

2007 – Summertime and the Living is easy?

Liebe Tagesklinikfreunde,

nachdem auch hier im sonst schwülwarmen Südwesten der Sommer nicht so richtig anspringen will, haben Sie vielleicht Zeit, sich folgenden Gedanken zu öffnen.

Aussichten des Faches oder Wandel der Wahrnehmung?

In der vorletzten Woche fand ich bei CNN die Nachricht, dass im Jahr 2005 in den Vereinigten Staaten die antidepressiven Medikamente mit knapp 120 Millionen Verordnungen die meistverschriebene Medikation vor den Antihypertensiva waren. Tendenz: steigend. Es liegt nicht lange zurück (2005), dass in einer Reihe von wissenschaftlichen und populären Artikeln die Überlegung angestellt wurde, ob antidepressive Medikamente nicht überhaupt die ideale Neuinszenierung von des „Kaisers neue Kleider“ seien, ob sie überhaupt wirksam seien, weil im Einzelfall der Wirkunterschied gegenüber Placebos vergleichsweise gering ausgefallen ist. Der „Markt“ spricht jedoch eine andere und deutliche Sprache.

In ähnlichem Kontext

Sodann war zu lesen, dass die Betriebskrankenkassen in ihrer Statistik zu den Arbeitsunfähigkeitstagen einen weiteren Anstieg der durch psychische Krankheiten verursachten AU-Tage festhalten; diese machen jetzt fast 10 % der gesamten AU-Tage aus. Über die letzten Jahre war hier ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen, in diesem Zusammenhang spielen vor allen Dingen Depressionen eine große Rolle. Mittlerweile gibt es weltweit eine zunehmende Beweislage zur Bedeutung der Depression für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung, auch wenn sich das bei Sozialgerichten (und Gutachtern) und einzelnen Kollegen noch nicht herumgesprochen hat. Meines Erachtens sind Tageskliniken besonders geeignet, diesen Menschen therapeutisch zu helfen, aber auch zu verhindern, dass sie dauerhaft arbeitsunfähig werden. Ich sehe hier einen besonderen Schwerpunkt der tagesklinischen Arbeit.

Zugang zu Behandlungsangeboten

Hier im Südwesten, aber auch anderswo in Deutschland, sind stationäre und teilstationäre psychiatrische Kapazitäten chronisch überlastet. Die Karlsruher Klinik (was die Größe anbetrifft siehe Internet) hat eine Belegung von knapp 100 %, es ist ein sehr effektives Belegungsmanagement (für innen und außen) installiert und trotzdem gibt es eine Zahl von knapp < 10 von zusätzlichen Bett(gestell)en, die im Einzelfall notfallmäßig aufgestellt werden müssen, um der Nachfrage bei Spitzen Herr zu werden. In der Nachbarschaft (Wiesloch, Calw-Hirsau, Klingenstein) sieht es nicht besser aus.

Gleichzeitig geht es in der Planung zusätzlicher zum Beispiel teilstationärer Kapazitäten nur langsam voran. Wird das nicht dazu führen, dass anderen Orts, weit weg von den Städten, ohne Mittel der öffentlichen Krankenhausplanung neue psychotherapeutische und psychosomatische Angebote entstehen? Werden dann nicht Patienten, die wirklich die Wahl haben, diese neuen Angebote in Anspruch

nehmen, anstatt in die überlaufenen, zum Teil finanziell ausgedörrten gemeindenahen Angebote zu gehen?

Atypika und neue Antidepressiva – eine Betrachtung

Die pharmazeutische Industrie scheint hinsichtlich psychopharmakologischer Innovationen momentan auf dem Schlauch („Pipeline“) zu stehen. Die Stadt Karlsruhe ist betroffen von dem Weggang der Firma Pfizer, jedenfalls von den größeren Teilen. Pfizer Mitarbeiter werden nach Berlin in die Nähe der Entscheider umziehen, nachdem die Firma durch das Auslaufen mehrerer Patente gleichzeitig gebeutel ist. Da die großen zumeist amerikanischen Firmen in nächster Zeit keine neuen psychopharmakologischen Präparate in den Markt bringen werden – mit wenigen Ausnahmen – wird auch das Sponsoring für Veranstaltungen oder bestimmte Forschungsaktivitäten nachlassen. Diese Klage hörte ich jedenfalls zuletzt an mehreren Stellen, nicht zuletzt von einem Vorsitzenden eines Landesverbands der Angehörigen psychisch Kranker, ich bin relativ sicher, dass dieses Phänomen auch auf andere Veranstaltungen und Veranstalter übergreifen wird. Ist das Sponsoring der Pharmabranche ausschließlich Marketingmaßnahme gewesen? Sind, so legt das Studium der CATIE-Studie nah, die atypischen Neuroleptika ausschließlich heiße Luft aus den Marketingabteilungen nordamerikanischer Pharmakonzerne gewesen? Risperidon, Olanzapin, Quetiapin etc. und wie sie alle heißen bieten untereinander keine Vorteile untereinander und gegenüber den Neuroleptika der ersten Generation? Mit dem Auslaufen der Patente für Risperidon und and Olanzapin werden neue Antworten gefunden.

PsychPV und keine Ende

Tagesklinikpatienten werden nach A 6, S 6 oder G 6 eingeordnet. Daneben gibt es aber Tageskliniken, ihre Zahl wird angeblich immer größer, denen es gelingt, zuvor nicht stationär behandelte Patienten in die jeweilige Einser-Kategorie einzuordnen. Dem Vernehmen nach soll es Schiedsstellenentscheidungen geben, die das ermöglichen. Ich bitte herzlich um Rückmeldungen und sehe eine unsere nächsten DATPPP-Tagungen bei diesem Thema.

Persönliche Tagungsberichte

Am 02.03.2007 war ich in der Universitätsklinik in Würzburg zu einer wissenschaftlich hoch interessanten Tagesklinik-Tagung. Diese fand in einem außerordentlich ansprechenden Rahmen statt, geschätzte 150 plus X Teilnehmer waren erschienen. Für mich waren die Highlights vor allem die Praxisberichte aus den Würzburger Tageskliniken (Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie), denen ich entnehmen konnte, dass die Behandlung des adulten hyperkinetischen Syndroms teilstationär sinnvoll und möglich erscheint und zweitens kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken durch ihre intensive Arbeit mit Eltern besondere Möglichkeiten haben. Frau Berninger aus der Würzburger Tagesklinik sei nochmals herzlich gedankt.

In der Woche darauf fand die Sozialpsychiater-Tagung auf Mallorca zum 11. mal statt. Herr Kollege Diebels hat dabei die DATPPP vorgestellt und vertreten. Seine

Ausführungen trafen auf das große Interesse der anwesenden deutschsprachigen Sozialpsychiater.

Am 12.05.2007 wurde in Gießen an der Universität ein neues Zentrum eröffnet, in dem teilstationäre und ambulante Behandlung, auch unter Krisenbedingungen, durchgeführt werden können. Der dortige Klinikleiter, Herr Prof. Dr. Gallhofer, sein ehemaliger Oberarzt und jetziger leitender Arzt des Zentrums für soziale Psychiatrie in Hessen, Herr PD Dr. Franz berichteten über Geschichte und Entstehung des TATZ. Der Oberarzt der Universitätsklinik Gießen Herr Dr. Hannewald, führte souverän durch die Tagung, auf der dann auch Betroffene und Angehörige zu Wort gekommen sind. Die Tagung war für mich ein Beweis dafür, dass Versorgungspsychiatrie ohne sozialpsychiatrische Software und ohne Beteiligung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, nicht möglich ist.

Am 23.06.2007 habe ich eine Veranstaltung in Schwalmstadt-Treysa besucht, die die Eröffnung einer neuen Tagesklinik zum Anlass hatte. Diese Tagesklinik gehört zu der Klinik Hephata, die für die regionale Versorgung im hessischen Raum südlich von Marburg zuständig ist. Der Kollege Winkler leitete die Tagung. Ein quaderförmiger, lichtdurchfluteter Neubau der dortigen Tagesklinik hat für mich den Beweis erbracht, dass das Thema Tagesklinik und eine funktionelle, ästhetisch gelungene Architektur eine wunderbare Verbindung darstellen. Früher gab es Tagungen mit dem Thema: Psychiatrie und Bauen, was heute angesichts leerer Kassen allenfalls in Ostdeutschland noch Sinn ergäbe.

Am 04.07.2007 schließlich war ich Gast bei den Feiern zum 10jährigen Bestehen der DRK-Tagesklinik Worms. Der von mir sehr geschätzte ärztliche Kollege Guth aus dem Nachbarkrankenhaus in Alzey berichtete über die Erfahrungen beim Aufbau dieses teilstationären Angebotes. Es waren aber auch Repräsentanten der Stadt und der Krankenhausplanung des Landes Rheinland-Pfalz anwesend. Vor ca. 70 Zuhörern entstand bei mir der Eindruck, dass eine kleine bescheiden psychiatrische Tagesklinik in einer Stadt wie Worms nicht nur einen erheblichen Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker leistet, sondern auch kommunal wichtig ist: z.B. bei Fragen der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung maßgeblich mitwirken kann. Angebote dieser Art fehlen in Deutschland weiterhin.

PsychPV zum Zweiten...

Nachdem die Implementierung der DRG's in deutschen Kliniken gute Fortschritte erzielt hatte, scheint die Zeit reif zu sein für eine Überarbeitung der Psych-PV. Ich fand auf der Internetseite des Arbeitskreises der Chefarzte psychiatrischer Abteilungen (www.ackpa.de) ein vom 31.01.2007 datiertes Konzept für ein künftiges Entgeltsystem in der psychiatrischen Krankenhausbehandlung. Mir drängte sich beim Lesen der Eindruck auf, dass es sich um ein Projekt mit schwer angezogener Handbremse handelt, nach dem Motto: you better stick to the devil you know...: Jetzt nachdem Faszination und Zauber der DRG's langsam abklingen, könnte es die Psych-PV treffen, deren Erhalt grundsätzlich sicher sein muss. Ferner ist auch nicht zu bezweifeln, dass sich seit 1990/91 in der Realität der psychiatrischen Krankenversorgung vieles gewandelt hat, was in diesem Finanzierungssystem keineswegs abgebildet wird. Insbesondere möchte ich darauf hinweisen, dass nicht nur die Behandlungszahlen gewaltig zugenommen haben seitdem, sondern dass zumindest in den Fachabteilungen auch die körperlich ernsthaft schwerkranken

Patienten in großer Zahl zugenommen haben. Das betrifft keineswegs die psychogeriatrischen Fälle alleine, sondern Suchtkranke und körperlich Kranke mit depressiven oder hirnganischen Störungen gleichermaßen. Allerdings spielen in den hier vorgestellten Überlegungen teilstationäre Angebote, die mittlerweile mindestens 10 % der vollstationären Angebote ausmachen, nur am Rande eine Rolle. Lässt es sich, als unterschätzte Institution, die immer noch Beifahrer der großen psychiatrischen Krankenhäuser zu sein scheint, angenehmer und im Sinne des Dichters ungeniert leben?

Ihr

Bernd Eikelmann