

Hintergrund und Kommentar:

Von Obama zu Trump – wohin gehen die Psychiatrie und die Suchtmedizin in den USA?

Sind die USA noch immer das Land der unbegrenzten Möglichkeiten und anderen Staaten in der Entwicklung voraus – auch in der medizinischen Versorgung? Das Ziel, menschenunwürdige psychiatrische Kliniken zu schliessen, wurde Ende letzten Jahrhunderts in den USA erreicht. Doch konnte auch das Versprechen gehalten werden, dass man sich danach besser um die Kranken kümmert? Und wie sieht es in Bezug auf die Versorgung von Suchtkranken aus? Im Kommentar gehen die beiden Psychiater Dr. med. Andres R. Schneeberger^{a, b, c} und Dr. med. Rahul Gupta^a auf Brennpunkte in der Versorgung psychiatrisch Kranker in den USA ein.



Andres R. Schneeberger



Rahul Gupta

Im Jahr 1963 führte US-Präsident John F. Kennedy eine neue Gesetzgebung zur Förderung von Gemeinschaftszentren ein, die Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen unterstützten und ihnen halfen, wenn sie aus staatlichen psychiatrischen Krankenhäusern entlassen wurden. Diese Deinstitutionalisierung führte in der Folge zu einer Reduktion der Psychiatriebetten von 1 Bett pro 300 Einwohner um den Faktor 10. Später verlagerte sich der Fokus dieser psychiatrischen Gesundheitszentren auf die Bereitstellung von Psychotherapie für diejenigen, die an weniger schwerwiegenden psychischen Störungen litten. Letztlich wurden auf Gesetzesebene aber keine Vorkehrungen getroffen, um Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen, die aus entsprechenden Kliniken entlassen wurden, aktiv zu betreuen und sie zu behandeln. Daraus ergab sich eine Verlagerung dieser Population in die Obdachlosigkeit und auch in die Kriminalität.

Gross war deshalb die Hoffnung, als Barack Obama seine Reform des Gesundheitswesens gegen grosse Widerstände realisierte. Das US-amerikanische Gesundheitswesen basiert auf privaten und öffentlichen Versicherern und stellt mit 17,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes das teuerste Gesundheitswesen der Welt dar. Nebst Medicare, einem bundesstaatlichen Sozialversicherungsprogramm für Personen 65 Jahre und älter, deckt Medicaid einkommensschwache Bevölkerungsgruppen ab (zirka 12% der US-Bevölkerung). Neben den militärischen Gesundheitsprogrammen der «Veterans Affairs» waren so 50 Millionen Einwohner nicht versichert und ein Drittel aller versicherten Personen unterversichert. «Obamacare» oder der «Affordable Care Act» (ACA) trat 2014 in Kraft und halbierte bis 2016 den Anteil der nicht versicherten Bevölkerung. Jeder Amerikaner wurde verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen, wenn er nicht anderweitig, insbesondere durch seinen Arbeitgeber, versichert ist. Versicherer

wurden verpflichtet, jeden Patienten anzunehmen und die Versicherung nicht von einer Gesundheitsprüfung und dem Fehlen von Angaben zu Vorerkrankungen abhängig zu machen.

Obamacare führte aus psychiatrischer Sicht zu einer verbesserten Behandlung von psychiatrischen Störungen. Insgesamt kam es zu einer Einsparung von rund 1,4 Milliarden Dollar für die Versicherten.

Ambulante psychiatrische Versorgung

Die ambulante psychiatrische Versorgung in den USA wird durch öffentliche und private Einrichtungen sichergestellt. Der Zugang zu den Diensten wird allerdings stark durch die Krankenversicherungen bestimmt und limitiert. Personen ohne Versicherung haben in der Regel keinen Zugang zu ambulanten psychiatrischen Behandlung, es sei denn, sie sind Selbstzahler.

Ärzte und Kliniken behandeln deshalb häufig nur Patienten, die bestimmte Versicherungen oder Versicherungspolice haben. Dies kann zu einer bevorzugten Behandlung von Patienten führen, die Versicherungspolice mit höheren Rückerstattungen für Anbieter haben. Intermediäre Angebote wie Tageskliniken sind in den USA kaum existent, da sie kaum finanziert werden. Die meist staatlich unterstützten Angebote beschränken sich zudem häufig auf Tagesstrukturierung und bieten wenig therapeutische Programme an.

Stationär-psychiatrische Versorgung

Stationär-psychiatrische Behandlungen finden in den USA vorwiegend auf psychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern statt. Die Dauer des Aufenthalts variiert zwischen 4 und 10 Tagen. Die Preise werden unterschiedlich, je nach Institution, entweder in Form von Per-diem-Raten oder gemäss Fallpauschalen abgerechnet. Versicherer können hierbei auch die Aufenthaltsdauer beeinflussen und Zeitlimiten einführen. Unversicherte Personen müssen von Gesetzes wegen für Notfallbehandlungen aufgenommen werden, erhalten dann aber bei Austritt eine Rechnung für den Aufenthalt. Einkommensschwache Menschen, die keine Versicherung haben, können Medicaid beantragen und den

^a Psychiatrische Dienste Graubünden, 7000 Chur

^b Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 8032 Zürich

^c Albert Einstein College of Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, 10461 Bronx, NY (USA).

Krankenhausaufenthalt rückwirkend bezahlen lassen. Obwohl unversicherte Personen nicht abgelehnt werden können, kann dies zu einer bevorzugten Aufnahme von versicherten Menschen oder Personen führen, die bei einer Vertragskrankenkasse des Spitals versichert sind. Eine Verschiebung der psychiatrischen Patienten findet sich in den Gefängnissen wieder, so leiden über 50 Prozent der Insassen unter einer psychischen Erkrankung und über 15 Prozent unter einer schweren psychischen Störung.

Die Wahl von Donald Trump zum 45. Präsidenten der USA löste Ängste aus. Im Herbst 2017 unterschrieb Trump «Executive Order Promoting Healthcare Choice and Competition» oder «Trumpcare». Das ursprüngliche Dekret verlangte die Aufhebung des individuellen Mandats, die Steuerstrafe für Nichtversicherte, ersetzte Subventionen mit rückzahlbaren Steuererklärungen, entfernte die 3,8 Prozent Steuer auf Einzelpersonen, die mehr als 250 000 Dollar pro Jahr verdienen, und setzte einen Anreiz dafür, Gesundheitssparkonten zu eröffnen. Die letztlich abgeschwächte Variante macht verschiedene Errungenschaften von Obamacare rückgängig.

So können Versicherer nun Personen mit Vorerkrankungen ausschliessen, zeitlich limitierte Krankenkassenpolitiken abschliessen und Versicherer bevorzugen, die sich im grossen Verbund des «America's Health Insurance Plan» befinden.

Die Weltmacht, die auch die Zukunft der Psychiatrie international beeinflusste, ist dadurch nicht nur in Bezug auf die Gesundheitsversorgung tief gespalten. Auch das steigende Bedürfnis nach Sicherheit in den USA hat direkte Auswirkungen auf den Umgang mit Menschen, die psychisch krank sind. Dies zeigt sich insbesondere auch im Umgang mit substanzabhängigen Menschen.

Zwischen Opiatepidemie und Cannabislegalisierung

Die Vereinigten Staaten von Amerika werden oft als das Land der unbegrenzten Möglichkeiten verklärt, sie sind aber vor allem ein Land der Gegensätze. Dieses Spannungsfeld findet sich dort in vielen Bereichen des Lebens, besonders deutlich wird es anhand der Drogenstrategie der USA.

Opiatepidemie

Die Medien berichteten in den letzten Jahren mit erschreckenden Schlagzeilen von der US-amerikanischen Opiatkrise. So hat sich die Anzahl von Opiatüberdosierungen seit den Neunzigerjahren mindestens verdreifacht. Die Anzahl der Todesfälle durch Opiatüberdosierungen ist seit 2000 um mehr als 200 Prozent gestiegen.

Gemäss dem «2016 National Survey on Drug use and Health» starben 2016 täglich 116 Menschen an Opioidüberdosierungen, pro Jahr waren das 42 249 Menschen. Schätzungsweise 2,1 Millionen Menschen hatten eine Opioidabhängigkeit, von ihnen nahmen 948 000 Heroin ein. Die volkswirtschaftlichen Kosten wurden auf 500 Milliarden Dollar geschätzt. Opiatabhängigkeit ist in den USA (wie in weiten Teilen der Welt) kein neues Phänomen. Es besteht schon seit dem späten 19. Jahrhundert. Aber erst in den Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts erklärte Nixon Drogen den Krieg. Sein «War on

Drugs» war ein bis dahin beispielloses Paket militärischer, prohibitiver und sanktionierender Massnahmen. John Ehrlichman, einer seiner Berater, hat in einem Interview gesagt: «Die Nixon-Kampagne 1968, und danach das Weisse Haus unter Nixon, hatte zwei Feinde: die linken Kriegsgegner und schwarze Menschen. Verstehen Sie, was ich Ihnen sagen will? Wir wussten, dass wir es nicht illegal machen konnten, gegen den Krieg oder schwarz zu sein, aber indem wir die Öffentlichkeit dazu brachten, die Hippies mit Marihuana und die Schwarzen mit Heroin zu assoziieren, und beides streng kriminalisierten, konnten wir diese Bevölkerungsgruppen schwächen. Wir konnten ihre Anführer festnehmen, Razzien in ihren Häusern durchführen, ihre Treffen auflösen und sie Abend für Abend in den Nachrichten diffamieren. Wussten wir, dass wir logen, was die Drogen anging? Natürlich wussten wir das.»

Als Grund für die Opiatepidemie werden zwei Faktoren vermutet: zum einen ein liberaler Umgang mit opiat-haltigen Schmerzmitteln in den Neunzigerjahren und zum anderen eine darauffolgende Verschärfung von Bestimmungen zehn Jahre später. Diese Verschärfung hat viele Opioidabhängige in die Heroinabhängigkeit getrieben.

Die Politik hat dieses Problem jahrelang ignoriert. Unter Obama gab es nur zaghafte Annäherungen an die Problematik. Donald Trump hat das Thema jetzt medienwirksam aufgegriffen und in einer sehr emotionalen Ansprache, die von der First Lady unterstützt wurde, eine «National Health Emergency» ausgerufen. Allerdings stehen nur sehr limitierte Gelder zur Verfügung, anders wäre es gewesen, wenn er eine «National Emergency» ausgerufen hätte, womit man eigentlich gerechnet hatte. In persönlichen Statements schlägt er vor allem die Hinrichtung von Dealern und Hintermännern vor und empfiehlt Abhängigen, Nein zu Drogen zu sagen. Das erinnert sehr an Nancy Reagans «Just say no»-Kampagne. Wirkungsvolle Ansätze sind momentan nicht in Sicht. Es wird geschätzt, dass sich 10 Prozent der Opioidabhängigen in Substitutionsprogrammen befinden, in der Schweiz sind es über 70 Prozent.

Cannabislegalisierung

Beim Thema Cannabis zeigen sich die Vereinigten Staaten derzeit sehr uneinheitlich. In neun Staaten, darunter Kalifornien, Nevada und Massachusetts, ist der Konsum auch für Genusszwecke legal. Über 50 Millionen Bürger haben somit Zugang zu legalem Cannabis. In vielen anderen Staaten bleibt der Besitz von geringen Mengen illegal, wird aber nicht verfolgt. In manchen anderen ist der Gebrauch zu medizinischen Zwecken gestattet. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, dass erkannt wurde, welche wirtschaftlichen Effekte ein staatlich regulierter Cannabismarkt hat.

Viele Staaten, in denen Cannabis legalisiert ist, nehmen heute schon mehr Geld durch Cannabissteuern als durch die Alkoholsteuer ein. Laut Schätzungen haben zum Beispiel die Kalifornier in der Vergangenheit fast 8 Milliarden Dollar für Cannabis ausgegeben. Zwar werden rund 5 Milliarden dem Schwarzmarkt zugerechnet, Schätzungen gehen aber davon aus, dass dadurch 1 Milliarde Dollar jährlich in die Staatskasse fliessen. Daneben verspricht die boomende junge Industrie auch noch Tausende von Arbeitsplätzen, sowohl in der Indus-

trie selber als auch auf staatlicher Seite für die Regulierung des Marktes. Dazu kommen noch Millionen an Mehreinnahmen durch einen florierenden Drogentourismus.

Nach Bundesrecht ist Cannabis nach wie vor illegal, was zum Beispiel die Reise zwischen zwei Staaten, in denen es legalisiert ist, zu einem schwierigen und potenziell strafbaren Unterfangen macht. Eine Legalisierung von Cannabis auf Bundesebene ist unter der momentanen Regierung nicht zu erwarten. Dies führt weiterhin zu absurden Situationen, wenn Unternehmen, die mehrere Millionen mit Cannabis umsetzen, keine Bankkonten eröffnen dürfen. Und nach wie vor sitzen Menschen aufgrund des blossen Besitzes von Cannabis im Gefängnis.

All dies illustriert das Dilemma, in dem sich das Land wegen politischer und ökonomischer Faktoren im Umgang mit Drogen befindet. Und dieses Dilemma verhindert letztlich eine wirkungsvolle therapeutische Lösung für Millionen von Betroffenen. ●

Korrespondenzadresse:
Andres R. Schneeberger
Psychiatrische Dienste Graubünden
Klinik Beverin
La Nicca Strasse 17
7408 Cazis
E-Mail: andres.schneeberger@pdgr.ch

Zum Autor Dr. med. Andres R. Schneeberger:

Dr. med. Andres R. Schneeberger absolvierte in Liestal, im Bruderholz und New York seine Facharztausbildung und erlangte sowohl den schweizerischen Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie den US-amerikanischen Facharzttitel Psychiatry ABPN. Er war von 2006 bis 2011 in den USA sowohl am Bronx Psychiatric Center als auch am Montefiore Medical Center in der Bronx, NY, zuletzt als Senior Chief Resident und Attending Psychiatrist, tätig.

Literatur auf Anfrage bei den Autoren.