

Vortrag

## **Berliner Psychiatrie Tage – Symposium Schizophrenie in Berlin**

Charité am 12.01.2006

Thema: Ambulante psychiatrische/nervenärztliche Behandlung

[Frau Dr. Bettina Häring und Dr. Norbert Hümbes]

### **I Veränderungen in der ambulanten psychiatrisch- nervenärztlichen Versorgung**

(B. Häring)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Zeit der Psychiatrie-Enquete 1975 gab es in West-Berlin eine Hand voll niedergelassener Nervenärzte und nur wenige Psychotherapeuten. Die nervenärztliche Versorgung wurde in der Psychiatrie-Enquete als völlig unzureichend beschrieben: Zu wenig Zeit für zu viele Patienten. Nach meist langem stationärem Aufenthalt mußten Patienten ohne Zwischenstationen wie Tageskliniken, etc. abrupt wieder Alltagsanforderungen im häuslichen Milieu bewältigen. Sie mußten dabei mit einer nur sehr niedrigfrequenten Nervenarztbetreuung zurechtkommen. Heute gibt es in Berlin in der kassenärztlichen Versorgung über 300 Nervenärzte und Psychiater, ca. 300 ärztliche Psychotherapeuten und 1414 psychologische Psychotherapeuten.

Nervenärztliche und noch mehr psychotherapeutische Versorgung ist also in Berlin inzwischen an jeder Ecke zu haben. Parallel zur Zunahme der Praxen wurden aber auch Klinikbetten massiv abgebaut und Liegezeiten deutlich verkürzt. Letztlich sind die Praxen der Nervenärzte und Psychiater voll und die Anzahl der versorgten Patienten steigt, während sie in anderen Fachgebieten im Zuge der Gesundheitsreform mit Praxisgebühr etc. sinkt.

Auch nimmt die gewaltige Zahl der psychologischen Psychotherapeuten nur begrenzt an der Versorgung von Psychosekranken teil. Das heißt, die vermutlich etwa 15-20tausend Menschen mit schizophrenen Psychosen in Berlin werden im ambulanten Setting überwiegend nervenärztlich und psychiatrisch versorgt. Das Angebot in Nervenarzt- und Psychiaterpraxen ist sehr heterogen. Es gibt Praxen sehr unterschiedlicher Größe und Ausrichtung. Die Praxisgröße liegt bei den Nervenärzten im Durchschnitt bei etwa 800 Scheinen, d. h. Patienten pro Quartal. Große eher diagnostisch-neurologisch ausgerichtete Praxen kommen aber auch auf das Doppelte.

Bei den Psychiatern liegt die durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal bei ca. 200 (179). In dieser Durchschnittszahl spiegelt sich sicherlich wieder, daß ein Teil dieser Praxen überwiegend psychotherapeutisch arbeitet. Denn mit 200 Scheinen kann man es sich nicht leisten, die räumlichen und personellen Voraussetzungen z.B. für akute Kriseninterventionen bei Psychotikern vorzuhalten. Eine Psychotherapiepraxis rechnet

sich nur ohne Personal und mit sehr überschaubaren Raumkosten. Die Kombination von psychotherapeutischer Ausrichtung und apparativer neurologischer Diagnostik ist kaum möglich, da der Einsatz von Apparaten und damit auch Personal einen hohen Patientendurchlauf und hohen Umsatz pro Arbeitsstunde zur Deckung der Kosten erforderlich macht.

Was den zeitlichen Rahmen für Psychosepatienten angeht, so kann dies je nach Praxisausrichtung und Größe stark variieren. Wenn ein Arzt seinen Schwerpunkt in der Parkinsonbehandlung und neurologischen apparativen Diagnostik hat, kann er sehr zeitaufwendige Psychosepatienten kaum betreuen. Er kann aber durchaus stabilere Psychosepatienten kompetent behandeln, wenn sie sich gut auf eine Medikation eingestellt sind und eine darüber hinausgehende Betreuung zum Teil auch gar nicht wollen.

Letztlich treffen Patienten in Nervenarzt- und Psychiaterpraxen auf recht variable Strukturen und auf Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Dies spricht sich auch bei Patienten herum. Angesichts des dichten Praxisnetzes in Berlin ist es für die meisten Patienten möglich, sich einen Nervenarzt oder Psychiater zu suchen, der zu ihnen paßt. Nach dem Hinweis auf die Heterogenität der Praxen möchte ich nun einige Punkte herausarbeiten, die generell charakteristisch sind für die Arbeit als niedergelassener Nervenarzt oder Psychiater:

#### Niederschwelligkeit:

Niederschwellig ist der Zugang insofern, als zunächst einmal jeder krankenversicherte Mensch mit der Chipkarte einen Nervenarzt oder Psychiater wie jeden anderen Arzt aufsuchen kann, ohne besondere Anträge, etc. Dies wird in Krisensituationen oder nach Klinikentlassung zu üblichen Praxisprechzeiten, d.h. außer am Wochenende und nachts, auch immer sofort oder kurzfristig möglich sein. Für geplante, nicht krisenhafte Termine und insbesondere Ersttermine liegen die Wartezeiten in der Regel bei einigen Wochen.

## **II Die Grundzüge der ambulanten Behandlung (B.Häring)**

- Freiwilligkeit :
- Patienten gehen in der Regel freiwillig in ambulante Behandlung. Nur in Ausnahmefällen, in denen rechtlich eine Betreuung besteht, kann die Behandlung erzwungen werden. In der Regel gilt: Wenn der Nervenarzt oder Psychiater den Patienten nicht vom Sinn der Behandlung zu überzeugen vermag, wird die Behandlung vom Patienten abgebrochen werden. Er wird einfach nicht wiederkommen. Auch eine hinterhergehende Betreuung, z.B. Erinnerung an Termine, Depotspritzen, etc. erfolgt nur mit Zustimmung des Patienten. Für die Überzeugungsarbeit des Nervenarztes ist die gute Beziehung zwischen Arzt und Patient von entscheidender Bedeutung. Damit komme ich zum nächsten

charakteristischen Punkt ambulanter nervenärztlicher Versorgung:

ein langfristiges Beziehungsangebot:

- Nervenärzte und Psychiater sind in der Regel von der Niederlassung meist mit ca. 30-40 Jahren bis zu ihrem Ruhestand, das heißt mehrere Jahrzehnte in ihrer Praxis tätig. Dementsprechend können sich langfristige vertrauensvolle Bindungen entwickeln. Wenn ich mich zurückerinnere an meine Assistenzarztzeit in der Abteilung für Sozialpsychiatrie, dann galt die Beziehungskonstanz dort als besonders wichtiges therapeutisches Prinzip. Es wurde dort als Bezugstherapeutenprinzip ungeachtet der teilstationären oder ambulanten Betreuung umgesetzt und hochgehalten. Letztlich gab es aber in der universitären Abteilung für Sozialpsychiatrie naturgemäß bei den Ärzten eine Personalfluktuation mit Beschäftigungszeiten von nur wenigen Jahren. Die Beziehung zum Nervenarzt währt im Vergleich viel länger, nur unterbrochen durch heutzutage immer kürzere stationäre Aufenthalte. Diese stationären Aufenthalte sind ja nur ein kurzes Zwischenspiel im langen Leben mit der Krankheit:
- Auch mit den Familien der Patienten entwickelt sich oft über Jahre eine tragfähige Beziehung, sodaß auf der Basis von rechtzeitig mit dem Patienten getroffenen Absprachen im Krisenfall eine frühzeitige Intervention gelingt und die Patienten im familiären Umfeld bleiben können. Dazu sind nicht immer aufwendige Familieninterventionen notwendig. Es erschließt sich manchmal schnell, welche Familien ein gutes Gespür für psychotische Symptome haben und auch die Kapazität, Gelassenheit und Zuverlässigkeit mit blanderen psychotischen Zuständen umzugehen. Nebenbei bemerkt spielt auch die Beziehung zu den Arzhelferinnen eine wichtige Rolle. Eine erfahrene, langjährig in einer Praxis tätige Helferin merkt schon am Telefon, oder daran wie ein Patient zur Tür hereinkommt, ob etwas nicht in Ordnung ist.
- eine langfristig ausgerichtete Behandlung.
- Die dichte Betreuung während eines stationären Aufenthaltes, die kurze Zeit und der Leidensdruck durch durch quälende und bizarre akute Symptome mag es noch möglich machen, dass Patienten beispielsweise eine Medikation mit sehr unangenehmen unerwünschten Wirkungen vorübergehend einnehmen. Nach Entlassung möchten viele sich einfach wieder gesund fühlen, die Medikation in den Mülleimer werfen und vom Arzt möglichst wenig sehen. Es ergeben sich daraus oft Behandlungssituationen, in denen man Kompromisse schließt und z.B. aus medizinischer Sicht nicht optimal dosiert medikamentös behandeln kann. Man ist froh, wenn der Patient die Medikamente einigermaßen regelmäßig nimmt. Man versucht Brücken zu bauen und erstmal eine Beziehung aufrechtzuerhalten. Dies gilt gerade in den häufigen Fällen, in denen Patienten sich an ärztliche Empfehlungen nicht halten

### III Zur Behandlungspraxis im einzelnen (N.HümbS)

a) Wer wird behandelt?

1.) -- Es stellen sich junge Patienten in der Praxis vor – oder werden von Familienangehörigen gebracht - und klagen über unspezifische Beschwerden wie Unruhe, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, d.h.Symptome wie sie im Vorfeld einer schizophrenen Erkrankung auftreten können.

*z.B. der Bruder eines schon länger erkrankten türkischen Pat. bringt seinen 17 jährigen jüngsten Bruder, der zu Hause so ausflippe, dass seine Mutter Angst vor ihm habe.*

Hier geht es darum, durch Exploration und ggfls. ergänzende Untersuchungen die Diagnose zu klären, evtl eine Behandlung zu beginnen oder ins FEZ zu schicken. Oder ggfls auch andere Hilfen durch Familienberatung oder SPD zu organisieren.

2.) -- Die meisten der ersterkrankten Patienten kommen aus dem Krankenhaus nach der Entlassung zur Weiterbehandlung. Wichtig ist hier, dass zeitnah die Fortsetzung der Behandlung organisiert wird.

3.) --- Pat, die an einem chronischen oder schubartigen Krankheitsverlauf leiden. Hier handelt es sich um eine oft über viele Jahre verlaufende Betreuung.

-- > Die Lebens- und Wohnsituation dieser Pat. ist sehr unterschiedlich.

a - Einige Pat. leben in einer Partnerschaft oder noch in ihrer Familie.

b - Die größere Zahl lebt alleine – teilweise in Form des betreuten Einzelwohnens.

c - oder in betreuten Einrichtungen wie Übergangwohnheim oder betreute Wohngemeinschaften. Hier werden auch Pat. betreut, die auf Grund der Schwere ihrer Erkrankung in früheren Jahren dauerhaft in psychiatrischen Kliniken gelebt haben.

d- Patienten, die durch die Schwere ihrer Erkrankung auch von verschiedenen therapeutischen Einrichtungen nicht gehalten werden können, meist auf Grund von Drogenrückfällen oder disziplinarischen Schwierigkeiten. Diese Pat leben z.T. im Obdachlosenheim und werden durch Sozialstationen versorgt, die für die regelmäßige Gabe der Medikamente sorgen.

e - Einige meiner an einer Schizophrenie leidenden Patienten leben inzwischen auf Grund ihres Alters und des hohen Betreuungsbedarfs in Altenheimen und müssen dort besucht werden.

Wie sieht die Behandlung aus?

1.) Aufbau und Pflege einer therapeutischen Beziehung.

- der Behandler ist der Arzt, der sich um konkrete medizinische Dinge kümmert.
- Übertragungsfigur für intrapsychische und zwischenmenschliche Konflikte.

- Repräsentant der bestehenden Ordnung gegen die sich Protest und Auflehnung richten kann.

Natürlich variieren die Übertragungskonstellationen und hängen von Alter, Geschlecht und Persönlichkeit des Arztes ab.

## 2.) Psychotherapie

- Die Gespräche mit dem Patienten haben das vorrangige Ziel, sich ein Bild über sein Befinden zu machen und etwaige Belastungen zu erkennen.

-Es gibt Pat mit einem hohen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung und Pat, die sich durch ein Zuviel an Gesprächsangeboten eher bedrängt fühlen.

Das psychotherapeutische Vorgehen ist weniger von bestimmten theoretischen Vorannahmen bestimmt. Im Vordergrund stehen die stützende Begleitung, der Versuch das psychotische Erleben u.a. als reparativen Versuch und nicht nur pathologisch zu sehen und die Förderung von Ressourcen.

Alle Themen sollen angesprochen werden können.

## 3.) Verständigung über ein Krankheitsmodell

Als pathogenetisches Grundkonzept der Erkrankung wird das Stress-Vulnerabilitätskonzept angenommen und dem Pat vorgestellt. Hieran lassen sich anschaulich die biologische Mitbedingtheit und die Bedeutung von Stressoren für das Auftreten von Symptomen erklären. Auch die verschiedenen Behandlungsansätze wie Psychotherapie und Pharmakotherapie lassen sich daraus anschaulich ableiten.

## 4.) Krisenplan

Von besonderer Bedeutung sind Aufklärung über Frühzeichen einer erneuten psychotischen Verschlechterung und ein Krisenplan. Was kann man tun, wenn Anzeichen für eine Verschlechterung auftreten? Hier kann auch die Einbeziehung von Bezugspersonen von Bedeutung sein.

## 5.) Medikamentöse Behandlung

Die Schizophrenie ist eine biologisch mitbedingte Erkrankung. In der Behandlung und in der Vorbeugung von Rückfällen spielt die medikamentöse Behandlung eine wesentliche Rolle. Ein erheblicher Teil der Gespräche mit den Patienten dreht sich um die Medikamente.

Gemeinsames Ziel ist die Behandlung mit der kleinst- möglichen wirksamen Menge der am nebenwirkungsärmsten Medikamente.

## 6) Koordination therapeutischer Maßnahmen

Im Vergleich zum Beginn meiner Tätigkeit haben sich die Angebote an Tagesstätten, Zuverdienst, Freizeitgruppen, Einzelfallhilfen – und der gesetzlichen Betreuer enorm vergrößert. Der Arzt muß versuchen, den Überblick zu behalten. Ein Übermaß an Betreuung muß problematisiert werden. Ziel ist, dass alle an einem zumindest ähnlichen Strang ziehen, z.B. was die Haltung gegenüber medikamentöser Therapie und die Aussichten für eventuelle Rehabilitationsmaßnahmen betrifft.

## 7.) Organmedizinische Betreuung

Für eine große Zahl von Pat. ist der Psychiater oder Nervenarzt der einzigste behandelnde Arzt. Das bedeutet, immer ein Auge für die körperliche Verfassung des Pat zu haben - auch wenn er gar nicht über körperliche Beschwerden klagt.

*Bei einer meiner älteren Patientinnen fiel bei einer Blutuntersuchung eine Eisenmangelanämie auf. Erst bei der Ursachenklärung stieß ich auf eine extrem einseitige Ernährung, nur Konserven, und darauf dass schon lange keine gynäkologische Vorsorge-Untersuchung mehr stattgefunden hatte. Bei einer anderen Pat, die häufig an Erkältung litt, kam heraus, dass ihr Ofen kaputt war, sie sich wegen des unrenovierten Zustandes ihrer Wohnung aber nicht traute, der Verwaltung den Schaden zu melden.*

Bei einigen Medikamenten wie Clozapin sind regelmäßige Blutbildkontrollen Vorschrift. Hier hat sich für mich bewährt, diese Untersuchungen selber vorzunehmen. So kann ich kann mich gleichzeitig auch über die anderen Stoffwechselfparameter wie Blutzucker, Fette und evtl Schilddrüsenwerte informieren. Nicht zu vergessen das regelmäßige Wiegen.

## c) Spezielle Behandlungsaspekte

### 1.) Betreuung von Pat mit Behandlungsaufgaben

Wir betreuen einige Patienten, die im Rahmen ihrer schizophrenen Erkrankung Straftaten verübt haben. Sie haben eine Behandlungsaufgabe und müssen z.B. die Einnahme ihrer Medikamente oder den Erhalt ihrer Spritze dem Gericht nachweisen.. Die sonst geltende Freiwilligkeit ist eingeschränkt.

Ähnlich ist es bei Patienten, die unter rechtlicher Betreuung stehen, die auch den Bereich der medizinischen Behandlung einschließt.

Die Beteiligung des behandelnden Nervenarztes an einer Zwangsbehandlung oder der Einleitung von solchen ist eine schwere Belastung der therapeutischen Beziehung.

## 2.) Komorbidität mit Suchterkrankungen

Ein nicht selten auftretendes Problem stellt sich bei Pat mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit, die überfällig zum Termin für die Depot-Spritze erscheinen und erheblich alkoholisiert sind?

Soll man trotz der Intoxikation die Depotspritze geben oder es ablehnen mit dem Risiko einer erneuten psychotischen Dekompensation nach längerem medikamentenfreien Intervall?

## 3.) Drehtür-Patienten

Wir betreuen Pat, die sich mehr als 20 x in stationärer Behandlung befunden haben. Hier gelingt es auf Grund der häufigen Behandlerwechsel nur schwer eine Beziehung- und Behandlungskontinuität zu entwickeln. Einige dieser Pat können in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Krankenhauses besser angebunden und gehalten werden.

## **IV Versorgungssituation im Bezirk Neukölln (N.HümbS)**

Ich bin seit 20 J im Bezirk Neukölln niedergelassen und habe die Veränderungen durch die Psychiatriereform hier miterlebt.

Vor gut 20 Jahren wurde im Krankenhaus Neukölln eine psychiatrische Abteilung unter Prof. Fährdrich aufgebaut. Bis dahin wurden die Neuköllner psychiatrischen Pat in der Karl Bonhoeffer Klinik, d.h. ortsfern versorgt.

Die Klinik steht durch das Angebot von Nachbetreuung und Patienten-Cafes den Pat auch nach der Entlassung offen. Damit wird die Schwelle für das Aufsuchen der Klinik niedrig gehalten.

Ein wesentliches Element der Kontinuität in der Behandlung stellt das Konzept der Heimatstation dar. D.h. die Pat kommen bei Wiederaufnahme möglichst immer auf die gleiche ihnen schon bekannte Station.

Schon früh hat sich in Neukölln eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Nervenärzten entwickelt. Seit ca 15 Jahren gibt es mehrere Treffen im Jahr, wo man sich über gemeinsame Probleme austauscht und Behandlungsprobleme wie z.B. den Einsatz der teureren neuen Medikamente diskutiert. Über die Jahre hat sich eine sehr offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickelt.

Im Rahmen des Enthospitalisierungsprogramms wurden Wohnmöglichkeiten für die chronischen Neuköllner geschaffen, die z.T. seit Jahren in der KBN lebten. Viele dieser Pat wurden in die neu geschaffenen Einrichtungen aufgenommen und leben dort seitdem.

Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung des Übergangwohnheim als Auffangwohnstätte für teilremittierte oder noch nicht ausreichend stabilisierte Pat. Daneben wurden therapeutische WGs und Tagesstätten geschaffen, die gerade chron psychisch Kranken zugute kommen.

Neukölln ist ein Bezirk, in dem eine hohe Arbeitslosigkeit und verbreitete Armut bestehen. Die Praxisgebühr und die Notwendigkeit der Medikamenten-zuzahlung können hier zur Unterbrechung der Behandlung führen.

### **V Die Situation in Charlottenburg-Wilmersdorf (B.Häring)**

Charlottenburg-Wilmersdorf ist ein Bezirk mit überwiegend gut situierten Einwohnern, es gibt deutlich weniger Sozialschwache als in Neukölln. Gleichzeitig ist es der bestversorgte Bezirk in Berlin sowohl was die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte, psychiatern und Psychotherapeuten angeht, als auch das dichte Netz von komplementären, teilstationären und stationären Einrichtungen. Beim Austausch mit Dr. Hümb's fiel mir auf, daß ich wohl deutlich häufiger als er Patienten sehe, die eher gute Verläufe haben und sozial gut integriert sind. So habe ich eine ganze Menge berufstätiger Patienten, auch Akademiker mit F2 Diagnosen in Behandlung. Sie haben es trotz zum Teil auch längerer stationärer Aufenthalte und längerer Zeiten mit kognitiven Störungen dann wieder geschafft, ins Berufsleben zurückzukehren. Ich habe auch häufiger mit Familien zu tun, die sich gut um ihre psychosekranken Familienmitglieder kümmern. Finanzielle Engpässe in Zusammenhang mit Medikamentenzuzahlungen, Praxisgebühr, Fahrgeldprobleme, z.B. für den Besuch einer psychosozialen Kontaktstelle, etc. spielen eine Rolle, aber führen nur vereinzelt zum Behandlungsabbruch.

### **VI Wirtschaftliche Aspekte der psychiatrischen Praxis (B.Häring)**

Ich möchte noch näher auf wirtschaftliche und Haftungsaspekte eingehen:

Niedergelassene Nervenärzte und Psychiater sind auch Unternehmer und für ihr Handeln allein verantwortlich. Ihr persönliches Einkommen ist abhängig von den erbrachten Leistungen. Sie haften persönlich und mit ihrem Vermögen sowohl für Behandlungsfehler als auch für Verstöße gegen die Regeln/Reglementierungen der kassenärztlichen Versorgung. Dabei gibt es Besonderheiten, die sich auf die Versorgung von Psychosepatienten negativ auswirken:

Das ärztliche Honorar, das Leistungsbudget: . Die Einkommenssituation hat sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. Für die meisten Nervenärzte und Psychiater gilt, daß sie von der Versorgung von Kassenpatienten überhaupt nicht leben können. Am Beispiel meiner Praxis ist zu sagen, daß die Einnahmen aus der kassenärztlichen



Versorgung knapp die Betriebskosten decken, für mein persönliches Einkommen bleibt davon nichts über. Ich wende aber mindestens 80 % meiner Arbeitszeit für Kassenpatienten auf. Ein Problem ist auch die Struktur des Vergütungssystems, des sogenannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes“, abgekürzt EBM. Als Beispiel sei genannt, daß zum Beispiel der alte EBM Leistungen, die die Koordination mit nicht-ärztlichen Institutionen wie Wohngemeinschaften, Arbeitsrehabilitationsstätten, etc. betreffen, in keiner Weise vorsah. Das war nicht gerade ein Anreiz für solche Kontakte, da ja nur Kosten für Telefon, die Arbeitszeit der Helferin, die den Gesprächspartner erstmal erfolgreich verbinden muß, etc.

Wenn Patienten in einer WG sind, unter Betreuung stehen und eine Rehamaßnahme, evtl. auch das Jugendamt, Familienhelfer usw. involviert sind, dann kann so etwas richtig zeitaufwendig werden. Auch Hausbesuche waren und sind so minimal vergütet, daß der Arzt dabei immer erheblich draufzahlt. Auch die Psychoedukation, die sich nach der Forschung der letzten Jahren als sehr effektive therapeutische Maßnahme erwiesen hat, war nach dem alten EBM nicht abrechenbar und schon gar nicht der Einsatz eines Cotherapeuten dabei. Im neuen EBM, der seit April 2005 gilt, wollte man diesem Manko in der Versorgung chronisch psychisch Kranker Rechnung tragen. Zum Beispiel hat man Zuschläge für die Versorgung chronisch psychisch Kranker eingeführt. Auch Psychiatrische Gruppentherapien, wenn auch nicht mit einem Cotherapeuten sollten besser vergütet werden.

Zwischenzeitlich gab es aber noch eine andere Änderung des Vergütungssystems, die Einführung der sogenannten Individualbudgets, die wiederum die Verbesserung in der Chronikerversorgung aushebelt. Individualbudget bedeutet, daß alle Ärzte aktuell auf ein festes Budget in Euro festgelegt sind, daß ihren kassenärztlichen Einnahmen im Jahr 2003 entspricht. Im Gegensatz zu den früher immer weiter sinkenden Punktwerten ist nun ein fester Punktwert garantiert, aber nur solange bis das Individualbudget ausgeschöpft ist. Darüber hinaus erbrachte Leistungen werden praktisch gar nicht mehr vergütet. So ziemlich alle Ärzte haben ihr Budget bereits nach 2 von 3 Monaten ausgeschöpft. Im Grunde kann man sich dann die Abrechnung zusätzlicher Punkte, also zum Beispiel des Chronikerzuschlags sparen. Es macht sogar noch zusätzlich Arbeit, weil man für jeden Patient dann jedes Quartal einen Brief schreiben soll. Ich hoffe, daß die nervenärztlichen Kollegen diese Zuschläge konsequent abrechnen, auch wenn das Individualbudget ausgeschöpft ist. Zurzeit werden nämlich Morbiditäts- und Leistungsstatistiken von den KVen geführt. Diese werden wiederum die Berechnungsgrundlage für ein späteres Vergütungssystem sein.

Die meisten Praxen mußten inzwischen aus Kostengründen die Anzahl oder die Arbeitszeit der Helferinnen reduzieren, obwohl der Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben ständig steigt. Ein Beispiel sei die Praxisgebühr, die für die Krankenkassen von den

Ärzten eingezogen werden muß und eine erhebliche zusätzliche Arbeit für die Helferinnen darstellt.

Wir müssten unsere kassenärztlichen Leistungen insgesamt eher runter fahren, großzügiger die Praxen schließen für Fortbildung und Urlaub und vor allem, um Zeit für andere fest honorierte Tätigkeiten zu haben. Letztlich müssen alle Nervenärzte und Psychiater andere Einnahmequellen wie Erhöhung der Privatpatienten, Gutachten, Studienteilnahme und Selbstzahlerleistungen erschließen. Nur über eine solche sogenannte Querfinanzierung zur kassenärztlichen Versorgung läßt sich eine Praxis weiter betreiben.

#### -Arzneimittelrichtgrößen

Ein weiterer Punkt ist von großer wirtschaftlicher Bedeutung für niedergelassene Nervenärzte, nämlich die Bedrohung durch einen Medikamentenregreß Einkommensverluste zu haben. Niedergelassenen Ärzten müssen bei der medikamentösen Behandlung Richtgrößen beachten. Ihr Praxismedikamentenbudget errechnet sich aus der Anzahl der Patienten und der entsprechenden Richtgröße. Überzieht ein Arzt dieses Budget um mehr als 25 %, so riskiert er, die Kosten für die Medikamente oberhalb dieser 25 % selber tragen zu müssen. es sei denn er kann sogenannte Praxisbesonderheiten nachweisen. Aufgrund des überdurchschnittlich hohen Anteils an pharmakologischen Innovationen im Fachgebiet Nervenheilkunde kommen nach wie vor die wenigsten Kollegen mit ihrem Medikamentenbudget aus. Aktuell überziehen mehr als 50 % sowohl der nervenärztlichen als auch der psychiatrischen Praxen ihr Budget mit mehr als 25 %, also im Regressbereich.

## Aktuelle Kosten von Antipsychotika in Euro pro Quartal

<b>Wirkstoff</b>	<b>Dosis</b>	<b>Kosten in Euro</b>
Haloperidol	5 - 10mg	20 - 40
Perazin	200 - 600mg	63 - 190*
	(*andere „Typika“ ähnlich)	
Clozapin	100 - 500mg	53 - 315
Olanzapin	10 - 20mg	700 - 1000
Risperidon	2 - 6mg	230 - 750
Amisulprid	200 - 800mg	155 - 610
Quetiapin	200 - 600mg	265 - 800
Zisapridon	80 - 120mg	440 - 750
Aripiprazol	15 - 30mg	600 -1000

### Arzneimittelrichtgrößen 2005 in Euro pro Quartal

<b>Arztgruppe</b>	<b>Mitglieder u. Familienangehör.</b>	<b>Rentner</b>
Nervenärzte	62,92	83,74
Psychiater	40,88	61,83

An der Gegenüberstellung von Arzneimittelrichtgrößen und Kosten der Behandlung mit atypischen Antipsychotika können Sie ersehen, daß man mit Ausnahme großer Praxen mit diagnostischem Schwerpunkt mit diesem Budget keine modernen Antipsychotika verordnen kann. Bei der Richtgrößenüberschreitung muß sich jeder Arzt individuell rechtfertigen und sogenannte Praxisbesonderheiten nachweisen. Leider gibt es auf der Liste der vorab anzuerkennenden Praxisbesonderheiten keine einzige psychiatrische

Indikation. Das heißt, daß sich jeder Arzt ganz individuell rechtfertigen muß, ohne Sicherheit, daß seine Argumente anerkannt werden. Er durchläuft ein kompliziertes Prüfungsverfahren mit zunächst zwei vorgerichtlichen Prüfungsinstanzen und dann Gerichtsverfahren bei den Sozialgerichten. Dieses ganze Verfahren dauert sehr lange, beginnt frühestens im zweiten Jahr nach dem zu prüfenden Jahr. Beispielsweise werden jetzt die Jahre 2001 und 2002 geprüft. Das heißt man muß eine ausgezeichnete edv-technisch sinnvoll angelegte Dokumentation haben, um sich zu rechtfertigen. Meine Erfahrungen mit diesem Prüfverfahren sind sehr unangenehm. Ein ganzer Ordner an Dokumentation hat nicht verhindert, daß für mich gleich bei Einführung dieses Systems für 1998 ein Regreß verhängt wurde. Meine Argumente verpufften vor der Tatsache, daß in den beiden zuständigen Ausschüssen zweimal der Vorsitz bei Kassenvertretern lag und damit eine Mehrheit der Kassenvertreter über die Arztvertreter bestand und entsprechend gegen mich entschied. Dann wird der Regress vollzogen und direkt vom Honorar abgezogen. Ich bin mir gewiß, die von mir eingereichte Klage zu gewinnen, aber bis in die letzte Instanz muß man mit 5 Jahren Verfahrenszeit rechnen. Das heißt die Kassen haben von mir ein langes Darlehen erhalten. Von meinen unbezahlten Kosten ganz zu schweigen. Ich habe Hunderte unbezahlter eigener und Helferinnenarbeitsstunden für dieses Verfahren aufgewandt. Es ist auch so, daß sich Jahr für Jahr juristische Details dieses Verfahrens ändern. Das bedeutete, es ist zu einem der wichtigsten Fortbildungsgebiete geworden, sich diesbezüglich auf dem laufenden zu halten.

Wir haben wegen des Medikamentenbudgets auch lange auf die gerade erschiene offizielle Leitlinie der DGPPN zur Schizophreniebehandlung gewartet. Es gab ja gar keine klare und für Niedergelassene verlässliche Grundlage dafür, „ersterkrankte Schizophrene von vornherein atypisch neuroleptisch zu behandeln. Und wenn die in der Klinik begonnene Atypika-Behandlung vom Niedergelassenen aus Gründen der natürlich sehr wichtigen Behandlungskontinuität fortgesetzt wird, dann trägt er doch juristisch allein das Risiko für den evtl. Regress.

Letztlich muß die Verordnung atypischer Neuroleptika als Praxisbesonderheit durchgesetzt werden. Alles andere ist eine Qual für die niedergelassenen Ärzte. Um Ihnen das klar zu machen, habe ich Sie jetzt mit so langwierigen, juristischen Erläuterungen gequält. Ich wollte Ihnen zumindest einen kleinen Geschmack davon geben, was uns alltäglich quält.

## VII Zukünftige Entwicklungen/ Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (N.HümbS)

### Veränderungen der ambulanten Versorgung

Die ambulante Versorgung verändert sich. Einzelpraxen werden weniger. Es entstehen Praxismgemeinschaften, Ärztehäuser, Medizin Versorgung Zentren.

Die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung –eigentlich geeignet für die multiprofessionelle Betreuung von psychotischen Pat - für die Psychiatrie sind noch nicht abzusehen. Es gibt auch Pläne für Berlin

Eine Einbindung anderer Berufsgruppen in die ambulante Behandlung wird durch die Verordnungsmöglichkeit von Soziotherapie und psychiatrischer Krankenpflege möglich. Damit ist auch eine aufsuchende Behandlung realisierbar, die bei vielen Betroffenen erforderlich ist.

Demnächst startet eine Initiative zur Einführung von Psychoedukation in der ambulanten Versorgung.

### Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit

Auf Initiative einiger niedergelassener Psychiater und Nervenärzte wurde Ende 2003 der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit gegründet. Er hat sich eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel gesetzt. Dabei sollen auch in der Psychiatrie Tätige aus anderen Berufen mit einbezogen werden. Ein besonderes Anliegen des Vereins ist die Etablierung eines Dialogs mit Betroffenen und Angehörigen. Wir Professionellen brauchen die Rückmeldung darüber, wie unsere Bemühungen ankommen. Umgekehrt müssen wir auch über die Grenzen, die persönlichen, die organisatorischen und ökonomischen, sprechen, um die Erwartungen an Hilfe zu reflektieren. Schließlich können einige Ziele, wie z.B. die Veränderung des Medikamentenbudgets oder der Abbau von Vorurteilen nur gemeinsam erreicht werden. Der Verein hat ein Projekt zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der schizophren Kranken initiiert und eine Liste entsprechend qualifizierter Behandler erarbeitet. Die Beteiligung an einer geplanten Ausbildung in der methodenübergreifenden Psychotherapie von Psychosen ist vorgesehen.

Wir hoffen, Ihnen die Arbeitssituation in der Psychiatrischen Praxis und die Art und Weise der ambulanten Behandlung etwas näher gebracht zu haben und danken für ihre Aufmerksamkeit.