl würde ich den Regreß riskieren, da ich der festen Überzeugung bin, wenn Sie anhand der Fälle die Notwendigkeit der Behandlung nachweisen, werden Sie auf die Dauer auch siegen. Nur ist das sicher ein Kampf mit dem Drachen. Sie werden aber gewinnen. Das ist gar kein Zweifel. Sie müssen es nur machen wie König Alfred der Große: try and try and try again. Sie müssen den Leuten auf die Nerven gehen.

Auch würde mich nicht schrecken, was eine Kammer sagt, denn auch jede Eisenbahnlinie ist zunächst in Zweifel gezogen worden. Es gibt Strecken, die von Anfang an unrentabel waren. Aber daß die Eisenbahn sich durchgesetzt hat, ist gar keine Frage.

HEINRICH: Ich wollte vorhin darauf hinaus, ob z. B. Herr Krüger mit seinem Problem besser daran wäre, wenn wir nicht 1 : 50.000 rechneten, sondern wenn wir ein Verhältnis berechnen, das sich nur auf die psychiatrischen Leistungen bezieht.

WEKEL: Man kann also nicht sagen, weil die Meßzahl 50.000 ist, wird jeder Arzt, bei dem diese Meßzahl nicht erfüllt ist, abgelehnt. Die in den Richtlinien festgesetzte Meßzahl ist vielmehr ein Richtwert, an dem sich die Prüfung orientiert. Die konkrete Prüfung des Bedarfs erfolgt aber „vor Ort“ und durch die im betreffenden Bezirk an der Bedarfsplanung Beteiligten.

JANKE: Mit anderen Worten, wenn die Zahl 1 : 50,000 nicht erreichbar ist, ist die KV verpflichtet, im Interesse der Sicherstellung etwas zu unternehmen.

KISKER: Bleiben wir noch einen Augenblick dabei. Wie stellt sich Unterversorgung fest? Wenn wir gestern etwas gelernt haben, so doch dies, daß solche Bedarfsfeststellungen nicht in erster Linie festgemacht werden können an der Zahl der niedergelassenen Nervenärzte in einer gegebenen Region, sondern daran, wieviel „weiße Raben“ (d. h. Nervenpraxen mit echtem sozialpsychiatrischem Versorgungspotential) es in dem Gebiet gibt. Aber „weiße Raben“ sind noch ganz selten. Fast so selten oder noch eine Spur seltener als das, was sich sonst so an ambulanten legalen oder illegalen Aktivitäten im Bundesgebiet abspielt. Wir haben auf dieser Tagung mehrfach festgestellt, es gibt eine bestimmte Problemgruppe, die wird von dem klassischen, traditionellen und typischen Versorgungsgeber niedergelassener Arzt ebensowenig wie von den institutionellen, traditionellen poliklinischen Versorgungsgebern erreicht. Von daher wäre das Problem dann anzugehen.

Frau ROBERZ: Ich glaube, daß der Bedarf an reinen Psychiatern auch gar nicht festzustellen ist, weil sich keiner als reiner Psychiater niederlassen kann. Die weißen Raben können das auch nur machen, weil sie eine Menge Neurologie machen, die im Grunde in vielen Fällen überhaupt nicht notwendig ist, die aber das andere finanziell trägt. Solange das Krankenhausrecht so ist, geht das gar nicht anders. Das macht auch das große Defizit der Ambulanzen an den Landeskrankenhäusern aus, weil die nicht jeden zum Computertomographen schicken können, sondern reine Psychiatrie machen. Und die wird einfach nicht bezahlt. Das ist genau der Punkt.

JACOBI: Ich würde gern noch zwei grundsätzliche Vorschläge machen: Ich habe den Eindruck, daß die Verantwortlichen und auch nachgeordnete Sachbearbeiter von örtlichen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Bezirksämtern einerseits sowie niedergelassene Ärzte andererseits oft über die hier angesprochenen Fragen der „ambulanten Dienste“ in der psychiatrischen

Versorgung zu wenig Kenntnisse haben. Da herrscht doch sehr viel Unkenntnis, manchmal auch Verwirrung über die Begriffe. Mein Bedürfnis wäre es, die AKTION PSYCHISCH KRANKE zu bitten, unter diesem Thema eine Veranstaltung durchzuführen, um die Kommunikation und Information zwischen den oben genannten Personengruppen zu verstärken.

Der zweite Aspekt, den ich aufgreifen möchte: Wie effizient ist das wirklich, was hier vorgeschlagen und was hier diskutiert wird?

Ich halte es für sehr sinnvoll, wenn wir uns einmal überlegten, wie wir verschiedene ambulante Dienste nach dem Kosten-Nutzen-Aspekt untersuchen könnten. Ich fände es sehr viel sinnvoller, die wissenschaftlichen Aktivitäten einmal in der Richtung zu mobilisieren.

MIKUS: Ich möchte dem von Herrn Odenbach eben geäußerten Optimismus widersprechen, was die Regresse anbetrifft. Das hat mit vernünftigen Argumenten überhaupt nichts zu tun, was da passiert. Das sind einfache Dogmen vertragsrechtlicher Art, die festsetzen, was gemacht werden darf und was nicht. Ob es vernünftig ist oder nicht, ist dabei gleichgültig. Ich habe das gestern dokumentiert. Die angebliche Nichtvereinbarkeit beispielsweise übender und verbaler psychotherapeutischer Verfahren nebeneinander ist nach dem Kommentar von Brück einander ausschließend. Das ist natürlich völlig unsinnig.

ODENBACH: Da gebe ich Ihnen recht.

JANKE: Herr Mikus, sicher ist es sehr wichtig, was Sie da sagen, gerade zu dem Kommentar von Brück. Gerade unser Berufsverband drückt ganz entschieden darauf, daß sich die Einstellung dahin wandelt, daß der Kommentar von Brück, speziell was die nervenärztlichen Ziffern, auch die psychiatrischen, betrifft, absolut kein Evangelium ist. Der Kommentar ist mißverständlich und zum Teil einfach falsch.

Zu dem Kollegen mit der Psychotherapie in der Praxis: Es gibt den Facharzt für Psychiatrie, insofern gibt es auch die Niederlassungsmöglichkeit als Facharzt für Psychiatrie. Ich halte es sogar für möglich, daß man davon leben kann.

KISKER: Es gibt hier in einer ländlichen Kleinstadt vor Hannover einen niedergelassenen früheren Assistenten unserer Klinik, der seine psychosozial orientierte Nervenarzt- und Psychotherapie-Praxis ökonomisch kaum über diese neurologisch-psychiatrische „Mischfinanzierung“ aufrechterhält, sondern über gruppenpsychotherapeutische Angebote.

Frau v. EKESPARRE: Die Aussage von Herrn Kisker möchte ich präzisieren. Der genannte Kollege hat vor der Eröffnung seiner Praxis in einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle der Stadt Hannover gearbeitet. Er kennt diese Klientel und hat betont, daß sich die Klientel der Beratungsstelle von der seiner Praxis unterscheidet. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit läge in der Gruppenpsychotherapie und Gruppenarbeit; 50 % seiner Einkünfte beziehe er daraus.

ROSE: Nach allem, was bislang - durchaus eindrucksvoll - zur veränderten Rolle und zu den erwarteten Möglichkeiten des niedergelassenen Nervenarztes ausgeführt wurde, bleibt doch wohl festzustellen, daß eine Gruppe Hilfsbedürftiger - durch nosologische möglicherweise weniger als durch psychosoziale Kriterien gekennzeichnet - auch vom erwähnten Angebot der niedergelassenen Kollegen nicht erreicht wird. Selbst eine Praxisausstattung und ein Team, wie hier von den drei Referenten - sicher absolut untypisch - beschrieben, vorausgesetzt, scheitert die adäquate Versorgung dieser Klientel von den Praxen aus an Hindernissen der Gebührenordnung und des Zeitplans, einfach weil hier - so wenig wie apparativ-medizinische - auch gebührenordnungsmäßig ausweisbar psychotherapeutische Leistungen zum Einsatz kommen können.

RÖHRLE: Ich habe zur Mischfinanzierung noch eine Frage. Es ist mir klar geworden, daß Mischfinanzierung notwendig ist. Eine Mischfinanzierung, die Teamarbeit nicht behindert, sondern teamorientiert und damit die Grundlage kooperativer Arbeit ist. Aber es ist mir nicht deutlich geworden, welche grundsätzlichen Reformschritte jetzt denkbar sind, um dieses Ziel in der Tat zu erreichen. Ist es möglich, durch Verträge zwischen Kommunen, Trägern und Krankenversicherungen bundesweite Rahmenbedingungen zu schaffen, die solche Mischfinanzierungen möglich machen, oder sind in der Tat auch für diesen Bereich grundsätzliche gesetzgeberische Novellierungen notwendig, möglicherweise sogar in der gesamten sozialen Gesetzgebung?

DROST: Wenn ich das kurz aus meiner sehr persönlichen Sicht versuchen darf zu beantworten: sieht man von Forderungen nach einer Volksversicherung und ähnlichem ab, die ich in nächster Zeit für sozialpolitisch utopisch halte aufgrund der Finanzsituation, dann glaube ich, daß grundlegende gesetzgeberische Änderungen von der Sache her im Moment schwer durchsetzbar sind. Denn wenn ich mir diese zwei Tage vor Augen führe und soll daraus vielleicht als Assistent einer Fraktion ein schlüssiges Konzept für eine Gesetzesnovelle machen, dann muß ich sagen, das bekomme ich nicht hin. Das Bild ist noch zu heterogen. Präzise empirische Erfahrungen, konkrete therapeutische Effizienzuntersuchungen, evaluierte Konzepte der einen oder anderen Handlungsalternative gibt es noch nicht, von den Kostenfragen ganz zu schweigen. Ich weiß nicht, wie Sie den Gesetzgeber dazu bewegen wollen, jetzt bei einer derartigen Sachlage ein Gesetz zu machen. Ich würde als Strategie empfehlen, von den Regelungen, die wir derzeit haben, exzessiv/intensiv Gebrauch zu machen. Das bedeutet: Erfahrungen sammeln mit den Instrumenten, die vorhanden sind. Dazu gehört allerdings auch ein gut Stück Öffentlichkeitsarbeit. Dann können Sie Mängel der bestehenden Regelungen ganz konkret aufweisen und zwar auf einer breiteren Erfahrungsebene. Sie kommen heraus aus einem Bereich von Eindrücken, subjektiven Erfahrungen, z. B. Hannover versus ländlicher Raum, denn der Gesetzgeber muß ja ein System schaffen, das für die ganze Bundesrepublik dann mehr oder minder anwendbar sein soll. Ich sehe keinen Ansatz, mit dem sich im Augenblick eine gesetzgeberische Initiative realistisch bewerkstelligen ließe.

MUTTER: Ich würde insofern widersprechen, Herr Drost, daß präzise Erfahrungen fehlen. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Erfahrungen. In der nächsten Woche wird der kleine „Modellverbund ambulante psychiatrische Versorgung“ einen gemeinsamen Bericht vorlegen, in dem auch darüber berichtet wird, wie effektiv diese Dienste innerhalb des Modellverbundes gearbeitet haben. Ein Teil der Modelle ist bereits abgeschlossen. Da liegen konkrete Erfahrungsberichte vor, und ich meine, die sollte man sich einmal ansehen.

STREIDL: Ich möchte noch einmal auf das zurückkommen, was Herr Janke gesagt hat, nämlich daß die Mehrzahl der niedergelassenen Nervenärzte in Hannover die Arbeit der sozialpsychiatrischen Ambulanzen mittlerweile für unverzichtbar hält. Ich finde, das ist schlichtweg eine Sensation, und ich meine, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE diese Aussage dokumentieren und verbreiten sollte.

KISKER: Das ist ja, wie sie sehen, hier geschehen.

JANKE: Meine Damen und Herren, das was da eben gesagt worden ist, halte ich für wichtig, weil es nämlich Ängste abbauen kann. Es wäre gut, wenn wir dies einmal in einer Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde bekanntmachen würden. Das würde mit Sicherheit erhebliche Beachtung finden und auch Fernwirkungen haben. Davon bin ich überzeugt.

WOHLRAB: Ich kann nur ergänzen, daß auch die praktischen Ärzte von Hannover die Tätigkeit der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen begrüßen.

KISKER: Ich leite aus dieser lebendigen Diskussion mit dem Vorschlag heraus, daß die beiden Organisatoren dieser Veranstaltung, die Herren Rose und Bauer, zusammen mit Herrn Drost und einem von der Gruppe der „weißen Raben“ zu benennenden Kollegen, ein Dreiseitenpapier verfassen, welches die wesentlichen Ergebnisse dieser Tagung kondensiert. Ich kann und will diese Ergebnisse hier nicht verkürzt zusammenfassen. Dieses Papier sollte Herrn Picard, dem Vorsitzenden der AKTION PSYCHISCH KRANKE, mit dem Auftrag zugänglich gemacht werden, es an Institutionen und Persönlichkeiten zu geben, von welchen erwartet werden kann, daß sie die ambulante Versorgung psychisch behinderter Menschen zu verändern und zu verbessern in der Lage sind. Dank an Sie alle, besonders an diejenigen, die hier vortrugen und diskutierten. Dank an unsere Techniker und unsere unermüdlichen administrativen Helfer.

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

Autoren

Prof. Dr. M. BAUER, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik des Stadtkrankenhauses Offenbach/Main

Dr. K. BEHRENDTS, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Institut für Lebensberatung, Düsseldorf

Dr. M. von CRANACH, Leitender Direktor des Bezirkskrankenhauses, Kaufbeuren

B.-U. DROST, Leiter der Abteilung Gesundheitspflege beim Landschaftsverband Rheinland, Köln

Dr. Dorothee v. EKESPARRE, Ärztin an der Psychosomatischen Klinik der Medizinischen Hochschule, Hannover

Dr. J. H. A. GÖTTE, Facharzt für Nerven- und Gemütskranke am Krankenhaus am Urban, Berlin-Kreuzberg

Dr. R. HESS, Justitiar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

Dr. H. M. JACOB!, Nervenarzt, Sinsheim

Dozent Dr. H. KATSCHNIG, Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Dokumentation an der Psychiatrischen Universitätsklinik, Wien

Dr. H. KOESTER, Leiter des Landeskrankenhauses, Düren

Prof. Dr. H. KRÜGER, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Städtischen Krankenhaus, Emden

Dr. Dr. P. MIKUS, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Bielefeld

Prof. Dr. H. K. ROSE, Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule, Hannover

Ursula SALEH, Soz.-Päd. am Krankenhaus am Urban, Berlin- Kreuzberg

Dr. E. SPANKEN, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie an der Rheinischen Landesklinik, Rheydt

Dr. U. ULRICH, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Münster

Eva v. WATZDORF, M. A., Wissenschaft!. Mitarbeiterin der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. W. WEKEL, Abteilungsdirektor der Abteilung Vertragswesen, ärztliche und zahn-ärztliche Versorgung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn

Diskussionsteilnehmer

Th. BOCK, Dipl.-Psychologe, Universität Hamburg

Prof. Dr. K. BÖHME, Leitender Ärztlicher Direktor am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll, Hamburg

Dr. J. BORNHÖFT, Nervenklinik Spandau, Psychiatrischer Dienst, Berlin

Dr. R. CREUTZ, Landesobermedizinalrat, Rhein. Landes- und Hochschulklinik, Essen

Dr. St. DOEPP, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung am Klinikum Niederberg, Velbert

ENDEMANN, RD, Landessozialamt Niedersachsen, Hildesheim
Prof.. Dr. A. FINZEN, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses, Wunstorf
Dr. M. HEINRICH, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Rehabilitationszentrum im Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart
A. HUTTER, Dipl.-Psychologe, GWG, Varel
Dr. M. JANKE, Nervenarzt, Bad Pyrmont
Prof. Dr. Dr. K. P. KISKER, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule, Hannover
KAEMMERLING, Dipl.-Psychologe, Ambulanz des Landeskrankenhauses, Dortmund
D. LEHMKUHL, Arzt, Wiegmann-Klinik, Berlin
Dr. H. MOORKAMP, Nervenarzt, Westfälisches Landeskrankenhaus, Lengerich
Dr. E. ODENBACH, Leiter der Abteilung Fortbildung und Wissenschaft der Bundesärztekammer, Köln
Dr. Maria RAVE-SCHWANK, Leitende Medizinaldirektorin, Psychiatrisches Krankenhaus „Philippshospital“, Riedstadt
Dr. Christa ROBERZ, Ärztin für Psychiatrie, Rheinische Landeslinik, Bonn B.
RÖHRLE, Dipl.-Psychologe, Universität Heidelberg, DGVT
Prof. Dr. W. SCHMITT, Chefarzt, Zentrum für Psychologische Medizin, Klinik Sonnenberg, Saarbrücken
Dr. SEIDEL, Oberarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Psychiatrische Klinik
Dr. D. STEVES, Arzt und Dipl.-Psychologe, Landeskrankenhaus, Rehabilitationsstation, Marienheide
Dr. Ch. STREIDL, Nervenarzt, Stadtgesundheitsamt, Frankfurt
Dr. Th. URBAHN, Medizinische Hochschule, Hannover
WIECOREK, Hamburg
Dr. R. WOHLRAB, Arzt, Ratsherr, Hannover
Dr. WOLPERT, Leitender Arzt, Psychiatrische Klinik, Elisabethenstift, Darmstadt
Prof. Dr. E. WULFF, Leiter der Abt. Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule, Hannover

Anhang

Verzeichnis der Ambulanzen an Psychiatrischen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland¹⁾

- B Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, 5483 Ahrweiler
- E, B Landesnervenklinik Andernach, 5470 Andernach
- B St. Josef-Hospital, 3490 Bad Driburg
- E, S Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wehnen,
2903 Bad Zwischenahn
- B Nervenklinik Bamberg, Stiftungs Krankenhaus, 8600 Bamberg
- I Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin,
1000 Berlin 19
- E DRK-Klinik Phönix, 1000 Berlin 19
- I Nervenklinik Spandau, 1000 Berlin 20
- E, I Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, 1000 Berlin 2d
- S Krankenhaus für Geriatrie Hansen, Abt. Eibenhof, 1000 Berlin 33
- I Psychiatrische Institutsambulanz in den Bodelschwing'schen
Anstalten, 4800 Bielefeld 13
- B, E St. Marien-Hospital, 5300 Bonn-Süd
- E, S Knappschaftskrankenhaus Bottrop, 4250 Bottrop
- B Anstalt Homborn, Sonderkrankenhaus für Anfallskranke,
5805 Breckerfeld
- B, E Krankenhaus Breklum, 2257 Breklum
- S Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, 2800 Bremen 44
- B Psychiatrische Klinik am Elisabethenstift, 6100 Darmstadt

Abkürzungen

B = kassenärztliche Beteiligung des Leiters

E = Ermächtigungsvertrag des Leiters bzw. außer dem ärztlichen Leiter sind noch andere
Ärzte ermächtigt oder beteiligt

I = Institutsvertrag

S = sonstige bzw. nicht zuzuordnende Ambulanzen

¹⁾ Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie gibt lediglich den
Informationsstand zur Zeit der Befragung wieder (Juni 1980).

I, S Westfälisches Landeskrankenhaus, 4600 Dortmund 41
 B Marien-Hospital, 4600 Dortmund 50
 S Evang. Krankenhaus, 4600 Dortmund 72
 I, S Rhein. Landeslinik, 4000 Düsseldorf
 E Augusta-Krankenhaus, 4000 Düsseldorf-Rath
 E Nervenlinik des Diakoniewerks Kaiserswerth, 4000 Düsseldorf 31
 E Psychiatrisches Landeskrankenhaus, 7830 Emmendingen
 S Rhein. Landes- und Hochschulklinik für Psychiatrie, 4300 Essen 1
 B Marienhospital, 5350 Euskirchen
 I Psychiatrische und Neurologische Universitätsklinik,
 7800 Freiburg i. Br.
 B Kreiskrankenhaus Freudenstadt, 7290 Freudenstadt
 B Privatnervenlinik Gauting, Dr. Schmidt, 8035 Gauting
 B, I Evang. Krankenhaus, 4650 Gelsenkirchen
 E Psychiatrisches Krankenhaus, 6300 Gießen
 B, E Christophsbad Göppingen, 7320 Göppingen
 E Bezirkskrankenhaus Günzburg, 8870 Günzburg/Donau
 I, E, S Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh, 4830 Gütersloh 1
 B Psychiatrisches Krankenhaus Hadamar, 6253 Hadamar 1
 S Allgemeines Krankenhaus Eilbek, 2000 Hamburg 76
 S Bundesknappschafts-Krankenhaus, 4700 Hamm 1
 I, E Psychiatrische Klinik der Medizin. Hochschule Hannover,
 3000 Hannover 61
 I Psychiatrische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg
 E, S Westfälische Fachklinik für Psychiatrie, Frönsperth-Hemer,
 5870 Hemer
 S Psychiatrisches Krankenhaus, 6348 Herborn
 E Krankenhaus Itzehoe, 2210 Itzehoe
 E Rehabilitationskrankenhaus, 7516 Karlsbad
 S Fachklinik Katzenelnbogen, 5429 Katzenelnbogen
 B Epilepsiezentrum Kork, 7640 Kehl-Kork

- B Psychiatrisches Krankenhaus St. Valentinushaus,
6229 Kiedrich/Eltv.
- I Zentrum Nervenheilkunde, Universität Kiel, 2300 Kiel
- E, S Pfalzlinik Landeck, 6749 Klingenmünster 2
- S Rehabilitationszentrum der Universität Köln, 5000 Köln 41
- I Rhein. Landeslinik Köln, Psychiatrisches Behandlungszentrum,
5000 Köln
- E Niedersächsisches Landeskrankenhaus, 3308 Königslutter
- B, S Alexianer Krankenhaus, 4150 Krefeld
- E, I Westfälisches Landeskrankenhaus, 4540 Lengerich
- S Privatnervenklinik Dr. Fontheim, 3384 Liebenburg 1
- I Nervenkrankenhaus des Bezirks Unterfranken, 8770 Lehr/Main
- B, I Krankenanstalten des Landkreises Ludwigsburg, 7140 Ludwigsburg
- I Psychiatrische und Neurologische Klinik
der Medizin. Hochschule Lübeck, 2400 Lübeck
- B Kreiskrankenhaus Lüdenscheid, Klinikbereich Hellersen,
5880 Lüdenscheid i
- E, S Niedersächsisches Landeskrankenhaus, 2120 Lüneburg
- E Psychiatrische Klinik Häcklingen, 2120 Lüneburg-Häcklingen
- E, I Heinrich-Lanz-Krankenhaus, 6800 Mannheim 1
- I Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 6800 Mannheim 1
- I Psychiatrische Klinik der Universität Marburg, 3550 Marburg 1
- I Rhein. Landeslinik, 5277 Marienheide
- B, S Westfälisches Landeskrankenhaus, 4370 Marl-Sinsen
- S Landeskrankenhaus Merzig, 6640 Merzig
- S Rhein. Landeslinik Mönchengladbach, 4050 Mönchengladbach 2
- S Westfälisches Landeskrankenhaus, 4400 Münster
- I, S Psychiatrische und Nervenlinik der Universität Münster,
4400 Münster
- S Friedrich-Ebert-Krankenhaus, 2350 Neumünster
- I St. Alexius-Krankenhaus, 4040 Neuss
- I St. Josef-Krankenhaus, 4040 Neuss 1

