

# Ein gutes und spannungsfreies Verhältnis zum behandelnden Arzt

Was Angehörige sich wünschen und fordern **Von Paul Peghini**

**W**enn wir aus der Sicht der Angehörigen über diese Frage nachdenken, so fallen uns zuerst die psychisch Kranken mit schweren Depressionen, schizophrenen Krankheitsbildern, Borderline-Symptomen und –zunehmend – Doppeldiagnose Sucht und Psychose ein.

Wir denken gleichermaßen an die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in den Kliniken und in den niedergelassenen Praxen, aber auch an die Hausärzte, die oft – vor allem bei Depressionen – zuerst mit dem Patienten in Kontakt kommen.

Im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen fehlt bei den psychisch Kranken häufig die Krankheitseinsicht (Compliance), was eine Behandlung oft erschwert, wenn nicht unmöglich macht. Viele Angehörige leiden unter den wahnhaften Stimmungsbildern ihrer kranken Familienmitglieder, die auch zu Gewalttätigkeiten führen können. Sie sind selbst in Behandlung, sie werden selbst krank. Daraus folgen eine Reihe von Wünschen und Forderungen an die Ärzte. Ärzte sollten offen sein gegenüber den Anliegen der Angehörigen, denn: die Beobachtungen über den Krankheitsverlauf aus der Sicht der Angehörigen sind nicht nur hilfreich und aufschlussreich, sondern notwendig für eine stimmige Diagnose des Arztes.

## Mehr Gespräche

Wir wissen nicht nur von den Angehörigen, sondern auch von den psychisch Kranken, dass zu wenig Zeit für das Gespräch angeboten wird. Wir kennen die Gründe: das Zeitproblem, nicht ausreichende Vergütung durch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten Sätzen pro Quartal, das Complianceproblem - der Patient missachtet die Therapieempfehlungen seines Arztes, und

daraus folgend das Motivationsproblem -, nicht zuletzt das ständige Ausgleichen zwischen sich widersprechenden Anforderungen. Dies führt zu einer Verschlechterung der Behandlungsstandards, was aber unter keinen Umständen zulasten eines unbedingt erforderlichen Gesprächsbedarfs führen darf.

## Die besten Medikamente

Wir wissen auch um die Deckelung der Arzneimittelkosten, die dem Arzt angeblich das Verschreiben von optimal wirksamen modernen Psychopharmaka erschweren bzw. gar nicht ermöglichen. Doch wissen wir aus unseren Gesprächen mit Kliniken und einzelnen niedergelassenen Ärzten, dass stets die Möglichkeit besteht, das bestmögliche Medikament zu verschreiben, wenn dies gegenüber den Krankenkassen begründet wird. Daher wünschen wir uns eine durchgehend und schlüssige medikamentöse Versorgung auf hohem Niveau, dies wird i.d.R. den Drehtüreffekt – also aus der ambulanten Versorgung wieder in die Klinik – wesentlich herabsetzen.

## Weniger Psychotherapie»parkplätze«

Deutliche Defizite sehen wir auch bei der psychotherapeutischen Behandlung: Hier hören wir immer wieder von den Betroffenen und ihren Angehörigen, dass Wartezeiten von zum Teil bis zu sechs Monaten und noch mehr in Kauf genommen werden müssen. Kann eine psychische Erkrankung, die eine Psychotherapie als Mittel erster Wahl erfordert, so lange »geparkt« werden, führt diese Wartezeit nicht zu einer Verschlechterung und zur Einlieferung in die Klinik? Ist das nicht nur ein Verschiebeparkplatz aus Kostengründen? Hier erwarten wir von den kassenärztlichen Vereinigungen eine großzügigere Zulassungspraxis.

## Mehr Abstimmung

Der Bettenabbau in den psychiatrischen Krankenhäusern hat zu einer deutlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer geführt. Die Psychiatrischen Institutsambulanz und die Tageskliniken sollen neben der

weiteren Betreuung durch den niedergelassenen Psychiater die Behandlung auf ambulanter Ebene weiterführen. Konkurrenzdenken ist hier nicht ausgeschlossen, sollte aber vermieden werden. Vor allem die einmal oft mühsam eingestellte Dosierung sollte an diesen Nahtstellen der Versorgung nicht ohne Not - schon gar nicht aus Kostengründen – verändert werden. Wir wünschen uns deshalb eine kollegiale Abstimmung zwischen den genannten Gruppen.

## Flächendeckende Krisendienste

Die schon seit der 1. Psychiatrieenquête immer wieder geforderte Krisenversorgung auch an Sonn- und Feiertagen und nachts ist mit wenigen Ausnahmen nicht gewährleistet. Was macht es für einen Sinn, wenn der herbeigerufene Notarzt, der keine psychiatrischen Kenntnisse besitzt, entweder ein Beruhigungsmittel verschreibt oder den Patienten gleich wieder in die Psychiatrie verfrachtet? Menschlich und volkswirtschaftlich ist das keine Lösung. Wir wünschen uns daher flächendeckend einen aufsuchenden Krisendienst. Oder sind falsche Behandlungen und teure Klinikaufenthalte eines psychisch Erkrankten nicht etwa genauso teuer wie die schlechte Versorgung eines Unfallverletzten?

## Permanente Zusammenarbeit ist notwendig

Zum Schluss zitieren wir die Aussage eines niedergelassenen Psychiaters, vorgetragen auf dem 1. Landespsychiatrietag Baden-Württemberg in Stuttgart am 15.07.2006: »Die Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung ist nicht nur eine Frage der Effektivität, Kosten und Macht, sondern vielmehr eine des Vertrauens, des Dialogs und der permanenten Zusammenarbeit.«

Auf dieser Veranstaltung haben sich zum ersten Mal die Landesverbände Baden-Württemberg der Psychiatrieerfahrenen, der Angehörigen, der niedergelassenen Nervenärzte und die Leistungserbringer zusammengeschlossen, um gemeinsam nach Lösungen für eine bessere ambulante Versorgung zu diskutieren. Die Ergebnisse der Gespräche stimmen hoffnungsvoll; sie können im Internet unter [www.landespsychiatrietag.de](http://www.landespsychiatrietag.de) aufgerufen werden.

**Paul Peghini** ist Vorsitzender des baden-württembergischen Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker und Schriftführer im Vorstand des Bundesverbandes.

